

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

НЕОТЛОЖНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Томск
Издательство СибГМУ
2020

УДК 616.31-08-039.74(075.8)
ББК 56.61я73+53.50я73
Н 528

Авторы:

А.В. Тетенева, И.Д. Беспалова, И.В. Долгалев, Т.Н. Бодрова,
А.И. Карзилов, П.Е. Месько, Я.В. Поровский, Е.Л. Мишустина,
К.Ф. Тетенев, Т.М. Рипп, Н.В. Реброва, А.А. Зайцева

Неотложные терапевтические состояния в стоматологии : учебное пособие / А.В. Тетенева [и др.]. – Томск : Издательство СибГМУ, 2020. – 104 с.
Н 528

Представлены основные современные положения, касающиеся клиники, диагностики и оказания экстренной помощи при неотложных терапевтических состояниях в стоматологической практике. Рассмотрены случаи неотложных состояний, угрожающих жизни больного, с которыми врач-стоматолог может встретиться в своей практической деятельности.

Учебное пособие написано в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования и предназначено для студентов, обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе специалитета по специальности «Стоматология».

УДК 616.31-08-039.74(075.8)
ББК 56.61я73+53.50я73

Рецензенты:

Т.С. Агеева – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней с курсом терапии педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Г.Э. Черногорюк – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Томск).

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 3 от 13.05.2019 г.).

© А.В. Тетенева, И.Д. Беспалова, И.В. Долгалев, Т.Н. Бодрова, А.И. Карзилов, П.Е. Месько, Я.В. Поровский, Е.Л. Мишустина, К.Ф. Тетенев, Т.М. Рипп, Н.В. Реброва, А.А. Зайцева, 2020
© Издательство СибГМУ, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1. Неотложная помощь при сердечно-сосудистых нарушениях	10
1.1. Обморок.....	10
1.2. Коллапс	12
1.3. Болевой синдром в области сердца	13
1.3.1. Стенокардия	14
1.3.2. Острый коронарный синдром	16
1.4. Гипертонический криз	18
1.5. Гипотония.....	21
1.6. Нарушение сердечного ритма	22
2. Неотложная помощь при респираторных расстройствах	25
2.1. Асфиксия	25
2.2. Приступ бронхиальной астмы	27
3. Неотложная помощь при заболеваниях органов пищеварения и поджелудочной желез	29
3.1. Острая боль в животе	29
3.2. Желудочно-кишечные кровотечения	33
3.3. Острый панкреатит.....	38
4. Неотложная помощь при остром холецистите	41
5. Неотложная помощь при почечной колике	44
6. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.....	48
7. Неотложная помощь при коматозных состояниях	58
8. Неотложная помощь при судорожных состояниях.....	69
9. Неотложная помощь при кровотечениях	71
10. Неотложная помощь при невротических состояниях	74
11. Неотложная помощь при непсихотических расстройствах психики при соматических заболеваниях.....	75
12. Сердечно-легочная реанимация	77
12.1. Восстановление проходимости дыхательных путей	77
12.2. Проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)	78
12.3. Непрямой массаж сердца.....	79
12.4. Медикаментозная стимуляция сердечной деятельности.....	80

Тестовые задания.....	82
Ситуационные задачи.....	88
Эталоны ответов к тестовым заданиям.....	95
Эталоны ответов к ситуационным задачам	96
Список сокращений.....	102
Рекомендуемая литература	103

ВВЕДЕНИЕ

В повседневной работе врача-стоматолога нередки ситуации, требующие оказания помощи по неотложным показаниям. Актуальность проблемы обусловлена специфичностью амбулаторного стоматологического приёма. Посещение стоматолога всегда для всех без исключения пациентов довольно сильный психологический и болевой фактор стресса, что нередко провоцирует осложнения общего характера.

Не всегда врач-стоматолог заранее предупрежден о том, что пациент относится к группе риска, так как многие больные с хронической соматической патологией не обращаются к врачам – специалистам (терапевту, неврологу, кардиологу и др.), в то время как наличие стоматологического заболевания может обострить ее течение, что потребует проведения соответствующей неотложной помощи. Необходимо также учесть, что у пациентов, которые приходят на лечение к стоматологу, в анамнезе имеются компенсированные общесоматические заболевания.

Можно предположить, что врач-стоматолог рано или поздно столкнется с проблемами, когда помимо профессионального выполнения стоматологических манипуляций ему придется прибегнуть к мероприятиям по оказанию и неотложной помощи. Поскольку приезд бригады скорой помощи приходится ждать, врач-стоматолог должен быть ориентирован в диагностике и оказании помощи при неотложных состояниях в условиях стоматологической поликлиники.

Под неотложной стоматологической помощью подразумевают такой вид экстренной помощи, который оказывается больным в стоматологических кабинетах при возникновении симптомов, угрожающих жизни пациента.

Неотложными состояниями принято называть такие патофизиологические изменения в организме человека, которые приводят к резкому ухудшению здоровья и могут угрожать жизни при различных внешних и внутренних факторах агрессии.

Различают следующие неотложные состояния:

1. Сердечно-сосудистые нарушения:

- обморок,
- коллапс,

- болевой синдром в области сердца (стенокардия, острый коронарный синдром),
 - гипертонический криз,
 - гипотония,
 - нарушение сердечного ритма.
2. Респираторные расстройства:
 - асфиксия,
 - приступ бронхиальной астмы.
 3. При заболеваниях органов пищеварения и поджелудочной железы:
 - острая боль в животе,
 - желудочно-кишечные кровотечения,
 - острый панкреатит.
 4. Острый холецистит.
 5. Почечная колика.
 6. При заболеваниях эндокринной системы:
 - тиреотоксический криз,
 - феохромоцитомный криз,
 - острая надпочечниковая недостаточность;
 7. Анафилактический шок.
 8. Коматозные состояния.
 9. Судорожные состояния.
 10. Кровотечение.
 11. Введение агрессивных жидкостей.
 12. Невротические состояния.
 13. Непсихотические расстройства психики при соматических заболеваниях.

В данном учебном пособии будут рассмотрены неотложные состояния, которые наиболее часто встречаются в клинической практике врача-стоматолога.

При первичном обращении к стоматологу заполняется анкета о состоянии здоровья пациента, в которой отражены важные моменты его здоровья, наличие соматических заболеваний, аллергий, кровоточивости и других нарушений здоровья, которые могут привести к неотложным терапевтическим состояниям на приеме у врача-стоматолога.

АНКЕТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Уважаемый пациент, сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Фамилия:	
Имя:	
Отчество:	
Дата рождения:	
Домашний адрес:	
Контактные телефоны:	
E- mail:	
Профессия:	

Последующая информация является крайне важной для обеспечения эффективного стоматологического лечения в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом.

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

Вопрос	Да/Нет
1. Имеются ли у Вас какие-либо общие заболевания:	
• сердца	
• сахарный диабет	
• заболевания крови	
• заболевания щитовидной железы	
• эпилепсия	
• заболевания легких	
• нервные болезни	
• венерические заболевания	
• онкологические заболевания	
• психопатия	
• заболевания почек и мочевыводящих путей	
• инфекционный гепатит	
• заболевания печени	

• ревматизм	
• астма	
• желудочно-кишечные заболевания	
• туберкулез	
• бруксизм	
• циклически текущие заболевания	
• невралгия	
• обмороки, потеря сознания	
2. Какое у Вас артериальное давление?	
3. Имеется ли у Вас аллергия? (Если «Да», то на что? Как проявляется?)	
4. Лечились ли Вы в последние два года в больнице или поликлинике? (Если «Да», то по какому поводу?)	
5. Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты на постоянной основе? (Если «Да», то какие?)	
6. Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям или кровоизлияниям (синякам), в т. ч. при удалении зубов?	
7. Связана ли Ваша работа с вредными условиями труда? (Если «Да», то с какими?)	
8. Курите ли Вы? Если Да - сколько сигарет в день и каких?	
9. Были ли у Вас травмы головы или шеи, автомобильные аварии?	
10. Проводилось ли Вам лечение височно-нижнечелюстного сустава?	
11. Проводились ли у Вас костные операции с применением металлических штифтов, спиц, пластинок и т. п.? (Если «Да», то какие?)	
12. Есть ли у Вас кардиостимулятор?	
13. Проводилось ли Вам переливание крови? (Если «Да», то по какому поводу?)	
14. Являетесь ли Вы донором?	
15. Какое у Вас кровяное давление?	
16. Хорошо ли Вы переносите обезболивание при удалении и лечении зубов? (Если «Нет», то какие были осложнения?)	
17. Имеется ли у Вас кровоточивость десен при чистке зубов?	
18. Бывают ли у Вас высыпания на слизистой оболочке полости рта?	
<i>Если у Вас появились герпетические высыпания на губах, необходимо отметить прием у стоматолога во избежание распространения вируса герпеса в полости рта и заражения сотрудников клиники!</i>	
19. Были ли у Вас гнойные воспаления в челюстно-лицевой области?	
20. Причины потери Ваших зубов (травма, разрушение	

вследствие кариеса, подвижность зубов при пародонтите, воспалительный процесс)?	
21. Наблюдалось ли у Вас при предыдущем стоматологическом лечении аллергические реакции, продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения? (Если «Да», то какие?)	
Для женщин	
22. Вы беременны, подозреваете беременность?	
23. Являетесь ли Вы кормящей матерью?	
24. Имеются ли нарушения менструального цикла, климакс?	
25. Принимаете ли Вы противозачаточные препараты?	
Особые пожелания	
26. У меня рвотный рефлекс	
27. Я не контролирую себя, находясь в стоматологическом кресле в положении лежа	
28. Я давно не был(а) у стоматолога, и мне неловко от того, что вы скажете о моих зубах и гигиене полости рта	
29. Я боюсь боли	
30. Мне не нравятся уколы (или у меня была плохая реакция на уколы)	
31. Пожалуйста, скажите мне то, что я должен(на) знать о состоянии моей полости рта, чтобы принять решение на основании полученной информации	
32. Мои зубы очень чувствительны	
33. Мне не нравятся хруст и скрежетание, которые издают инструменты	
34. Мне не нравится вата во рту	
35. Я ненавижу звук бормашины	
36. Пожалуйста, уважайте мое время, я не хочу сидеть и ждать	
37. Я хочу знать стоимость лечения заранее. Пожалуйста, никаких сюрпризов, связанных с деньгами	
38. Мне трудно слушать и запоминать, когда я нахожусь в стоматологическом кресле	
39. У меня есть проблемы со здоровьем и вопросы, которые нам необходимо обсудить	

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

« _____ » _____ 20__ г.

_____ (ФИО пациента)

_____ (подпись)

1. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЯХ

1.1. Обморок

Обморок – острая сосудистая недостаточность, проявляющаяся кратковременной потерей сознания, возникающая вследствие преходящей недостаточности кровообращения головного мозга в результате спазма сосудов, снижения использования кислорода тканями, аноксии определенных мозговых центров с ослаблением сердечной деятельности и дыхания, чаще всего, возникающим в результате, психического или нервного напряжения на приеме у стоматолога при виде крови, при ощущении определённых запахов, в ответ на инъекцию, при наблюдении за хирургической операцией. В зависимости от механизма нарушения мозгового кровообращения выделяют следующие виды обморока:

1. **Мозговой обморок** возникает при нарушении церебральной гемодинамики, когда изменяется тонус сосудов головного мозга. Он наблюдается при эпилепсии, инсульте.

2. **Сердечный обморок** бывает при патологии сердечно-сосудистой системы: сужении устья аорты, митральном стенозе, врожденных пороках сердца и др. Во время физического напряжения левый желудочек сердца в такой ситуации не в состоянии в достаточной степени увеличить минутный объем крови. В результате наступает острая ишемия головного мозга.

3. **Рефлекторный обморок** развивается под действием боли, психоэмоционального напряжения (страх, испуг). В этом случае в результате рефлекторного спазма периферических сосудов резко уменьшается приток крови к сердцу и, следовательно, снижается кровоснабжение головного мозга. Разновидностью рефлекторного обморока является ортостатический обморок. Способствует развитию данного вида обморока хроническое недосыпание, умственное или физическое переутомление, беременность, менструация. Происходит мгновенная потеря сознания при переходе из горизонтального положения в вертикальное, вследствие падения артериального давления при нормальной частоте сердечных сокращений.

4. **Обморок истерической природы** возникает при конфликтной си-

туации и наличии зрителей, носит демонстративный характер.

В стоматологической практике наиболее часто встречается рефлекторный обморок.

Основные критерии диагностики

Клинические симптомы: появляются начальные признаки нарушения мозгового кровообращения: больные обычно описывают их как «головокружение». В действительности же речь идет не о головокружении, а о чувстве неуверенности, слабости, о том состоянии, когда окружающий мир теряет свои определенные очертания, у больного темнеет в глазах. Больной ощущает тошноту, иногда наблюдается рвота, появляется звон в ушах, внезапно возникает резкое побледнение кожных покровов лица пациента, и он внезапно или медленно падает. Более легкие формы обморока могут длиться от нескольких секунд до нескольких минут. В большинстве случаев до обморока ещё остаётся время найти подходящее место, чтобы сесть или лечь, в отличие от эпилептического припадка, который застаёт больного врасплох. Однако и обморочное состояние может быть иногда столь внезапным, что при падении возникают серьёзные травмы, как при приступе эпилепсии.

Объективные данные: отмечается бледность кожных покровов с появлением капелек пота на теле, конечности на ощупь холодные, дыхание становится поверхностным, пульс учащен, в некоторых случаях наблюдается брадикардия, снижение артериального и венозного давления. В период потери сознания зрачки расширены, реакция зрачков на свет снижена, глазные яблоки неподвижны или блуждают, роговичные рефлексы отсутствуют. После обморока сознание восстанавливается постепенно, больной отмечает ретроградную амнезию, некоторое время ощущает тошноту, дыхание учащено, отмечается тахикардия.

Неотложная помощь при обмороке:

1. Больному срочно придать горизонтальное положение, плавно откинув спинку кресла.
2. Освободить от одежды, стесняющей и затрудняющей дыхание (расстегнуть воротничок, брючный ремень, снять галстук).
3. Обеспечить приток свежего воздуха (открыть форточку, окно или включить вентилятор на стоматологической установке).
4. Рефлекторно воздействовать на дыхательный и сердечно-сосудистый центры: дать вдохнуть пары 10% раствора нашатырного

спирта, осторожно приблизив тампон к носу и натереть им виски.

5. Протереть лицо влажной салфеткой или оросить лицо и грудь холодной водой.

6. Провести мануальную рефлексотерапию путем массажа точек общего воздействия.

7. Провести точечный массаж рефлексогенных зон в точках жэнь-гжун (на 1/3 расстояния между основанием перегородки носа и красной каймы верхней губы), чэн-цзянь (в центре подбородочного углубления), хэгу (на наружной поверхности кисти в области угла между большим и указательным пальцами).

8. При неэффективности перечисленных мероприятий, если обморок продолжительный, рекомендуется: кофеин – бензонат натрия 10% – 1 мл п/к, если нет эффекта, то вводится 5% раствор эфедрина 1 мл п/к или мезатона 1% – 1 мл п/к, а в случае брадикардии атропина сульфат 0,1% – 0,5–1 мл п/к.

9. После обморочного состояния пациенту необходим покой и тепло, кислородотерапия. Следует дать попить горячий чай. При необходимости снять ЭКГ.

1.2. Коллапс

Коллапс – острая сосудистая недостаточность, характеризующаяся резким падением артериального и венозного давления, уменьшением массы циркулирующей крови в сосудистой системе и скоплением ее в кровяном депо (капилляры, печень и селезенка). Необходимо отметить, что при коллапсе нарушение сосудистого тонуса более выраженное и продолжительное, чем при обмороке. В стоматологической практике коллапс встречается значительно реже, чем обморок. Коллапс обусловлен чаще всего инфекцией, интоксикацией, аллергическими реакциями. Всегда следует иметь в виду, что коллапс может быть составной частью картины шока, при котором происходят более глубокие гемодинамические нарушения.

Основные критерии диагностики

Клинические симптомы коллапса напоминают обморок, но развиваются постепенно. Коллапс не тождествен обмороку и не всегда сопровождается потерей сознания. Можно, например, наблюдать такую картину, когда лежащий больной в состоянии коллапса не чувствует себя особенно плохо, но стоит ему встать или даже сесть, как он теряет сознание.

Объективные данные: Клинические проявления – выраженные и проявляются общим тяжелым состоянием. Больные безучастны к окружающим и внешним раздражителям. Черты лица заострены, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Температура тела снижена. Дыхание поверхностное, учащено. Пульс малый, мягкий, учащенный, может быть нитевидным, плохо определяем. Артериальное давление снижено до 40 мм рт. ст. Если не оказать эффективную помощь, то у больного затемняется сознание, часто присоединяются (или прогрессируют) нарушения ритма сердечной деятельности, расширяются зрачки, исчезают рефлексы. При оказании медицинской помощи необходимо дифференцировать сосудистый коллапс с инфарктом миокарда. При сосудистом коллапсе больные находятся в горизонтальном положении, бледны и безучастны, а при инфаркте их состояние улучшается при возвышенном положении (полусидящем), может отмечаться цианоз, набухание шейных вен.

Неотложная помощь при коллапсе:

1. Больному придать горизонтальное положение, уложить на спину с несколько приподнятыми нижними конечностями, голову повернуть на бок.
2. Укрыть пациента одеялом.
3. Обеспечить приток свежего воздуха и кислорода.
4. Кордиамин 2 мл п/к, в/м.
5. Мезатон 1% раствор 1 мл, или норадреналин 0,2% – 1 мл, в/в капельно разведенные в 5% глюкозе 200,0 мл или физиологическом растворе.
6. Полиглюкин 400,0 мл в/в капельно.
7. При отсутствии эффекта – преднизолон 90–120 мг (2–3 мг на 1 кг веса), или гидрокортизон 600–800 мг в/в, или дексаметазон 16–32 мг в/в.
8. Коргликон 0,06% 0,5–1,0 мл в/в.
9. Кальция хлорид 10% – 10 мл в/в, медленно в разведении на 0,9% растворе натрия хлорида – 10,0 мл.
10. Госпитализация в стационар для дальнейшего специализированного лечения.

1.3. Болевой синдром в области сердца

Болевой синдром в области сердца – это наиболее часто встречающееся в практике стоматолога сопутствующее патологическое со-

стояние, которое чаще всего обусловлено приступом стенокардии или инфарктом миокарда. Клинические проявления этих заболеваний имеют много общего, но в тоже время много и отличий.

В практической деятельности стоматолога этот синдром развивается, когда больной находится в кресле, либо через короткий промежуток времени после проведения лечения. При возникновении данного синдрома на амбулаторном приеме целесообразно отказаться от дальнейшего проведения стоматологических манипуляций, оказать медицинскую помощь и вызвать бригаду скорой помощи.

1.3.1. Стенокардия

Стенокардия – ишемия миокарда вследствие несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его реальной доставкой.

Основные критерии диагностики

Клинические симптомы: боль при стенокардии может возникнуть под действием какой-либо внешней причины. Страх и боль во время стоматологического вмешательства, либо использование адреналина в растворах местных анестетиков могут спровоцировать приступ стенокардии и способствовать развитию инфаркта миокарда.

1. Локализация – за грудиной или в области сердца.
2. Иррадиация:
 - левое плечо,
 - локтевая поверхность предплечья,
 - лопатка,
 - IV–V пальцы кисти,
 - шея,
 - челюсти, зубы,
 - глаз,
 - ухо.
3. Интенсивность – различная, от слабых до нестерпимых.
4. Характер – давящие, сжимающие.
5. Продолжительность – от нескольких минут до 30 минут.
6. Частота приступов – от редких до частых (несколько раз в день).
7. Условия появления приступа:
 - физическая нагрузка,
 - эмоциональная нагрузка,
 - после еды,
 - ночные боли,
 - вдыхание холодного воздуха.

8. Влияние нитроглицерина – снимает боль в течение 1–3 минут.

Субъективный компонент: чувство страха, беспокойство, тошнота, рвота, слюнотечение, позывы на мочеиспускание.

Объективно: во время приступа больной ощущает страх смерти, замирает, старается не двигаться. Лицо бледное с цианотичным оттенком и страдальческим выражением, конечности холодные. Пульс вначале учащен, затем может урежаться, возможны аритмии, АД может повышаться. Границы сердца и данные аускультации во время приступа обычно не изменяются.

Неотложная помощь при стенокардии:

1. Прекратить манипуляцию больному.
2. Придать сидячее положение с опущенными вниз ногами (для уменьшения венозного возврата крови к сердцу).
3. Нитроглицерин 0,5 мг – 1 таблетку под язык (не разжевывая, а рассасывая). Купирующий эффект от приема нитроглицерина проявляется через 1–3 минуты, максимальное действие наступает через 5–6 минут, продолжительность действия около 10 минут. При отсутствии эффекта от приема одной таблетки через 5 минут можно дать больному вторую таблетку, затем третью, но не более трех таблеток в течение 15 минут.

Необходимо помнить, что в открытой упаковке активность таблеток нитроглицерина сохраняется в течение 2 месяцев. Таблетки должны храниться в стеклянных трубочках (в пластиковых трубочках нитроглицерин теряет активность на 80% за 72 часа хранения), закрытых резиновой пробкой (вата адсорбирует нитроглицерин).

Если боль сопровождается резкой слабостью, бледностью, головокружением, что может свидетельствовать о снижении артериального давления, то нитроглицерин принимать не следует. Использование валидола может облегчить боль.

4. Оксигенотерапия, проветривание помещения.
5. Седативная терапия – валериана 25–30 капель или корвалол 30–40 капель внутрь.
6. При отсутствии эффекта в течение 15–20 минут следует пересмотреть диагноз и произвести купирование боли как при остром коронарном синдроме.

1.3.2. Острый коронарный синдром

Острый коронарный синдром (ОКС) – любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ОИМ) или нестабильную стенокардию. ОКС – предварительный диагноз, так как в первые часы и сутки после возникновения ангинозного приступа практически невозможно с определенностью сказать, развивается ли у пациента острый инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия, поэтому в первую очередь учитывают начальные изменения ЭКГ.

Основные критерии диагностики

Клиническая картина

1. Инфаркт миокарда в острый период характеризуется болью, которая чаще локализуется в области сердца, за грудиной, реже захватывает всю переднюю поверхность грудной клетки. В отдельных случаях она отмечается в нижней части грудины и надчревной области. Иногда боль возникает в левой руке, плече затем распространяется на область сердца.
2. Иррадиирует в левую руку, плечо, реже – лопатку, обе руки, правую руку, межлопаточное пространство, шею, нижнюю челюсть, надчревную область.
3. Боль обычно носит волнообразный характер: то усиливается, то ослабевает,
4. Боль продолжается несколько часов и даже суток. Бывает, что болевой синдром характеризуется только одним длительным интенсивным приступом.
5. Боль в области сердца при инфаркте миокарда чаще более интенсивная и продолжительная, чем при приступе стенокардии и не снижается после приема нитроглицерина.

Необходимо напомнить, что имеются и атипичные формы инфаркта миокарда. Такие как:

1. Астматическая: протекает по типу сердечной астмы или отека легких.
2. Абдоминальная: характеризуется болевым синдромом с локализацией боли в надчревной области.
3. Аритмическая: начинается с различных нарушений ритма сердца.
4. Церебральная: характеризуется клинической картиной обморока или инсульта.

Объективные данные: кожные покровы бледные, гипергидроз, цианоз губ. Пульс становится малым, частым, а затем нитевидным. Вначале артериальное давление повышено, затем резко снижается.

Неотложная помощь при инфаркте миокарда:

1. Вызвать кардиологическую бригаду скорой помощи.
2. Дать пациенту сублингвально 1 таблетку нитроглицерина под язык (рассосать) и 0,25 мг аспирина (разжевать).
3. Купировать боль нейролептанальгезией, либо ввести наркотические анальгетики (морфин, промедол), при отсутствии этих препаратов ввести анальгетики. Обезболивание начинают средствами нейролептанальгезии. Это более эффективный метод обезболивания при инфаркте миокарда. Используется сочетанное внутривенное введение анальгетика фентанила и нейролептика дроперидола, обычно, в отношении 2 : 1 или 3 : 1. При отсутствии средств нейролептанальгезии используются наркотические анальгетики. Морфин 1% р-ра 1–2 мл вводится п/к, в/м. Внутривенное введение морфина используется при очень выраженном болевом синдроме и при отсутствии эффекта от подкожного введения морфина. Морфин вводят в/в в дозе 0,3–0,5 мл 1% раствора, при отсутствии эффекта его можно вводить повторно через 20 минут. Общая доза при в/в введении не должна превышать 10–15 мг (1–1,5 мл 1% р-ра). Или промедол разовая доза препарата составляет 10–20 мг (1–2 мл 1% раствора) назначается п/к, в/м, в/в. Для усиления действия наркотических анальгетиков их можно применять в сочетании с анальгином, антигистаминными препаратами – «обезболивающий коктейль»: 1 мл 2% промедола, 1–2 мл 50% анальгина, 1–2 мл 1% димедрола, 0,5 мл 1% атропина. Анальгин 50% 2–6 мл в/в струйно.
4. Лечение антикоагулянтами прямого действия – гепарином – необходимо начинать как можно раньше, создавая достаточную терапевтическую концентрацию препарата в крови. Первая доза гепарина (10000–20000 ЕД) зависит от времени свертывания крови – вводится в/в в 10–15 мл изотонического раствора натрия хлорида.
5. При наступлении клинической смерти больного провести реанимационные мероприятия.
6. Срочно транспортировать больного в кардиологический стационар с блоком интенсивного наблюдения.

1.4. Гипертонический криз

Гипертонический криз – это внезапное повышение систолического и диастолического артериального давления у пациентов, страдающих гипертонической болезнью или симптоматическими (вторичными) артериальными гипертензиями. Возникает как следствие переутомления, перевозбуждения, боли и психоэмоционального напряжения пациента. Это одно из наиболее часто встречающихся осложнений на стоматологическом приеме. Криз возникает особенно в тех случаях, когда к местному анестетику, вводимому с целью обезболивания добавляется адреналин или его аналог без учета основного заболевания пациента.

Основные критерии диагностики

Клинические проявления. Внезапное резкое повышение артериального давления, сопровождающееся головной болью, общей слабостью, головокружением, «мельканием мушек перед глазами», шумом в ушах, покраснением кожи лица, набуханием подкожных вен, чувством жара, проливным потом, одышкой, тремором пальцев рук. При тяжелых формах присоединяются тошнота, рвота, нарушение зрения, брадикардия, нарушение сознания, вплоть до комы.

Неотложная помощь при гипертоническом кризе:

1. Правильно диагностировать осложнение.
2. Наложить жгуты на конечности.
3. Приложить холод к затылку.
4. Успокоить больного, дать выпить корвалол 30–40 капель или 25–30 капель валерианы, при неэффективности ввести седуксен 20 мг.
5. Ввести дибазол 1% р-ра 4 мл и папаверин 2% р-ра 2 мл в/м.
6. Через 30–40 минут, если приступ не купируется, назначают клофелин 0,01% 1 мл п/к, в/м или в таблетках 0,15 мг по 0,5–1 таблетки под язык.
7. При неэффективности проводимых мероприятий прибегают к введению ганглиоблокирующих средств, но это уже компетенция специализированной кардиологической бригады или врачей «скорой помощи», которую необходимо вызвать сразу после возникновения криза.
8. Обязательно госпитализировать больного в клинику.

Гипертонические кризы бывают двух типов. Практические врачи используют классификацию Н.А. Ратнера (1958), которая позволяет

выделить не только ведущий синдром и патогенетический механизм криза, но и быстро выработать тактику лечения. Согласно этой классификации выделяют кризы: I тип – нейровегетативный и II тип – церебральный.

Гипертонический криз I типа чаще всего встречается на ранних стадиях гипертонической болезни. Криз развивается быстро, характеризуется сильной головной болью, появлением чувства жара, сердцебиения, общим возбуждением, колющей болью в области сердца, полиурией. Систолическое давление повышается на 80–100 мм рт. ст., диастолическое – на 30–50 мм рт. ст. На ЭКГ могут наблюдаться смещение сегмента ST под изолинию и уплощение зубца T. Продолжительность криза – от нескольких минут до 2–3 ч. Криз сравнительно быстро и легко купируется.

Гипертонический криз II типа встречается преимущественно на поздних стадиях заболевания. Он развивается постепенно, при несвоевременном лечении может длиться несколько дней. Характеризуется очень сильной головной болью, заторможенностью больного, тошнотой, рвотой, нарушением зрения (мелькание «мушек» или «темных пятен» перед глазами, иногда возможна кратковременная потеря зрения и слуха).

В настоящее время тактика врача во время гипертонического криза определяется сроками оказания больному экстренной помощи. Поэтому общепринятым является такое деление кризов:

- 1) криз, требующий проведения неотложных мероприятий;
- 2) криз, требующий оказания экстренной медицинской помощи.

Если врач-стоматолог смог различить тип криза, то можно оказывать медицинскую помощь согласно типу криза.

Гипертонический криз I типа. Врачебное вмешательство не должно быть агрессивным. Необходимо осторожно снижать АД – не более чем на 20–25% от исходного в течение 40 минут. Неотложные мероприятия проводят тогда, когда риск развития осложнений из-за резкого снижения артериального давления, как правило, превышает риск поражения органов-мишеней (мозга, сердца, почек). В подобных ситуациях следует добиться снижения артериального давления в течение 24 ч. Для купирования криза могут быть использованы таблетированные формы препаратов.

Оказание неотложной помощи при гипертоническом кризе I типа:

1. Пациенту придать горизонтальное положение.

2. При отсутствии тахикардии терапию целесообразно начинать с назначения 10–20 мг нифедипина сублингвально. При отсутствии эффекта прием нифедипина можно повторить через 30 минут. Препарат тем более эффективен, чем выше уровень исходного артериального давления. Противопоказания к назначению нифедипина: синдром слабости синусового узла, острая коронарная недостаточность, стеноз устья аорты, гипертрофическая кардиомиопатия, повышенная чувствительность к нифедипину. У пожилых больных эффективность нифедипина возрастает, поэтому начальная доза препарата должна быть меньше, чем у молодых.

3. При непереносимости нифедипина возможно назначение каптоприла в дозе 25–50 мг сублингвально. Эффект развивается через 10 минут и сохраняется в течение часа. Противопоказания к назначению каптоприла: двусторонний стеноз почечных артерий, состояние после трансплантации почек, гемодинамически значимый стеноз устья аорты, левого атриовентрикулярного отверстия, гипертрофическая кардиомиопатия, беременность, эклампсия.

4. Клофелин в дозе 0,075–0,15 мг под язык. Гипотензивное действие развивается через 15–30 минут, продолжительность действия несколько часов. Препарат противопоказан при брадикардии, слабости синусового узла, выраженной энцефалопатии.

5. При выраженной тахикардии возможен прием пропранолола в дозе 20–40 мг. При наличии противопоказаний к применению β -адреноблокаторов назначают магния сульфат в дозе 1000–2500 мг в/в медленно (в течение 7–10 минут). Эффект развивается через 15–20 минут после введения. Противопоказания к назначению магния сульфата: гиперчувствительность к препарату, почечная недостаточность, гипертиреоз, миастения, выраженная брадикардия, атриовентрикулярная блокада 2 степени.

Гипертонический криз II типа – это состояния, требующие оказания экстренной медицинской помощи, характеризуются значительным риском поражения органов-мишеней. Артериальное давление необходимо быстро снизить (в течение первых минут, часов): снижение АД на 20–30% по сравнению с исходным. Используется главным образом парентеральное введение лекарственных средств.

Оказание неотложной помощи при гипертоническом кризе II типа:

1. Нифедипин снижает диастолическое артериальное давление более эффективно, чем препараты группы верапамила. Используют как

таблетированную форму нифедипина по 10–20 мг под язык 2–3 раза с интервалом в 10–15 мин), так и его жидкую форму – в каплях по 5–10 капель на прием).

2. При недостаточной эффективности нифедипина показано введение дибазола в/в в дозе 5–10 мл 0,5% р-ра. Эффект развивается через 10–15 минут и сохраняется 1–2 часа.

3. При отсутствии положительного эффекта можно использовать 0,01% клофелин в/в медленно в дозе 1–1,5 мл на изотоническом растворе.

4. Одновременно назначают диуретические препараты, из которых наиболее эффективен фуросемид (по 60–80 мг внутривенно струйно). Мочегонные препараты особенно показаны при задержке натрия и жидкости в организме, а также при гипертоническом кризе, осложнившимся левожелудочковой недостаточностью (отеком легких) или гипертонической энцефалопатией с признаками гиперволемии и отека мозга. В последнем случае показано применение магния сульфата (по 10 мл 25% раствора) внутримышечно или внутривенно медленно.

1.5. Гипотония

Гипотония характеризуется понижением систолического давления ниже 100 мм рт. ст., а диастолического – ниже 60 мм рт. ст. у мужчин и соответственно ниже 95 и 60 мм рт. ст. у женщин.

Первичная (эссенциальная) гипотензия проявляется как конституциональная наследственная особенность регуляции сосудистого тонуса и расценивается как хроническое заболевание, при котором вялость, сонливость, склонность к ортостатическим реакциям и головокружению являются типичными симптомами.

Вторичная артериальная гипотензия наблюдается при длительных заболеваниях онкологического характера, эндокринных расстройствах (гипофункция щитовидной железы), заболеваниях крови, печени, почек и при аллергиях.

Основные критерии диагностики

Клинические симптомы можно объединить в две большие группы:

1. Психоэмоциональные нарушения: раздражительность, несдержанность, вспыльчивость, страх смерти, общая слабость.
2. Вегетативные расстройства: повышенная потливость, красный

дермографизм, которые появляются при эмоциональном напряжении перед стоматологическим вмешательством.

Неотложная помощь при гипотонии:

1. Пациенту нужно быстро придать горизонтальное положение. В горизонтальном положении облегчается кровоснабжение головного мозга. Именно нарушение кровообращения в мозговых сосудах приводит к головокружению, потемнению в глазах.
2. Голова должна располагаться как можно ниже, не стоит подкладывать подушку, так как в таком положении затрудняется приток крови к головному мозгу.
3. При отсутствии возможности уложить человека, надо посадить его, опустив голову как можно ниже между коленями.
4. Можно ввести 2 мл 20% раствора кофеина-бензоата натрия или 1 мл 5% раствора эфедрина п/к или дать выпить чашку крепкого кофе или чая. Эти напитки содержат кофеин, который повысит тонус вен и несколько поднимет артериальное давление.

1.6. Нарушение сердечного ритма

Среди многочисленных аритмий экстренной помощи чаще всего требуют пароксизмальные нарушения ритма сердца, которые могут серьезно отягощать состояние пациента, а в ряде случаев и представлять непосредственную угрозу для их жизни.

Наиболее часто экстренная помощь требуется при пароксизмальной мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии. Аритмия возникает в результате рефлекторного влияния болевой реакции, идущей из области операционного поля, или в результате фармакологического действия анестетиков на фоне метаболического ацидоза вследствие стрессового фактора.

Купировать пароксизмальные нарушения ритма с помощью антиаритмических препаратов показано лишь в том случае, если состояние пациента стабильно. При выраженных нарушениях гемодинамики: резкое падение артериального давления, сердечная астма или отёк легких, потеря сознания, необходимо проведение экстренной электроимпульсной терапии.

Основные критерии диагностики

Клинические проявления. Субъективно – неприятные ощущения в области сердца, чувство трепетания, беспокойства.

Неотложная помощь при нарушении сердечного ритма:

1. Прекратить проводимое вмешательство.
2. Придать комфортное положение пациенту.
3. Больному необходимо дать выпить воды, успокоительные средства: настойка валерианы или пустырника, валидол под язык или седуксен 10 мг внутрь («per os»).
4. При отсутствии эффекта вызвать кардиологическую бригаду, до прибытия которой обеспечить кислородотерапию, седативную терапию, покой больному.
5. Снять ЭКГ для определения вида аритмий.
6. Купирование пароксизмальной мерцательной аритмии. При тахисистолической форме фибрилляции предсердий, когда число сердечных сокращений превышает 120–150 в минуту, следует сначала уменьшить ритм сердечных сокращений с помощью препаратов, блокирующих проведение в атриовентрикулярном узле – верапамил в дозе 10 мг в/в или 80–160 мг внутрь, обзидан 5 мг в/в или 40–80 мг внутрь, дигоксин 0,5 мг в/в, кордарон 150–300 мг в/в. При нормосистолической форме фибрилляции предсердий используют препараты для восстановления синусового ритма. Хинидин 0,4 г внутрь, далее по 0,2 г через час до купирования или общей дозы 1,6 г; новокаинамид 1 г в/в или 2 г внутрь, далее при необходимости по 0,5 г внутрь через час до купирования или общей дозы 4–6 г; кордарон 300–450 мг в/в; ритмилен 150 мг в/в или 300 мг внутрь.
7. Пароксизмальные тахикардии разделяют на 2 группы:
 - 1) наджелудочковые:
 - предсердные,
 - атриовентрикулярные;
 - 2) желудочковые.

Купирование приступов предсердной тахикардии проводится так же, как и пароксизмов мерцательной аритмии. При лечении полиморфной предсердной тахикардии препаратом первого ряда является верапамил. Купирование пароксизма атриовентрикулярной тахикардии начинают с применения вагусных приемов: пробы Вальсальвы (натуживание после вдоха), массажа каротидного синуса, погружения лица в холодную воду («рефлекс ныряния»). При отсутствии рефлекса от вагусных воздействий назначают антиаритмические препараты. Препаратами выбора в данном случае является АТФ вводят в/в 10–20 мг очень быстро (за 1–5 с) или верапамил вводится в дозе 5–10 мг в/в. Вместо верапамила можно применять обзидан 5 мг в/в

или дигоксин 0,5 мг в/в, но их купирующий эффект значительно ниже. При отсутствии эффекта от верапамила и /или АТФ, можно использовать новокаинамид 1 г в/в медленно, кордарон 150–300 мг в/в. У больных с редкими и легко переносимыми приступами тахикардии возможно самостоятельное пероральное купирование пароксизмов с помощью верапамила в дозе 160–240 мг однократно, новокаинамида 2 г, обзидана 80–120 мг, хинидина 0,5 г или ритмилена 300 мг. Для купирования мономорфной желудочковой тахикардии в первую очередь используется лидокаин 100–120 мг в/в. При отсутствии эффекта от лидокаина применяют новокаинамид 1 г в/в медленно. Вместо новокаинамида можно назначить ритмилен 150 мг в/в, этмозин 150 мг в/в, аймалин 50 мг в/в, кордарон 300–450 мг в/в.

2. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

2.1. Асфиксия

Асфиксия – это удушье, угрожающее жизни человека состояние, при котором кислород не поступает в легкие вследствие какого-либо препятствия для его прохождения через дыхательные пути или повреждения какого-либо участка дыхательной системы.

В условиях стоматологической поликлиники могут внезапно возникнуть следующие 5 видов асфиксий:

1. Дислокационная – вызванная смещением поврежденных органов (нижней челюсти, языка, гортани и языка).

2. Обтурационная – вследствие закрытия верхнего отдела дыхательного пути инородным телом (удаленным зубом, пломбировочным материалом и даже мелким инструментарием, например, корневая игла, пульпэкстрактор).

3. Стенотическая – сужение просвета дыхательного пути в результате кровоизлияния, отека слизистой оболочки.

4. Клапанная – за счет образования клапана из лоскутов поврежденного мягкого неба.

5. Аспирационная – попадание в дыхательные пути крови, слизи, рвотных масс, осколков зубов, пломбировочного материала. Чаще всего на амбулаторном приеме у врача-стоматолога встречаются обтурационная или аспирационная асфиксия.

Основные критерии диагностики

Клинические проявления характеризуются симптомами острого нарушения внешнего дыхания, которые развиваются в несколько фаз:

1. Усиление дыхательных функций, при которой удлиняется и усиливается вдох, появляется инспираторная одышка, беспокойство, цианоз, тахикардия.
2. Урежение дыхания при резком усилении выдоха, экспираторная одышка, акроцианоз, брадикардия, падение артериального давления, холодный пот.
3. Брадипноэ, потеря сознания.

4. Апноэ, дыхание Кус-Мауля или агональное дыхание.

По времени одна фаза сменяет другую в зависимости от резервных возможностей организма и экстренности мероприятий.

Неотложная помощь при асфиксии:

1. Срочно устранить причину асфиксии. Компенсация внешнего дыхания: ингаляции кислорода, либо вспомогательного механического дыхания с помощью ручного прибора РД-1, мешка Амбу, маски наркозного аппарата.

2. При obturации просвета гортани инородным телом (марлевым тампоном, удаленным зубом, протезом) нет времени на проведение операции трахеотомии, выполнение которой требует значительного времени даже у профессионалов, поэтому каждый врач-стоматолог должен овладеть навыками оказания помощи с помощью коникотомии.

Коникотомия – достаточно технически простая операция, проводится вскрытие гортани путем рассечения щитоперстневидной (конической) связки. При выполнении этой операции не надо проводить обезболивания. Больному запрокидывают голову, пальцами левой руки определяется углубление между нижним краем щитовидного и верхним краем перстневидного хрящей. Обычно это углубление располагается на 2 см ниже выступа щитовидного хряща. Скальпель располагается перпендикулярно к поверхности шеи и в поперечном направлении. Затем резким движением (колющим) одновременно делается разрез скальпелем, рассекая кожу, подкожную клетчатку, фасцию и коническую связку. Глубина погружения скальпеля обычно 1–1,5 см. Появление свистящего дыхания говорит о правильном выполнении операции. Для свободного прохождения воздуха вводится в разрез, какой-либо инструмент (зажим, пинцет и т. п.).

3. После восстановления дыхания больного экстренно госпитализируют в специализированное отделение, где будет удалено инородное тело и оказана дальнейшая необходимая медицинская помощь.

2.2. Приступ бронхиальной астмы

Приступ бронхиальной астмы – это продолжительная стойкая обструкция дыхательных путей, возникающая вследствие сужения бронхов из-за:

- 1) спазма гладкой мускулатуры,
- 2) отека слизистой бронхов,
- 3) гиперсекреции бронхиального секрета,
- 4) рубцовых изменений,
- 5) клапанной обструкции.

Приступ бронхиальной астмы возникает на стоматологическом приеме в связи с использованием в кабинете медикаментозных средств, являющихся аллергенами, провоцирующими приступ.

Основные критерии диагностики

Клиническая картина удушье экспираторного типа. Приступ часто сопровождается сухим кашлем, чувством нехватки воздуха. Нередко приступу удушья предшествуют ощущения жжения, зуда или царапанья в горле, иногда вздутие живота.

Объективные данные: во время приступа у больного вынужденное сидячее положение с наклоном туловища вперед. Больному кажется, что он лишен воздуха. Он вскакивает, садится, опираясь о ручки кресла. Вдох становится коротким, выдох медленный, в 2–4 раза длиннее вдоха, может сопровождаться громкими, продолжительными, свистящими дистанционными хрипами. Речь почти невозможна. Лицо бледное с синюшным оттенком, покрыто холодным потом. Крылья носа раздуваются при вдохе. Грудная клетка в положении максимального вдоха, в дыхании участвуют мышцы плечевого пояса, спины, брюшной стенки.

Межреберные промежутки и надключичные ямки втягиваются при вдохе. Шейные вены набухшие. Во время приступа наблюдается кашель с очень трудно отделяемой вязкой, густой мокротой. После отхождения мокроты дыхание становится более легким. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком, нижние границы опущены, подвижность легочных краев ограничена, на фоне ослабленного везикулярного дыхания во время вдоха и особенно на выдохе слышно много сухих свистящих хрипов. Пульс учащен, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены.

Приступ удушья может перейти в астматический статус, который

может закончиться комой и даже смертью больного.

Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы:

1. Обеспечить покой больному.
2. Проветрить помещение.
3. Как правило, чаще всего больной самостоятельно снимает приступ удушья ингаляторами, которые он имеет при себе (беротек, вентолин, сальбутамол).
4. Провести оксигенотерапию.
5. При неэффективности воздействия индивидуальных ингаляторов вводят эуфиллин 2,4% 5–10 мл в/в медленно.
6. При неэффективности проводимых мероприятий ввести преднизолон 30–60 мг в/в.
7. После купирования легкого привычного приступа удушья больной может быть отпущен домой. При тяжелом, затянувшемся приступе удушья обязательно необходима госпитализация больного в специализированное учреждение для оказания дальнейшей медицинской помощи. В любом случае стоматологическая помощь должна быть прекращена и продолжена на последующих приемах.

3. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

3.1. Острая боль в животе

Различают два основных вида болей в животе – висцеральную и соматическую. Висцеральная боль возникает вследствие раздражения нервных окончаний в стенке органов, то есть боли связанные со спазмом или, наоборот, с растяжением, например, желудка или двенадцатиперстной кишки (а иногда и с ишемией их слизистой оболочки), называются висцеральными.

Висцеральная боль протекает в виде колик (печеночной, почечной, кишечной и др.) различной интенсивности, носит разлитой диффузный, тупой характер, локализуется не только в области пораженного органа (часто по средней линии живота), но и в других отделах живота, имеет определенную иррадиацию – отраженную передачу болевых ощущений в участки тела, иннервируемые из тех же корешков, в которых проходят чувствительные волокна, несущие импульсы от соответствующих внутренних органов.

Соматическая (перитонеальная) боль возникает вследствие раздражения брюшины, когда при развитии патологического процесса (например, при прободении язвы желудка) начинают раздражаться окончания спинномозговых нервов, расположенные в брюшине. Соматическая боль, в противоположность висцеральной, имеет постоянный характер, точную локализацию, сопровождается, как правило, напряжением мышц передней брюшной стенки, имеет острый режущий характер, усиливается при движении и дыхании. Больные лежат в постели неподвижно, так как всякие изменения положения усиливают боль.

Основные группы заболеваний и патологических состояний, приводящих к болям в животе: органические или функциональные заболевания органов брюшной полости, желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, кишок, селезенки; интоксикации; заболевания и воспаления брюшины; заболевания почек и мочевыводящих путей; местные расстройства крово-

обращения в брюшной полости (преимущественно артериального); заболевания и повреждения брюшной стенки; некоторые заболевания нервной системы, позвоночного столба (Herpes Zoster, спондилоартроз); некоторые болезни системы крови (геморрагический васкулит, тромбофлебическая спленомегалия); диффузные заболевания соединительной ткани (узелковый периартериит), ревматизм; патологические процессы в грудной клетке (пневмония, диафрагмальный плеврит, перикардит, острая коронарная недостаточность); боль в животе при других заболеваниях различных органов и систем, например при абдоминальной колике при тиреотоксикозе, заболеваниях нервной системы и др.

Основные критерии диагностики

Клинические симптомы

Боль в верхнем отделе живота справа наблюдается чаще всего при заболеваниях печени, желчного пузыря и желчных путей, двенадцатиперстной кишки, головки поджелудочной железы, правой почки и поражении печеночного изгиба ободочной кишки. Имеется отличие иррадиаций болей при различных заболеваниях органов и систем. Так, чаще всего при заболеваниях желчных путей боль иррадирует в правое плечо, при язве двенадцатиперстной кишки и поражениях поджелудочной железы – в спину, при камнях почек – в паховую область и половые органы.

В верхнем отделе живота слева боль наблюдается при поражении желудка, поджелудочной железы, селезенки, селезеночного изгиба ободочной кишки, левой почки, а также при грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

Боль в нижней части живота справа может быть обусловлена поражением аппендикса, нижнего отрезка подвздошной кишки, слепой и восходящего отдела ободочной кишки, правой почки и половых органов.

В нижней части живота слева боль может быть вызвана поражением поперечно-ободочной и сигмовидной кишок, левой почки, а также заболеваниями половых органов.

Локализация боли не всегда соответствует расположению пораженного органа. Иногда впервые часы заболевания боль не локализуется четко и лишь позже концентрируется в определенной зоне. В дальнейшем боль может стать диффузной, например, при возникновении перитонита. При аппендиците боль первоначально может воз-

никать в подложечной или пупочной области, а при прикрытой прободной гастродуоденальной язве боль к моменту осмотра может сохраняться только в правой подвздошной области (при затекании в эту область желудочного содержимого). Кроме того, жалобы на боль в животе могут иметь место и при ряде внебрюшинных заболеваний.

Большое диагностическое значение имеет характер боли. Схваткообразная боль чаще всего наблюдается при спастических сокращениях гладкой мускулатуры полых органов. Постепенно нарастающая боль характерна для воспалительных процессов. Так, схваткообразная боль в животе наиболее характерна для механической кишечной непроходимости, для почечной и печеночной колики. Однако и при этих заболеваниях боль нередко бывает постоянной. Схваткообразная боль у 10–20 % больных возможна и при остром аппендиците: она обусловлена сокращением мышечной оболочки отростка в ответ на закупорку его просвета. Иногда периодически обостряющаяся боль может создавать впечатление схваткообразной.

Внезапное появление боли по типу «кинжального удара» свидетельствует о внутрибрюшной катастрофе (прорыве полого органа, гнойника или эхинококковой кисты, внутрибрюшное кровотечение, эмболия сосудов брыжейки, селезенки, почки). Такое же начало характерно и для почечной колики.

Определение причины острой боли в животе остается одной из наиболее сложных задач в медицине, поскольку катастрофические последствия нужно прогнозировать при помощи расспроса и осмотра больного и на основании часто едва заметных симптомов и признаков болезни.

Острая боль в животе – субъективное ощущение, которое врач должен правильно интерпретировать. Способность пациента обнаружить патологические симптомы, а тем более описать их существенно зависит от его характерологических особенностей, культуры и интеллекта. Кроме того, находясь в болезненном состоянии, пациент может не в полной мере отдавать себе отчет в происходящем. По этим причинам на догоспитальном этапе больного с острой абдоминальной болью нужно обследовать в соответствии с жестким алгоритмом. Выявить начало острой абдоминальной боли: необходимо по возможности выяснить его точное время (час и минуту), а также обстоятельства, при которых появилась боль.

Внезапно появившаяся боль (в течение секунд или минут), как правило, интенсивная, характерна для перфорации внутреннего орга-

на, разрыва аневризмы аорты, перекрута яичника, спонтанного пневмоторакса, деструкции межпозвонкового диска. Постепенное начало боли (в течение десятков минут, часов или дней), сопровождающееся неуклонным и постепенным нарастанием характерно для острого холецистита, аппендицита, дивертикулита, непроходимости тонкой кишки, острой мезентериальной ишемии, острой задержки мочи.

Медленное развитие боли (в течение нескольких дней или недель) характерно для злокачественных новообразований, например, при формировании кишечной непроходимости в результате обтурирующей опухоли толстой кишки. У пациентов, недавно перенесших закрытую травму живота (автомобильная травма, избиение и т. д.), необходимо выяснение временной связи между травмой и началом абдоминальной боли, что позволит заподозрить разрыв того или иного органа брюшной полости.

Острая боль в животе может возникнуть как при новом патологическом процессе (кишечная непроходимость, острый аппендицит), так и при внезапном обострении хронического заболевания (перфорация язвы). И в том, и другом случае боли могут предшествовать «продромальные» симптомы: снижение АД при внематочной беременности, ускорение перистальтики кишечника и понос при остром мезентериальном тромбозе, интенсивная боль при язвенной болезни.

Так, упорные боли в животе, не затихающие в течение двух часов, болезненность живота при прикосновении, присоединение к ним рвоты, поноса, повышенной температуры тела должны серьезно насторожить врача.

Неотложная помощь при острой боли в животе:

1. Вызвать бригаду скорой помощи.
2. Боль в животе нельзя снимать обезболивающими средствами до диагностики причины болей!

Устранив боль, Вы затрудните постановку диагноза, а это может привести к серьезным осложнениям. Помните, что боль в животе практически во всех случаях достаточно серьезный симптом, к которому нельзя относиться безразлично, ведь именно в животе располагаются наиболее важные органы человека.

3. Не следует использовать тепловые процедуры (накладывать грелку) при появлении острой боли в животе, если причина боли неизвестна.
4. Больному запрещается принимать жидкость и еду.

3.2. Желудочно-кишечные кровотечения

Желудочно-кишечные кровотечения подразделяются на кровотечения из верхних и нижних отделов пищеварительного тракта. О кровотечениях из нижних отделов ЖКТ говорят, когда источник кровотечения располагается в кишечнике дистальнее связки Трейца.

Причины острых кровотечений пищеварительного тракта разнообразны. Их можно условно разделить на 4 основные группы (хотя в ряде случаев кровотечения могут быть вызваны действием нескольких предрасполагающих факторов):

1) кровотечения вследствие первичного поражения пищевода, желудка, желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы;

2) кровотечения, обусловленные первичным поражением стенки артериальных, венозных кровеносных сосудов (либо системным, либо имеющим отношение именно к органам пищеварения);

3) кровотечения, обусловленные нарушением в системе свертывания крови;

4) травматические повреждения, разрыв внутреннего органа при внедрении в стенку пищевода, желудка, кишечника проглоченного инородного тела с острым концом (случайно или преднамеренно).

Наиболее частой причиной кровотечений является язвенная болезнь (до 35 % всех желудочно-кишечных кровотечений), причем дуоденальные язвы кровоточат чаще, чем желудочные. Возникновение язвенного профузного кровотечения может провоцироваться сильным физическим напряжением в период обострения заболевания, значительными отрицательными эмоциями, переживаниями, курением, приемом крепких алкогольных напитков, некоторых лекарственных препаратов – НПВП, гормональные и некоторых других препаратов, способных оказывать побочное ульцерогенное действие. Нередко причиной пищеводно-желудочных кровотечений является варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка, наблюдающиеся при портальной гипертензии (например, сдавление или тромбоз воротной вены), тяжелая сердечная недостаточность с выраженным застоем в большом круге кровообращения. Профузные кровотечения могут быть обусловлены распадом злокачественной или доброкачественной опухоли, наличием инородного тела, изъязвленного дивертикула.

Кроме того, кровотечения из пищеварительного тракта могут быть и при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Например,

острые кровотечения могут возникать при инфаркте миокарда (острое желудочное кровотечение), врожденных дефектах сосудистой системы (болезнь Рендю–Ослера), узелковом периартериите. Поражением мелких сосудов (в частности, пищеварительного тракта) обусловлены кровотечения при затяжном септическом эндокардите, а также при васкулитах другого происхождения, цинге.

Массивные кровотечения могут быть при нарушениях свертывания крови. Например, при геморрагических диатезах, передозировке антикоагулянтов, тромбоцитопениях различного происхождения (болезнь Верльгофа, гиперспленизм, при лейкозах вследствие подавления мегакариоцитарного ростка костного мозга бурно размножающимися лейкозными клетками, при апластической анемии и других заболеваниях), при врожденной недостаточности плазменных факторов свертывающей системы (гемофилии различного типа).

Основные критерии диагностики

Клиническая картина. Основными клиническими признаками кровотечения из верхних отделов ЖКТ является рвота с кровью (гематемезис) и черный дегтеобразный стул (мелена). Рвота с кровью в количестве 350 мл сравнительно легко переносится больными. При значительной кровопотере (более 0,5 л крови) всегда сопровождается меленой. Окрашивание рвотных масс может быть различным и зависит от тяжести, характера и скорости кровопотери. При артериальном пищеводном кровотечении возникает рвота неизменной кровью. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода бывает, как правило, профузным и проявляется рвотой с кровью темно-вишневого цвета. При желудочном кровотечении умеренной или средней степени тяжести окраску рвотных масс сравнивают с цветом кофейной гущи, так как кровь попадает в желудок, подвергается воздействию желудочного сока, а гемоглобин эритроцитов крови под воздействием соляной кислоты желудочного сока превращается в солянокислый гематин, имеющий цвет кофейной гущи. Считают, что рвота возникает в результате переполнения и перерастяжения желудка излившейся кровью, а также вследствие раздражающего действия крови на слизистую. По мнению ряда исследователей, рвотный рефлекс имеет центральное происхождение и возникает как реакция вегетативной нервной системы на кровопотерю и гипоксию. Известно, что на возможность возникновения рвоты при кровопотере большое влияние оказывает локализация язвы: у больных с локализацией язвы в желудке кровавая рвота встречается в два раза чаще, чем при дуоденальной.

Мелена при дуоденальном, а иногда при желудочном кровотечении может быть одним из первых симптомов появившегося осложнения. В большинстве случаев, мелена, обнаруживается не ранее, чем через 8 часов после начала кровотечения, причем кровопотери объемом 50–80 мл может быть достаточным для ее появления. Окраска каловых масс имеет важное дифференциально-диагностическое значение для определения места расположения источника кровотечения. Появление дегтеобразного стула характерно для кровотечения из верхних отделов ЖКТ, сернистое железо, образующееся в толстой кишке при разложении постепенно накапливающейся крови, окрашивает каловые массы в черный цвет. Кал темно-вишневого цвета обычно бывает при умеренном кровотечении из дистальных отделов тонкой и правой половины толстой кишок. Примесь алой крови в кале (гематохезия) указывает на источник кровотечения из дистальных отделов толстой кишки. Геморроидальные вены прямой кишки кровоточат алой кровью (при геморрое). К общим симптомам кровотечения из верхних и нижних отделов ЖКТ относится общая слабость, головокружение, ощущение шума в ушах, потемнение в глазах, одышка, сердцебиение, обморочное состояние.

Наличие болей в животе, предшествующих кишечному кровотечению, говорит в пользу острых инфекционных и воспалительных заболеваний кишечника, острых ишемических повреждений кишечника. При инфекционных заболеваниях кишечника нередко возникает лихорадка, потливость, тенезмы, диарея. Длительное повышение температуры, боли, больше в правой подвздошной области, снижение веса, диарея отмечается при туберкулезе кишечника.

Объективно: обильный холодный пот, бледность кожных покровов, тахикардия, пульс слабого наполнения и напряжения, снижение артериального давления (при сильных кровотечениях – резкое падение артериального давления), может быть спутанное сознание. Часто больные вынуждены лежать, так как при попытке встать у них возникает обморочное состояние, коллапс, шок.

Для первичной ориентировочной оценки степени тяжести острой кровопотери можно рассчитать шоковый индекс по методу Альговера – отношение частоты пульса в 1 мин к величине систолического артериального давления. В норме он равен 0,5. При показателе 1,0 существует дефицит объема циркулирующей крови 20–30%, 1,5–50%, а при 2,0–70%.

В последующем тяжесть кровотечения более целесообразно оценивать, учитывая одновременно величину артериального давления, частоту пульса, содержание гемоглобина и эритроцитов в периферической крови и др.

Классификации степени тяжести острых желудочно-кишечных кровотечений отличаются значительным разнообразием. Наиболее часто используют деление по тяжести кровопотери: I степень (легкая) – субъективные и объективные признаки острого малокровия отсутствуют или выражены незначительно (частота пульса до 80 уд./мин, систолическое артериальное давление выше 110 мм рт. ст.), гемоглобин 100 г/л и выше, количество эритроцитов больше $3,5 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит более 0,3, дефицит объема циркулирующей крови до 20%, центральное венозное давление (ЦВД) 5–15 см вод. ст.; II степень (средняя) – отчетливые общие симптомы кровопотери (частота пульса 80–100 уд./мин, систолическое артериальное давление 100–110 мм рт. ст.), гемоглобин 80–100 г/л, количество эритроцитов – $2,5–3,5 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит 0,25–0,3, дефицит объема циркулирующей крови 20–30%, ЦВД 1–5 см вод. ст.; III степень (тяжелая) – выраженные общие симптомы кровопотери вплоть до отсутствия сознания, состояние геморрагического коллапса (частота пульса более 100/мин, систолическое артериальное давление ниже 100 мм рт. ст.), гемоглобин ниже 80 г/л, количество эритроцитов менее $2,5 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит менее 0,25, дефицит объема циркулирующей крови до 30–40%, ЦВД менее 1 см вод. ст. Такое деление позволяет определить врачебную тактику и необходимость неотложного оперативного вмешательства.

К любому кровотечению пищеварительного тракта следует относиться крайне серьезно и рассматривать его как уже случившуюся катастрофу или как грозный предвестник более серьезных осложнений, поскольку не всегда известно, когда кровотечение началось, сколько времени будет продолжаться, прекратилось ли оно или в ближайшие минуты или часы вновь возникнет с еще большей интенсивностью и прекратится ли вообще.

Установлено, что при острых кровотечениях основную угрозу для жизни больного представляет не только потеря гемоглобина – переносчика кислорода, но и в значительной степени потеря массы циркулирующей крови и возникновение гиповолемии. Из-за падения артериального давления, уменьшения массы циркулирующей крови, запустевания мелких периферических сосудов происходит микротромбирование артериол и вен, развивается синдром диссеминированного

внутрисосудистого свертывания, т. е. возникает цепная реакция серьезных патофизиологических изменений. Развитие этих патологических процессов, их прогрессирование (особенно быстрое прогрессирование в случае продолжающегося кровотечения), недостаточность компенсаторных реакций организма и несвоевременное начало лечебных мероприятий нередко могут приводить к летальному исходу.

Все лечебные мероприятия следует начинать как можно раньше и проводить одновременно с диагностическими. От оперативности, четкости, слаженности действий медицинского персонала на всех этапах оказания медицинской помощи (вызов врача, транспортировка в больницу, оформление медицинской документации, доставка в хирургическое отделение, определение группы крови и резус-совместимости, другие лабораторные, диагностические и лечебные мероприятия) во многом зависит судьба больного. Ни в коем случае нельзя ждать, что кровотечение может остановиться и больше не повториться – это грубейшая врачебная ошибка.

Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении:

Необходима экстренная госпитализация больного в хирургическое отделение при первых признаках кровотечения из пищеварительного тракта.

1. Немедленно вызвать бригаду скорой помощи для госпитализации больного в хирургическое отделение! Строгий носилочный режим при транспортировке, при коллапсе – в положении Тренделенбурга.
2. Обеспечить полный физический и психоэмоциональный покой пациента.
3. К месту возможного источника кровотечения приложить пузырь со льдом или холодное мокрое полотенце.
4. При обморочном состоянии поднесите к носу больного ватку, смоченную нашатырным спиртом.
5. Не поить и не кормить больного!
6. Не промывать желудок и не делать клизмы!
7. Общие гемостатические мероприятия: воздействие на систему гемостаза – ввести октреотид, этамзилат; внутривенно капельно – тромбина, фибриногена 1–2 г в 250–500 мл изотонического раствора натрия хлорида; аминокaproновую кислоту в/в капельно 5% р-р, гордокс, трасилол, викасол. Следует помнить, что аминокaproновая кислота и викасол начинают действовать только через определенный промежуток времени. Базовым является внутривенное введение ок-

треотида внутривенно болюсно в дозе 50–100 мкг, потом по 50 мкг/ч внутривенно капельно.

8. При кровотечениях из расширенных вен пищевода с целью снижения портальной гипертензии в/в вводят до 20 ЕД питуитрина на р-ре глюкозы.

9. Местно: гемостатическая губка, гемофобин.

10. Восполнение объема циркулирующей крови и улучшение микроциркуляции – внутривенно реополиглюкин в дозе 400–1200 мл в сутки или р-р Рингера в зависимости от кровопотери. Необходимо четко рассчитывать объемы инфузий, так как чрезмерное введение жидкости со значительным превышением дефицита циркулирующей крови может спровоцировать рецидив кровотечения.

11. Для поддержания сердечной деятельности вводят кофеин, кордиамин. Препараты прессорных аминов (мезатон, норадреналин) противопоказаны до полного восстановления объема крови, так как усиливают спазм мелких сосудов и способствуют развитию ДВС-синдрома.

3.3. Острый панкреатит

Острый панкреатит – заболевание поджелудочной железы, связанное с активацией ее ферментов и воздействия их на ткань железы вплоть до самопереваривания и некроза. Развитию острого панкреатита способствует патология печени, желчных путей и других органов пищеварения, алиментарные нарушения, злоупотребление алкоголем, тяжелые сосудистые поражения, аллергические состояния, травмы и операции. Панкреатит чрезвычайно опасен своими осложнениями и требует качественной и своевременной терапии. Чем раньше выявлено заболевание и проведено лечение, тем выше вероятность успешного лечения.

Основные критерии диагностики

Клинические симптомы: основной жалобой пациентов при панкреатите является боль. Локализуется боль при остром панкреатите обычно в эпигастрии, но может иррадиировать в оба подреберья, в спину, носить опоясывающий характер. Интенсивность боли нарастает в положении лежа на спине и немного ослабевает сидя. Кроме того, многие пациенты долгое время могут не подозревать о наличии панкреатита, его симптоматика маскируется под стенокардию, осо-

бенно в пожилом возрасте. На диагноз панкреатита может указывать изменение характера стула (жидкий, кашицеобразный с вкраплениями непереваренной пищи. Каловые массы имеют большой объем, неприятный запах, нередко пенистую консистенцию. За счет повышенного содержания жира плохо смываются со стенок унитаза. Для пациентов с острым и хроническим панкреатитом характерны утрата аппетита, снижение массы тела, отрыжка, рвота, вздутие живота.

В классификации А.А. Шалимова клиническое течение острого панкреатита может быть лёгким, средней тяжести, тяжёлым, крайне тяжёлым (молниеносным).

При лёгкой форме характерны жалобы на острые боли в эпигастрии, иррадиирующие в спину, опоясывающего характера. У большей части больных тошнота, реже бывает рвота. Общее состояние больного длительное время остаётся удовлетворительным. Пульс до 90 уд./мин, АД стабильное, кожные покровы обычного цвета. Язык влажный, иногда обложен белым налётом. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный по ходу поджелудочной железы в правом, иногда в левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет.

При средней степени тяжести острого панкреатита боли интенсивные, иногда заставляют больного находиться в вынужденном коленно-локтевом положении; рвота многократная, мучительная, изнуряющая, не приносящая облегчения, наблюдается у большинства больных. Бледные кожные покровы, «испуганное» страдальческое лицо, блестящие, иногда запавшие глаза. Пульс до 90–120 уд./мин. Артериальное давление 100/60–90/50 мм рт. ст. Дыхание учащённое, поверхностное. Язык сухой; живот вздут, резко болезнен при пальпации в области проекции поджелудочной железы. Перистальтика не прослушивается. Симптомы раздражения брюшины положительные. Для этой формы панкреатита характерно появление бледно-синих пятен в различных участках тела. Отмечается олигурия менее 1000 мл мочи в сутки. Возможно возникновение желтухи.

Тяжёлая форма острого панкреатита развивается бурно, в течение нескольких часов. Состояние больных тяжёлое. Интенсивность болей настолько велика, что однократная инъекция анальгетиков, промедола приносит лишь кратковременное облегчение. Сознание у больных этой категории обычно ясное, но у некоторых бывает сопор. Температура тела выше 38 °С. Пульс до 120 уд./мин и более. АД менее 90/50 мм рт. ст., неустойчивое. Дыхание частое, поверхностное. Язык сухой; живот резко вздут, значительная болезненность по всему

животу. Симптомы раздражения брюшины резко выражены. Перистальтика не прослушивается. Олигурия на уровне 500–600 мл мочи в сутки и менее. Как правило, тяжёлое клиническое течение острого панкреатита обусловлено тотальным панкреонекрозом.

При крайне тяжёлой (молниеносной) форме течения острого панкреатита вся симптоматика аналогична таковой при тяжёлой форме, однако симптомы носят резко выраженный, нарастающий характер. Выраженность симптомов порой настолько велика, что больные не успевают обратиться за медицинской помощью и погибают спустя несколько часов после начала заболевания. Молниеносное течение острого панкреатита чаще наблюдается у молодых людей и во всех случаях обусловлено тотальным панкреонекрозом.

Для диагностики острого панкреатита существует серия специальных симптомов, ценность которых различна. Приведём некоторые из них, наиболее важные.

Симптом Мондора – фиолетовые пятна на лице и туловище.

Симптом Турнера – цианоз боковых стенок живота, что объясняется действием ферментов и нарушением гемодинамики.

Симптом Керте – болезненная резистентность в виде поперечной полосы в эпигастральной области на 6–7 см выше пупка.

Симптом Воскресенского – отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастральной области.

Симптом Мейо–Робсона – болезненность при надавливании кончиками пальцев в левом рёберно-позвоночном углу.

Симптом Махова – гиперестезия кожи выше пупка.

Симптом Чухриенко – болезненность в эпигастральной области при толчкообразных движениях брюшной стенки снизу вверх и спереди назад кистью врача, помещённой поперёк живота ниже пупка.

Неотложная помощь при остром панкреатите:

1. Срочно вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
2. В эпигастральную область можно положить пузырь со льдом.
3. Купировать болевой синдром М-холинолитики (атропин 0,1% 1 мл, платифиллин гидротартрат 0,2% 1 мл), миотропные спазмолитики (но-шпа 2% от 2 до 4 мл, папаверин 2% 2 мл). При выраженном болевом синдроме некупирувавшемся М-холинолитиком или миотропным спазмолитиком применяют ненаркотические анальгетики анальгин 50% 2 мл в/м, баралгин 5 мл, при выраженном болевом синдроме вводят в/в.

4. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Острый холецистит – это неспецифическое воспаление желчного пузыря. В 85–95% воспаление желчного пузыря сочетается с камнями. Таким образом, в подавляющем большинстве случаев для возникновения острого холецистита необходима обструкция пузырного протока или самого желчного пузыря в области гартмановского кармана. Застой желчи с быстрым развитием инфекции обуславливает типичную клиническую картину заболевания. Нарушение барьерной функции слизистой оболочки желчного пузыря может быть обусловлено некрозом в результате значительного повышения внутрипросветного давления при обструкции пузырного протока; кроме того, прямое давление камня на слизистую оболочку приводит к ишемии, некрозу и изъязвлению. Нарушение барьерной функции слизистой оболочки ведет к быстрому распространению воспаления на все слои стенки пузыря и появлению соматических болей.

Основные критерии диагностики

Клинические симптомы: внезапное появление острой боли в правом подреберье, иногда в подложечной области. Появление или усиление боли обычно связано с обильной едой, употреблением жирной, жареной, острой, слишком холодной или горячей пищи, газированных напитков, алкоголя. Нередко боль провоцируется интенсивной физической нагрузкой или психоэмоциональными стрессовыми ситуациями. Чаще всего боль носит «приступообразный» характер. Боль может иррадиировать в правое плечо, правую лопатку, иногда в ключицу. Довольно часто в период обострения появляются диспепсические симптомы. Рвота возникает у 30–50% больных. В рвотных массах можно обнаружить примесь желчи. Рвота, как и боли, провоцируются приемом алкоголя или диетическими погрешностями. Возможны тошнота, ощущение горечи во рту, отрыжка горьким. У 30–40% больных отмечается повышение температуры тела, которая может сопровождаться познабливанием.

Объективно: у некоторых больных отмечается субиктеричность, а иногда и более выраженная желтушность склер и кожи,

отмечается резкое повышение температуры до 39–40 °С. У большинства больных отмечается избыточная масса тела. Язык сухой, обложен. Пальпация выявляет локальную болезненность в зоне расположения желчного пузыря – пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой (*симптом Керра*). Если обычная глубокая пальпация не выявляет болезненности в зоне желчного пузыря, рекомендуется определить *симптом Мерфи* – болезненность при пальпации области желчного пузыря при глубоком вдохе и некотором втягивании живота. Кроме того можно определить:

1) *висцеро-кутанные рефлекторные болевые точки и зоны*, которые характеризуются тем, что давление пальцем на органоспецифические точки кожи вызывает боль:

- *болевая точка Маккензи* расположена в месте пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой;
- *болевая точка Боаса* локализуется на задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X–XI грудных позвонков;
- *зоны кожной гипертензии Захарьина–Геда* – обширные зоны выраженной болезненности и гиперчувствительности, распространяющиеся во все стороны от точек Маккензи и Боаса;

2) *кутанно-висцеральные рефлекторные симптомы*, которые характеризуются тем, что воздействие на определенные точки или зоны вызывает боли, идущие вглубь по направлению к желчному пузырю:

- *симптом Алиева* – давление на точки Маккензи или Боаса вызывает не только местную болезненность непосредственно под пальпирующим пальцем, но и боль, идущую вглубь по направлению к желчному пузырю;
- *симптом Айзенберга-I* – при коротком ударе или постукивании ребром ладони ниже угла правой лопатки больной наряду с локальной болезненностью ощущает выраженную иррадиацию вглубь, в область желчного пузыря.

Эти симптомы закономерны и характерны для обострения хронического холецистита. Наиболее патогномичными считаются симптомы Маккензи, Боаса и Алиева.

При вовлечении в процесс париентальной брюшины определяется симптом *Щеткина–Блумберга*.

Неотложная помощь при остром холецистите:

1. При подозрении на острый холецистит, как и при любом остром желудочно-кишечном заболевании, необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи. Все больные с острым холециститом подлежат срочной госпитализации в хирургический стационар для дальнейшего лечения (консервативного или оперативного).
2. Нельзя принимать тепловые процедуры (например, прикладывание теплой грелки), промывать желудок, принимать слабительное или ставить клизмы.
3. Необходимо обеспечить больному покой.
4. На область правого подреберья можно прикладывать пузырь со льдом или холодной водой на 10–15 мин через каждые 45–50 мин.
5. На догоспитальном этапе внутривенно вводят спазмолитическую смесь: 2 мл 2% раствора но-шпы, 2 мл 2% раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл 0,2% раствора платифиллина гидротартрата и 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата – это снимает спазм сфинктера Одди и снижает внутрипротоковое давление вследствие улучшения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.

5. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

Почечная колика – симптомокомплекс, возникающий при остром (внезапном) нарушении оттока мочи из почки, что приводит к развитию чашечно-лоханочной гипертензии, рефлекторному спазму артериальных почечных сосудов, венозному стазу и отеку паренхимы, ее гипоксии и перерастяжению фиброзной капсулы.

Наиболее часто обструкция верхних мочевых путей обусловлена камнем (конкрементом) в мочеточнике. Окклюзия мочеточника может также наступить при стриктурах, перегибах и перекрутах мочеточника, при обтурации его просвета сгустком крови, слизи или гноя, казеозными массами (при туберкулезе почки), отторгнувшимся некротизированным сосочком. Почечная колика является синдромом, который, не раскрывая причины заболевания, лишь свидетельствует о вовлечении в патологический процесс почки или мочеточника.

Причины почечной колики

Группа причин	Нозологии
Острые механические препятствия оттока мочи из лоханки или мочеточника	Обтурация камнями, кровяными и другими сгустками
	Коленчатые перегибы мочеточника, приводящие к его стенозу, периауретриту
	Опухоли лоханки, мочеточника, а также забрюшинного пространства и органов малого таза, сдавливающие мочевые пути извне
Воспалительные, аллергические заболевания почек и мочевых путей	Острый сегментарный отек слизистой мочевых путей при пиелонефрите или уретрите
	Гиперемия и отек слизистой нижней трети мочеточника при флебостазе в малом тазу
Острые сосудистые заболевания почек и мочевых путей	Эмболия и инфаркт почки
	Тромбоз вен почки
Расстройства уродинамики верхних мочевых путей	Перенапряжение нервных рецепторов как в самих мочевых путях, половых органах, так и за их пределами
	Нейродинамические нарушения мочевых путей при их аномалиях (дискинезия, ахалазия и т. п.)

Основные критерии диагностики

Клинические симптомы: приступ чаще всего случается неожиданно, человек испытывает сильную боль в поясничной области. Часто незадолго до приступа колики нарастает дискомфорт в области почки. Обычно боли начинаются в костовертебральном углу и иррадируют в подреберье, по ходу мочеточника в половые органы, по внутренней поверхности бедра. Реже боли начинаются по ходу мочеточника, а затем распространяются на область поясницы с соответствующей стороны и иррадируют в яичко или большие половые губы. Возможна атипичическая иррадиация болей (в плечо, лопатку, в область пупка), что объясняется широкими нервными связями почечного нервного сплетения. Часто наблюдаются парадоксальные боли в области здоровой почки, вследствие рено-ренального рефлюкса. У некоторых больных отмечается превалирование болевых ощущений в месте иррадиации.

Дизурические явления довольно часто (но не всегда) сопутствуют приступу почечной колики. Дизурия проявляется учащенным, болезненным мочеиспусканием: чем ближе к мочевому пузырю локализуется камень, тем резче дизурия.

Нередко почечную колику сопровождают тошнота, многократная рвота, задержка стула и газов, вздутие живота (гастроинтестинальный синдром), что затрудняет диагноз.

Объективно: характерно беспокойное поведение больных, которые стонут, мечутся, принимают невероятные позы и не могут найти положения, в котором бы интенсивность болей уменьшилась. Появляются бледность кожных покровов и холодный пот. Иногда повышается АД и температура тела, учащается пульс.

При бимануальной пальпации выявляется резкая болезненность в области почки, резистентность мышц на стороне заболевания. Иногда удается прощупать увеличенную и болезненную почку. Нередко при почечной колике наблюдается микрогематурия. Значительно реже – макрогематурия, однако отсутствие гематурии не дает основания безоговорочно исключить заболевание органов мочевой системы.

Диагностические критерии: 1) выраженный болевой синдром, 2) беспокойное поведение больного, 3) дизурия.

При постановке диагноза «почечная колика» врач должен получить ответы на следующие вопросы:

1. Есть ли в анамнезе мочекаменная болезнь или другие заболевания почек (уточнить возможную причину почечной колики).

2. Условия возникновения боли (колика нередко возникает после физического напряжения, тряской езды, длительной ходьбы).
3. Каковы характер и локализация боли (характерна острая интенсивная боль в пояснице, в той или иной половине живота).
4. Какова иррадиация боли (при окклюзии конкрементом лоханки возможна иррадиация боли в поясницу и подреберье, при окклюзии на уровне границы верхней и средней трети мочеточника – в нижние отделы живота, при более низком расположении камня – в паховую область, внутреннюю поверхность бедра, паховые органы).
5. Есть ли положение, при котором боль облегчается (при почечной колике больные ищут такое положение, но не могут его найти).
6. Есть ли расстройство мочеиспускания (нередко сопровождает почечную колику).

Неотложная помощь при почечной колике:

1. Обеспечить больному покой.
2. При возможности создать горизонтальное положение больного, что может помочь самопроизвольному отхождению небольших камней.
3. Купировать приступ болевого синдрома. Показано назначение различных спазмолитических средств, которые долгие годы остаются препаратами выбора для купирования почечной колики (папаверин, но-шпа, платифиллин). В последнее время предпочтение отдается комбинированным препаратам, содержащим анальгетик, спазмолитик и ганглиоблокатор (баралгин, спазган и др.). Если антиспастические и болеутоляющие препараты не приносят облегчения, назначают ганглиоблокаторы, парализующие вегетативные ганглии и уменьшающие спазм гладкой мускулатуры (1 мл 2,5% гексония). Введение наркотических анальгетиков допустимо только при абсолютной уверенности в том, что клиническая картина не обусловлена острой патологией органов брюшной полости. Наркотические анальгетики (морфин, омнопон, промедол) повышают тонус гладкой мускулатуры и вызывают ее спазм, в наименьшей степени таким действием обладает промедол. Учитывая этот нежелательный эффект наркотиков, не следует начинать купирование приступа с их назначения. В случае использования наркотиков необходимо сочетать эти препараты с одновременным введением спазмолитиков. Благоприятный эффект наблюдается при сочетании введения спазмолитиков с антигистаминными препаратами, вольтареном или оксипрогестероном, что устраняет спазм гладкой мускулатуры, уменьшает отек слизистой и препятст-

вует избыточному синтезу простагландинов.

4. Купирование приступа можно начать с простейших мероприятий – применения грелки, при отсутствии противопоказаний к тепловым процедурам.

5. Обязательно необходимо вызвать бригаду скорой помощи. Больные с приступом почечной колики подлежат экстренной госпитализации в урологический или хирургический стационары.

Часто встречаются ошибки при диагностике почечной колики, в связи с чем медикаментозное лечение почечной колики может быть начато только после ее точной верификации. По статистике 20–25% больных ошибочно подвергаются аппендэктомии вследствие гипердиагностики на высоте почечной колики. Выраженный гастроинтестинальный синдром на фоне почечной колики симулирует кишечную непроходимость. Острые заболевания органов брюшной полости (перфоративная язва желудка, двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит и другие) сопровождаются сосудистыми нарушениями, в частности развитием коллаптоидного состояния. Это позволяет дифференцировать их с почечной коликой, при которой, несмотря на резкие боли, не бывает снижения АД, обморочного состояния, резко выраженной тахикардии и других признаков расстройств системной гемодинамики. При почечной колике может наблюдаться повышенное АД, не смотря на боли и тяжелое состояние больного не наблюдается потери сознания.

6. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Анафилактический шок – состояние, сопровождающееся нарушением гемодинамики, что приводит к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах. Анафилактический шок развивается после контакта больного с непереносимым им аллергеном (чужеродные белки при переливании препаратов крови, медикаменты, аллергены, вводимые в процессе СИТ, яд перепончатокрылых и другие).

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

Анафилактический шок – полиорганная недостаточность, развивающаяся в результате поражения жизненно важных органов медиаторами агрессии, выделяющимися при анафилактических и анафилактоидных реакциях.

Анафилактические реакции, развивающиеся у сенсibilизированных к конкретному веществу людей как результат реакции антиген-антитело. Наиболее частые причины: парентерально введенные антибиотики, яды насекомых, растворы местных анестетиков, употребление в пищу определенных продуктов.

Анафилактоидные реакции возникают вследствие непосредственного высвобождения агрессивных медиаторов. К веществам, наиболее часто вызывающим такие реакции, относят: рентгенконтрастные вещества, салицилаты и нестероидные противовоспалительные средства, коллоидные растворы и препараты для парентерального питания.

Лекарственный анафилактический шок – это острая генерализованная немедленная аллергическая реакция, возникающая на повторное введение в организм лекарственного вещества, выделяются медиаторы, вызывающие угрожаемые для жизни нарушения деятельности жизненно важных органов и систем – гистамин, лейкотриены (медленно реагирующая субстанция анафилаксии), брадикинин и др.

Анафилактический шок характеризуется быстро развивающимся периферическим сосудистым коллапсом, повышением проницаемости сосудов, спазмом гладкой мускулатуры, расстройством ЦНС. Возникновение аллергической реакции немедленного типа после введения местных анестетиков в стоматологии связано с высокой концентрацией их применения и хорошей всасываемостью за счет широкой разветвленности сосудистой сети в ротовой полости, особенно у детей, а также близостью области приложения анестетика к гематоэнцефалическому барьеру.

Стадии анафилактического шока:

1. Иммунологическая. На этой стадии формируется сенсibilизация организма. Она начинается с момента первого поступления аллергена в организм, выработки на него IgE и продолжается до прикрепления последних к специфическим рецепторам мембран лаброцитов и базофильных гранулоцитов. Длительность стадии 5–7 суток.

2. Иммунохимическая – взаимодействие аллергена с двумя фиксированными на рецепторах лаброцитов или базофильных гранулоцитов молекулами IgE в присутствии ионов кальция, высвобождение лаброцитами и базофильными гранулоцитами гистамина, серотонина, брадикинина, медленно реагирующей субстанции анафилаксии, гепарина, простагландинов, которые воздействуют на гладкомышечные клетки и мембраны системы микроциркуляции (артериолы, капилляры и вены), бронхиолы, расширение артериол (гистамин), спазмирование венул (серотонин), увеличение проницаемости капилляров (брадикинин), возрастание градиента давления в капиллярах, выход большого количества плазмы из кровяного русла, гипотензия и снижение объема циркулирующей крови (ОЦК), уменьшение притока крови к сердцу и ее выброс, остановка сердца по типу «неэффективного сердца». Спазм бронхиол, вызванный медленно реагирующей субстанцией анафилаксии, тромбоксаном A₂, простагландинами F₂, отек глотки и гортани, бронхоспазм, отек слизистой оболочки бронхов и асфиксия.

3. Патолофизиологическая. Стадия проявляется клинически выраженными реакциями раздражения, повреждения, изменением и нарушением метаболизма клеток, органов и организма в целом в ответ на иммунные и патохимические процессы.

Выраженность клинической картины варьирует от легких симптомов (крапивница, легкий кожный зуд, общая слабость, чувство страха), до тяжелых с молниеносным развитием острого сосудистого

коллапса и смерти.

В зависимости от скорости развития реакции на аллерген выделяют следующие формы анафилактического шока: молниеносная – шок развивается в течение 10 мин; немедленная – дошоковый период длится до 30–40 мин; замедленная – шок проявляется через несколько часов.

Факторы риска развития лекарственного анафилактического шока:

1. Лекарственная аллергия в анамнезе.
2. Длительное применение лекарственных веществ, особенно повторными курсами.
3. Использование депо-препаратов.
4. Полипрагмазия.
5. Высокая сенсибилизирующая активность лекарственного препарата.
6. Длительный профессиональный контакт с лекарствами.
7. Аллергические заболевания в анамнезе.
8. Наличие дерматомикозов (эпидермофитии), как источника сенсибилизации к пенициллину.

Сенсибилизация (накопление антител: Ig E или реагины при контакте с аллергеном без клинических проявлений) может наступить и сохраняться годами, как от однократного, так и после многократных приемов лекарства или длительного ингаляционного поступления их в организм у медработников, фармацевтов. У высокосенсибилизированных больных ни доза, ни способ введения лекарства не играют решающей роли в возникновении шока. Однако наиболее быстрое (молниеносное) развитие лекарственного анафилактического шока происходит при парентеральном введении лекарственных препаратов.

Практически все лекарственные вещества могут вызывать анафилактический шок. Одни из них, имея белковую природу, являются полными аллергенами, другие, будучи простыми химическими веществами – гаптенами. Последние, соединяясь с белками, полисахаридами, липидами и другими макромолекулами организма модифицируют их, создавая высокоиммуногенные комплексы. На аллергические свойства препарата влияют различные примеси, особенно белковой природы.

В развитии лекарственного анафилактического шока имеют значение перекрестные реакции, которые возникают чаще между отдельными родственными по химическому строению лекарствами од-

ной группы. Наиболее часто анафилактический шок возникает при введении антибиотиков, особенно пенициллинового ряда. Часто лекарственная анафилаксия развивается при применении пиразолоновых анальгетиков, местных анестетики, витаминов, преимущественно группы В, рентгеноконтрастных веществ.

Варианты течения анафилактического шока:

1. Острое доброкачественное – стремительное наступление клинической симптоматики, шок полностью купируется под влиянием соответствующей интенсивной терапии.

2. Острое злокачественное – стремительное наступление, может быстро наступить смертельный исход даже при своевременной квалифицированной помощи.

3. Затяжное течение – начальные признаки развиваются стремительно с типичными клиническими симптомами, активная противошоковая терапия дает временный и частичный эффект. В последующем клиническая симптоматика не такая острая, но отличается резистентностью к терапевтическим мерам.

4. Рецидивирующее течение – характерно возникновение повторного состояния после первоначального купирования его симптомов, нередко возникают вторичные соматические нарушения.

5. Абортивное течение – шок быстро проходит и легко купируется без применения каких-либо лекарств.

Основные критерии диагностики

Клиническая картина. Чаще всего характеризуется внезапным, бурным началом в течение нескольких секунд. Вид аллергена не влияет на клиническую картину и тяжесть течения шока. Клинические проявления обусловлены сложным комплексом симптомов и определяются разнообразием механизмов, вовлекаемых в реакцию: спазм гладкой мускулатуры кишечника (спастические боли в животе, понос, рвота), бронхов (приступ удушья).

При выраженном отеком синдроме слизистой оболочки гортани может развиваться картина асфиксии. Гемодинамические расстройства могут быть различной степени – от умеренного снижения АД до тяжелого сосудистого коллапса с длительной потерей сознания (до 1 часа и более).

Объективные данные:

1. Отмечается резкая бледность больного, заострившиеся черты лица, холодный пот, иногда пена изо рта.

2. Возможны судороги, парезы и параличи из-за ишемии ЦНС и отека мозга.

3. Может возникнуть аллергический дерматит в виде покраснения кожных покровов, крапивницы, появление высыпаний очагового или разлитого характера, быстрое развитие отека мягких тканей (туловища, конечностей, чаще лица, шеи и, что особенно опасно, слизистых гортани и носоглотки) с возможным развитием асфиксии и др.), подобно тому, как это происходит при отеке Квинке (ангионевротическом отеке).

Клиническая картина по тяжести анафилактического шока определяется промежутком времени от момента поступления аллергена до развития шоковой реакции:

I. Молниеносная форма развивается через 1–2 мин после поступления аллергена. Иногда больной не успевает даже предъявить жалобы. Молниеносный шок может возникать без предвестников или с их наличием (чувство жара, пульсация в голове, потеря сознания). При осмотре отмечается бледность или резкий цианоз кожи, судорожные подергивания, расширение зрачков, отсутствие реакции их на свет. Пульс на периферических сосудах не определяется. Тоны сердца резко ослаблены или не выслушиваются. Дыхание затруднено. При отеке слизистых оболочек верхних дыхательных путей дыхание отсутствует.

II. Тяжелая форма анафилактического шока развивается через 5–7 мин после введения аллергена. Больной жалуется на ощущение жара, нехватку воздуха, головную боль, боль в области сердца. Затем появляются цианоз или бледность кожи и слизистых оболочек, затрудненное дыхание, артериальное давление не определяется, пульс – только на магистральных сосудах. Тоны сердца ослаблены или не выслушиваются. Зрачки расширены, реакция их на свет резко снижена или отсутствует.

III. Анафилактический шок средней тяжести наблюдается через 30 мин после поступления аллергена. На коже появляются аллергические высыпания. В зависимости от характера предъявляемых жалоб и симптоматики различают 4 варианта анафилактического шока средней тяжести: кардиогенный вариант – наиболее распространенный. На первый план выступают симптомы сердечно-сосудистой недостаточности (тахикардия, нитевидный пульс, снижение артериального давления, ослабленные тоны сердца). Иногда выраженная резкая бледность кожи (причина – спазм периферических сосудов), в других

случаях отмечается мраморность кожи (причина – нарушение микроциркуляции). На электрокардиограмме – признаки ишемии сердца. Нарушение дыхательной функции не наблюдается.

Астмоидный или асфиктический вариант. Дыхательная недостаточность проявляется бронхоспазмом. Может развиваться отек альвеолокапиллярной мембраны, блокируется газообмен. Иногда удушье обусловлено отеком гортани, трахеи с частичным или полным закрытием их просвета.

Церебральный вариант. Наблюдаются: психомоторное возбуждение, чувство страха, сильная головная боль, потеря сознания, тонико-клонические судороги, сопровождающиеся непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией. Абдоминальный вариант. В момент судорог может наступить остановка дыхания и сердца. Появляется резкая боль в верхней части брюшной полости, симптомы раздражения брюшины. Картина напоминает перфоративную язву или кишечную непроходимость.

IV. Медленная форма – может развиваться в течение нескольких часов.

Неотложная помощь при анафилактическом шоке:

1. Незамедлительно любой больной с острой аллергической реакцией должен быть осмотрен врачом.
2. Должен быть дополнительно и особо оповещен диспетчер скорой медицинской помощи для принятия решения об экстренном оказании медицинской помощи специализированной бригадой скорой медицинской помощи.

Помните, что анафилактическую реакцию легче предупредить, чем лечить! Одной из самых важных мер профилактики анафилактического шока является детально собранный аллергологический анамнез, выяснение переносимости антибиотиков и других лекарств, установление характера реакций на различные лекарственные препараты. Больные, ранее перенесшие анафилактический шок, обязательно должны иметь при себе карточку с указанием своего аллергена. Необходимо всегда сообщать, больному о предстоящем введении антибиотика или другого лекарственного средства. У больных с подозрением на лекарственную аллергию наибольшее практическое значение имеет проведение провокационной подъязычной пробы с 1/4 разовой терапевтической дозы медикамента.

Отсутствие системной реакции (отек уздечки языка, губ, кожный зуд, высыпания) в течение 30 минут позволяет исключить вероятность неожиданной анафилактической реакции. При предполагаемом парентеральном введении антибиотика проба заключается во введении малых доз лекарственного препарата внутривожно. Отсутствие кожной реакции свидетельствует о хорошей переносимости препарата.

Ни в коем случае не следует дожидаться развернутой картины анафилактического шока для того, чтобы вызывать машину скорой помощи. Это связано с его жизнеугрожающим характером течения. От быстроты оказания медицинской помощи при анафилактическом шоке зависит жизнь больного. Анафилактический шок требует немедленной госпитализации больного в связи с необходимостью оказания ему квалифицированной врачебной помощи в условиях реанимационного отделения.

Обязательно противошоковые мероприятия проводятся на месте возникновения шока. Препараты вводят внутримышечно, чтобы не тратить время на поиск вен.

Противошоковые мероприятия:

1. Прекратить введение лекарства, вызвавшего анафилактический шок.
2. Придать горизонтальное положение больному, при снижении артериального давления с несколько приподнятыми ногами (не более 15–20°) для лучшего кровоснабжения мозга (учитывая низкое АД и низкую перфузию мозга).
3. Если больной без сознания, выдвинуть его нижнюю челюсть для предупреждения западения языка и асфиксии. При наличии съемных зубных протезов их необходимо убрать.
4. Обеспечить интравенозный доступ (лучше 2 периферические вены одновременно).
5. Срочно ввести адреналин – 0,2–0,5 мл 0,1 % раствора подкожно или, лучше, внутривенно. Введение адреналина можно повторять до суммарной общей дозы 1–2 мл 0,1 % раствора за короткий промежуток времени (несколько минут), но в любом случае вводить следует дробными порциями. В дальнейшем адреналин вводится по потребности, с учетом его короткого периода полувыведения, ориентируясь на артериальное давление, ЧСС, симптомы передозировки (тремор, тахикардия, мышечные подергивания). Нельзя передозировать адреналин, поскольку его метаболиты обладают свойством ухудшать течение анафилактиче-

ского шока и блокировать адренорецепторы. Интратрахеально адреналин вводят при наличии интубационной трубки в трахее – как альтернатива внутривенному или внутрисердечному путям введения (одномоментно 2–3 мл в разведении по 6–10 мл в изотоническом растворе натрия хлорида). Обкалывают раствором эпинефрина (адреналина) место введения препарата.

6. Следом за адреналином должны вводиться глюкокортикоиды. При этом следует знать, что дозы глюкокортикоидов, необходимые для купирования анафилактического шока, в десятки раз превышают «физиологические» дозировки и во много раз дозы, применяемые для лечения хронических воспалительных заболеваний типа артритов. Типичные дозы глюкокортикоидов, необходимые при анафилактическом шоке – это 1 «крупная» ампула метилпреднизолона (как для пульс-терапии) по 500 мг (то есть 500 мг метилпреднизолона), или 5 ампул дексаметазона по 4 мг (20 мг), или 5 ампул преднизолона по 30 мг (150 мг). Меньшие дозы малоэффективны. Порой требуются и дозы больше указанных выше – необходимая доза определяется тяжестью состояния больного с анафилактическим шоком. При невозможности введения в вену глюкокортикостероиды применяют внутримышечно (в/м). Эффект глюкокортикоидов, в отличие от адреналина, наступает не сразу, а через десятки минут или несколько часов, но длится дольше.
7. Также показано введение антигистаминных препаратов из числа не снижающих артериальное давление и не обладающих высоким собственным аллергенным потенциалом: 1–2 мл 1 % димедрола или супрастина, тавегила. Нельзя вводить дипразин – он, как и другие производные фенотиазина, обладает значительным собственным аллергенным потенциалом и, кроме того, снижает и без того низкое артериальное давление у больного с анафилаксией. Антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен или супрастин) целесообразно вводить больному только после стабилизации артериального давления, так как их действие может усугубить гипотензию.
8. При бронхоспазме – эуфиллин 2,4% р-ра 10–20 мл в/в или 24% 1–3 мл в/м, алуцент (бриканил) 0,05% 1–2 мл (капельно); изадрин 0,5% 2 мл подкожно (п/к).
9. При сердечной недостаточности – сердечные гликозиды (коргликон, строфантин) и диуретики.

10. Наладить ингаляцию кислорода, внутривенное капельное введение физраствора или другого водно-солевого раствора для восстановления показателей гемодинамики и АД.
11. При необходимости провести реанимационные мероприятия, включающие закрытый массаж сердца, искусственное дыхание, интубацию трахеи; при отеке гортани рекомендуется трахеостомия. Показания к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) при анафилактическом шоке: отек гортани и трахеи с нарушением проходимости дыхательных путей, некупируемая артериальная гипотензия, нарушения сознания, стойкий бронхоспазм, отек легких, развитие коагулопатического кровотечения. Немедленная интубация трахеи и ИВЛ выполняется при потере сознания, снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст., в случае возникновения стридора. Появление стридора указывает на обструкцию просвета верхних дыхательных путей более чем на 70–80%, в связи с чем следует интубировать трахею больного трубкой максимально возможного диаметра.

Ранее широко практиковалось введение хлорида или глюконата кальция, в настоящее время, согласно современным представлениям эти средства не только не показаны при анафилаксии, но и способны отрицательно сказаться на состоянии пациента.

Критерии эффективности лечения:

- систолическое АД не менее 100 мм рт. ст.;
- отсутствует цианоз;
- отсутствует клиника бронхоспазма и нарушения проходимости дыхательных путей вследствие отека.

Необходимо помнить, что транспортировка больного возможна только после купирования основных проявлений шока и нормализации артериального давления. При перевозке больного в случае недостаточной интенсивной терапии вновь может наступить падение артериального давления или резкое возбуждение, поэтому во время транспортировки все необходимые препараты и шприцы должны быть наготове.

Исход анафилактического шока определяется своевременной и адекватной терапией. Поэтому в процедурных кабинетах и на постах медицинских сестер необходимо иметь специальные наборы медикаментов для борьбы с анафилактическим шоком и готовые к работе шприцы и капельницы (лучше всего в таких случаях использовать капельницы и шприцы разового употребления).

После выведения больного из анафилактического шока следует продолжать введение антигистаминных препаратов, глюкокортикостероидов, дезинтоксикационную терапию в течение 7–10 дней.

Прогноз. Летальность при анафилактическом шоке составляет от 10 до 30%. Она зависит от тяжести сопутствующих заболеваний, правильности и своевременности лечения шока.

7. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Коматозные состояния выделяют в отдельную группу неотложных состояний, так как их появление наблюдается преимущественно у пациентов с сопутствующими заболеваниями, о которых всегда необходимо предупреждать стоматолога.

Кома – это состояние, при котором наблюдается угнетение сознания, отсутствие психической деятельности и нарушение двигательных, чувствительных и соматовегетативных функций организма. Фактически она является проявлением церебральной недостаточности, при которой нарушается координирующая роль центральной нервной системы. В состоянии комы происходит разобщение организма на отдельные, автономно функционирующие системы, которые утрачивают способность к ауторегуляции и поддержанию гомеостаза. В данной ситуации деятельность различных систем управляется местными, в основном гуморальными и тканевыми факторами. В состоянии комы нет признаков сознательных реакций на внешние и внутренние стимулы.

По глубине угнетения сознания коматозные состояния разделяют на 4 степени:

Кома I степени (легкая, поверхностная кома). Для комы I характерно угнетение сознания с сохранением реакции на сильные внешние раздражители – инъекции, катетеризации, зондирования, компрессию точек выхода лицевого нерва (проба Marie–Foix), сосков грудных желез без пробуждения больного. Рефлексы обычно умеренно угнетены, в большей степени глоточные, или оживлены. При раздражении кожи верхнего отдела грудной клетки или шеи возникает защитный рефлекс в виде сгибания предплечья, легкого приведения плеча; при раздражении подошв возникает сгибание ног в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. Реакция зрачков на свет сохранена, хотя и снижена. Лицо обычно амимичное, иногда – с мимикой страдания. Роговичные рефлексы живые, глотание сохранено, мышечный тонус снижен. Отмечается снижение или отсутствие кожных, повышение сухожильных рефлексов. Мочеиспускание произвольное, хотя может наблюдаться и задержка мочи.

Кома II степени (выраженная кома). Нарушения сознания сочетаются с выраженным угнетением сухожильных, роговичных и зрачковых рефлексов. Резко подавлены глоточные рефлексы, что способствует аспирации рвотных масс. Скелетная мускулатура расслаблена. Реакция на сильные внешние (болевые) раздражители возможна, но проявляется в примитивной, нескоординированной форме (разгибание конечности, поворот головы и т. д.). Наблюдается нарушение функции стволовых (мезэнцефальных) и спинальных центров, что сопровождается артериальной гипотензией и нарушением механики дыхания.

Кома III степени (глубокая кома). Сознания нет. Отмечается угасание всех жизненно важных рефлекторных реакций. На любые виды раздражителей ответа не наблюдается, глазные яблоки фиксированы по средней линии или совершают плавательные движения. Зрачки расширены, могут иметь неправильную форму. Зрачковые, роговичный, глотательный рефлексы отсутствуют. Наблюдается мышечная атония. Сухожильные рефлексы не вызываются или имеют сложную форму, например, сгибание раздражаемой ноги и разгибание противоположной. Может расширяться зона защитных рефлексов: при раздражении, к примеру, кожи живота, груди, шеи, лица возникает сгибание нижней конечности. Резко нарушена гемодинамика, что проявляется выраженной артериальной гипотензией либо коллапсом, угнетением сердечной деятельности (брадикардия, аритмия). Нарушена механика дыхания (появляются патологические формы дыхания – Чейн–Стокса, Биота), в дыхательном цикле участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Возникают нарушения терморегуляции центрального генеза (гипер- или гипотермия).

Кома IV степени (запредельная кома). При коме IV степени жизнь больного возможно поддержать только при помощи искусственной вентиляции легких, медикаментозного поддержания сосудистого тонуса и сердечной деятельности. Отмечается глубокое угнетение функций ствола мозга, а иногда и спинного мозга.

Несмотря на то, что данная классификация используется до настоящего времени, она достаточно сложна в применении для интерпретации выявленных у больного неврологических расстройств. Отсутствие времени на достаточно подробный осмотр и исследование рефлексов пациента часто приводит к ошибочной оценке тяжести комы и, соответственно, может повлечь за собой неправильную тактику. В 1974 г. была предложена шкала оценки тяжести ком Глазго, ко-

торая позволяла количественно охарактеризовать некоторые критерии нервной деятельности больного и на основании этого установить тяжесть коматозного состояния.

Шкала оценки тяжести комы Глазго
(Teasdale G., Jennett B., 1974)

Исследуемый критерий	Оценка (балл)
Открывание глаз:	
спонтанное	4
на речевую команду	3
на боль	2
ответ отсутствует	1
Двигательный ответ:	
на речевую команду	6
на болевое раздражение с локализацией боли	5
отдергивание конечности со сгибанием	4
патологическое сгибание конечностей	3
разгибание (по типу децеребрационной ригидно-	2
отсутствие ответа	1
Речевые реакции:	
правильная речь	5
спутанная речь	4
бессвязные слова	3
нечленораздельные звуки	2
отсутствие ответа	1

Пределы колебаний от 3 до 15.

Интерпретация результатов: 15 – норма, 13–14 – оглушение, 12–9 – сопор, 8–4 – кома, 3 – смерть мозга.

Причины коматозных состояний:

1. Заболевания и патологические состояния, приводящие к гипоксии мозга:

- легочная патология,
- альвеолярная гиповентиляция,
- снижение напряжения кислорода во вдыхаемом воздухе,

- анемия,
 - отравление угарным газом,
 - метгемоглобинемия.
2. Заболевания, приводящие к ишемии мозга вследствие нарушения мозговой или системной гемодинамики:
 - острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический инсульт, ишемический инсульт), субарахноидальное кровоизлияние,
 - остановка сердца, тяжелая аритмия, синдром Морганьи–Эдамса–Стокса,
 - инфаркт миокарда,
 - ТЭЛА,
 - глубокий обморок,
 - шок,
 - синдром гипервентиляции,
 - эмболия сосудов головного мозга,
 - ДВС-синдром,
 - повышение вязкости крови (полицитемия, криоглобулинемия, серповидно-клеточная анемия и др.).
 3. Гипогликемический синдром:
 - передозировка экзогенного инсулина,
 - синдром гиперинсулинизма.
 4. Синдром эндогенной интоксикации:
 - заболевания печени (печеночная кома),
 - заболевания почек (уремическая кома),
 - заболевания легких (карбонархоз вследствие нарушения элиминации CO₂).
 5. Заболевания эндокринной системы, сопровождающиеся гипо- или гиперфункцией эндокринных желез:
 - заболевания гипофиза,
 - заболевания щитовидной железы,
 - заболевания паращитовидных желез,
 - заболевания надпочечников,
 - заболевания поджелудочной железы.
 6. Экзогенные отравления.
 7. Травмы головы.
 8. Нарушения терморегуляции (переохлаждение, перегревание).
 9. Нейроинфекции.

10. Первичные поражения ЦНС (болезнь Кройцфельда–Якоби, Маркиафава–Биньями, аденолейкодистрофия, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия).

11. Патология ЦНС, обусловленная метаболическими нарушениями вследствие дефицита кофакторов (тиамина, ниацина, пиридоксина, цианкобаламина, фолиевой кислоты).

12. Другие патологические состояния:

- судорожные синдромы,
- нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния.

Дифференциально-диагностические признаки коматозных состояний

Причина коматозного состояния	Анамнез и наиболее характерные симптомы
Кровоизлияние в мозг, субарахноидальное кровоизлияние, кровоизлияние в желудочки мозга, тромбоэмболия мозговых сосудов	Внезапная потеря сознания, рвота, не зависящая от приема пищи, иногда брадикардия, клонико-тонические судороги, гиперемия лица, стридорозное дыхание, наличие парезов или параличей, повышение температуры тела, менингеальный синдром, анамнестические указания на сосудистую патологию.
Тромбоз сосудов мозга (ишемический инсульт)	Постепенное развитие комы, часто под утро. Предшествующие жалобы на головокружение, постепенно нарастающую слабость в конечностях на противоположной очагу стороне или расстройство чувствительности. Ассиметрия рефлексов, гемипарезы. В анамнезе указание на гипертоническую болезнь, ИБС.
Черепно-мозговая травма	Наступление комы сразу после травмы головы, часто вне дома, наличие следов травмы на голове и других частях тела, рвота желудочным содержимым, часто брадикардия, иногда психомоторное возбуждение. Кровотечение или выделение прозрачной жидкости (ликвор) из носа, ушей, признаки раздражения мозговых оболочек, иногда с очаговыми симптомами.

<p>Диабетическая кома</p>	<p>В анамнезе сахарный диабет. Медленное начало. Развитию комы предшествует ухудшение состояния, проявляющееся усилением жажды, рвота, головная боль, потеря аппетита, боли в животе, иногда зуд кожи, усиливающаяся сонливость, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, гипотония мышц, нормальная или сниженная температура тела.</p>
<p>Гипогликемическая кома</p>	<p>Как правило, сахарный диабет в анамнезе, редко – указание на синдром гиперинсулинизма. Прием инсулина или сахароснижающих препаратов накануне, либо длительное голодание больного. Быстрое начало, бледность кожи, повышенная потливость, гиперсаливация, бронхорея, часто судороги.</p>
<p>Уремическая кома</p>	<p>Хроническое заболевание почек в анамнезе. Аммиачный запах изо рта. Развитие комы постепенное, ей предшествуют нарастание головной боли, снижение суточного объема мочи, потеря аппетита, ухудшение зрения, понос, рвота, кожный зуд.</p>
<p>Алкогольная кома</p>	<p>Прием алкоголя. Постепенное нарастание симптомов опьянения с развитием комы, которой иногда предшествует выраженное психомоторное возбуждение. Гиперемия кожи лица, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе. иногда могут наблюдаться эпилептиформные приступы с утратой сознания, но без прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания и без судорог или с кратковременными судорожными подергиваниями.</p>
<p>Печеночная кома</p>	<p>Заболевания печени (цирроз, гепатиты) в анамнезе. Имеется указание на наличие предвестников в виде тошноты, потери аппетита, головной боли, слабости, сонливости, чередующейся с возбуждением, кровоточивость слизистых оболочек, кровоизлияния в кожу, кожный зуд, желтуха.</p>
<p>Кома при отравлении окисью углерода</p>	<p>Обнаружение пострадавшего в закрытом помещении с печным отоплением или гараже, угарный запах или запах выхлопных газов. Быстрое начало. Вишнево-красный или ярко-розовый цвет кожи лица, частый малый пульс, частое поверхностное дыхание или угнетение дыхания.</p>

Кома при отравлениях психотропными препаратами	Анамнестические указания на психическое заболевание, предшествующие коматозному состоянию суицидальные высказывания или намерения больного, наличие упаковок от лекарств рядом с больным, следы инъекций, следы таблеток в рвотных массах. Дыхание поверхностное, чаще замедленное, артериальная гипотензия, бради- или тахикардия в зависимости от токсического агента, снижение мышечного тонуса, отсутствие очаговой неврологической симптоматики.
--	---

Неотложная помощь при коматозных состояниях:

При оказании первой помощи больному, находящемуся в коматозном состоянии, преследуются несколько целей. Мероприятия по достижению главных из них осуществляются одновременно. Примерная последовательность действий следующая:

1. Тщательный осмотр обнаженного больного. Осмотр обнаженного больного позволяет выявить наличие травматических повреждений, следы инъекций, наличие сыпи и ее характер и другие признаки, которые не всегда можно заметить при поверхностном осмотре. Выявление какого-либо из указанных симптомов может указать направление диагностического поиска и предположительный диагноз.
2. Оценка состояния витальных функций (функция внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы).
3. Устранение гипоксии. Проводятся санация дыхательных путей для восстановления их проходимости, установка воздуховода или фиксация языка, искусственная вентиляция легких с помощью маски или через интубационную трубку, в редких случаях трахео- или коникотомия; кислородотерапия (ингаляция увлажненной кислородо-воздушной смеси с содержанием кислорода 100–60% через носовой катетер или через маску, интубационную трубку); интубации трахеи во всех случаях должна предшествовать премедикация 0,1% раствором атропина сульфата в дозе 0,5–1,0 мл (за исключением случаев отравлений холинолитическими препаратами); особенно важна премедикация с использованием атропина при различных патологических состояниях, сопровождающихся брадикардией и ваготонией.
4. Нормализация гемодинамики. При падении артериального давления показано капельное введение 1000–2000 мл 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы или 400–500 мл декстрана (рео-

полиглюкина, полиглюкина); при неэффективности инфузионной терапии – назначение прессорных аминов: допамина, норадреналина. В случае комы, сопровождающейся артериальной гипертензией, снижение повышенного артериального давления осуществляется до значений, превышающих «рабочие цифры АД» на 10–20 мм рт. ст. (при отсутствии анамнестических сведений – не ниже 150–160/80–90 мм рт. ст.). Это достигается в первую очередь путем снижения внутричерепного давления, введением 1250–2500 мг магния сульфата внутривенно болюсно в течение 7–10 минут или капельно, а при наличии противопоказаний к магнию введением 30–40 мг бендазола (болюсно 34 мл 1% или 68 мл 0,5% раствора). При незначительном повышении АД достаточно аминафиллина (10 мл 2,4% раствора).

5. Введение глюкозы внутривенно. Проводится диагностика нарушений углеводного обмена и кетоацидоза. Определяется концентрация глюкозы в капиллярной крови с использованием глюкометра. При отсутствии возможности контроля гликемии и учитывая то, что гипогликемия, являющаяся патогенетическим звеном ряда коматозных состояний, более опасна, чем гипергликемия, больному внутривенно болюсом вводится 20,0–40,0 мл 40% раствора глюкозы; при получении эффекта, но недостаточной его выраженности доза увеличивается.

6. Снижение внутричерепного давления. Для борьбы с внутричерепной гипертензией, отеком и набуханием мозга и мозговых оболочек наиболее действенным и универсальным методом служит ИВЛ в режиме гипервентиляции, однако из-за множества побочных эффектов и отсутствия адекватного контроля на догоспитальном этапе она применяется только по жизненным показаниям.

При отсутствии высокой осмолярности плазмы (например, при гипергликемии или обезвоживании) и угрозы развития или усиления кровотечения (при травме, невозможности исключения геморрагического характера инсульта) дегидратация достигается введением осмотического диуретика маннитола в дозе 500 мл 20% раствора в течение 10–20 минут (12 г/кг). Для предупреждения последующего повышения внутричерепного давления и нарастания отека мозга (синдрома «рикошета») после завершения инфузии маннитола вводится до 40 мг фуросемида.

Традиционное применение глюкокортикоидных гормонов, уменьшающих сосудистую проницаемость и интерстициальный отек вокруг очага поражения головного мозга, основано на их доказанном

эффекте при наличии перифокального воспаления. Используются глюкокортикоиды с минимальной минералокортикоидной активностью, не задерживающие натрий и воду; наиболее эффективны и безопасны метилпреднизолон и дексаметазон (разовая доза – 8 мг).

Необходимо ограничение введения гипотонических растворов, а также 5% раствора глюкозы и 0,9% раствора хлорида натрия (не более 1 л/м²/сутки). Это не должно относиться к комам, протекающим на фоне гемоконцентрации (гипергликемия, гипертермия, гипокортицизм, алкогольная интоксикация). Следует воздержаться от введения салуретиков (фуросемид и др.), ухудшающих реологические свойства крови и микроциркуляцию, при невозможности проведения регидратационной терапии.

7. Устранение судорожного приступа. Судороги являются мощным фактором вторичного повреждения мозга, усугубляя отрицательные влияния на мозг высокого внутричерепного давления, колебаний АД, сниженной доставки кислорода, а также высвобождения нейротрансмиттеров. Развитие судорожного припадка приводит к усилению вентилаторных расстройств, повышает потребность мозга в кислороде и энергии, может повлечь дополнительные травматические повреждения. Для ликвидации судорог применяются противосудорожные препараты группы бензодиазепинов (диазепам, седуксен и др.) и барбитураты.

8. Нормализация температуры тела. При переохлаждении необходимо согревание больного (внутривенное введение подогретых растворов, грелки, укрывание одеялами и т. п.); при гипертермии – снижение температуры тела с помощью холодных компрессов на голову и крупные сосуды, обтираний холодной водой или растворами этилового спирта и столового уксуса в воде, препаратов из группы антипиретиков.

9. Введение специфического противоядия. При анамнестическом указании на прием больным токсического вещества возможно введение антидота с целью устранения (уменьшения) депримирующего действия яда. Следует осторожно относиться к диагностическому введению налоксона, поскольку положительная реакция (как правило, кратковременная и невыраженная) возможна и при комах ненаркотического генеза, например, алкогольной. Показаниями к введению налоксона служат подозрение на интоксикацию наркотиками, частота дыханий <10 в мин, точечные зрачки. Начальная доза налоксона от 0,4–1,2 мг до 2 мг (внутривенно или эндотрахеально), при ухудшении

состояния – повторное введение через 20–30 минут; возможна комбинация внутривенного и подкожного введения для пролонгирования эффекта. Следует помнить о том, что при любом коматозном состоянии, вне зависимости от глубины церебральной недостаточности, применение средств, угнетающих ЦНС (наркотические анальгетики, нейролептики, транквилизаторы), чревато усугублением тяжести состояния; исключение составляют комы с судорожным синдромом, при котором показано введение препаратов противосудорожного действия. Кома служит противопоказанием к применению психостимуляторов и дыхательных analeптиков. На догоспитальном этапе непозволительно проведение инсулинотерапии. Помимо антидотной терапии при подозрении на отравление проводят мероприятия по прекращению поступления токсина в организм. Промывание желудка через зонд с введением сорбента показано при поступлении яда через рот только после интубации трахеи и ее герметизации раздутой манжеткой.

10. Устранение психомоторного возбуждения больного и нейропротекция.

Психомоторное возбуждение необходимо ликвидировать по тем же причинам, что и судороги. При нарушениях сознания до уровня поверхностной или глубокой комы возможно пероральное (ретробукальное) применение глицина в дозе 1 г, внутривенное введение антиоксидантов: мексидол 6 мл 0,5 % раствора болюсно в течение 5–7 минут или эмоксипин 15 мл 1% раствора внутривенно капельно, интраназальное введение семакса в дозе 3 мг по 3 капли 1% раствора в каждый носовой ход. При превалировании признаков очагового поражения коры больших полушарий над общемозговой симптоматикой (речевые нарушения и другие изменения высших психических функций при ясном сознании или легком оглушении) эффективен пирацетам в дозе 6–12 г внутривенно. При глубоком сопоре или коме препараты из группы ноотропов применять не рекомендуется.

2. Транспортировка в стационар. Обязательна немедленная госпитализация в реанимационное отделение. Несмотря на необходимость госпитализации, неотложная терапия при комах во всех случаях должна быть начата немедленно. Госпитализация больного в стационар возможна только после проведения мероприятий по стабилизации его состояния, либо при условии их проведения в полном объеме во время транспортировки.

При коматозном состоянии лекарственные средства вводятся

только парентерально (при назначении per os высока опасность аспирации) и предпочтительно внутривенно, поэтому катетеризация периферической вены обязательна (через нее проводятся инфузии, а при стабильной гемодинамике и отсутствии необходимости детоксикации медленно капельно вводится индифферентный раствор, что обеспечивает постоянный сосудистый доступ). Введение желудочного зонда при сохраненном рвотном рефлексе без предварительной интубации трахеи и герметизации ее раздутой манжеткой при коме чревато возможным развитием аспирации желудочного содержимого.

При всех коматозных состояниях обязательна регистрация ЭКГ. Некоторые коматозные состояния могут иметь в основе своего развития патологию сердечно-сосудистой системы: острое нарушение гемодинамики (на фоне инфаркта миокарда, пароксизма желудочковой тахикардии, синдрома Морганьи–Адамса–Стокса и пр.) – потеря сознания – падение – черепно-мозговая травма – кома.

Утрата сознания наблюдается при большом числе различных патологических состояний и является обязательной фазой процесса умирания от любой причины. Бессознательное состояние, как правило, указывает на крайне тяжелое поражение головного мозга и очень часто свидетельствует о наличии непосредственной угрозы жизни больного, что требует выполнения неотложных мероприятий по ее сохранению. Поэтому неслучайно выезд бригады скорой медицинской помощи к больному без сознания осуществляется незамедлительно.

8. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Судороги – это внезапные приступы клонических или клонико-тонических произвольных сокращений мышц с потерей или без потери сознания.

Судороги возникают вследствие органического или функционального поражения нервной системы. В практике амбулаторного врача-стоматолога встречаются больные, страдающие эпилепсией. Особенно возникают проблемы с лечением больных, скрывающих от врачей свое заболевание, либо в тех случаях, когда анамнез собран врачом небрежно.

Основные критерии диагностики

Клиническая картина: Судороги возникают внезапно, сопровождаются двигательным возбуждением, нарушением сознания и потерей контакта с окружающим миром. Голова запрокидывается, рукигибаются в локтевых суставах, ноги вытягиваются, нередко отмечаются прикусы языка, замедление пульса, урежение или кратковременная остановка дыхания.

Тоническая судорога длится не более 1 минуты и сменяется глубоким вдохом и восстановлением сознания.

Клоническая судорога начинается подергиванием мышц лица с переходом на конечности. Затем появляются шумное дыхание, пена на губах, прикус языка, учащение пульса. Судороги могут быть различной продолжительности и следовать одна за другой; иногда заканчиваются летальным исходом. После приступа больной засыпает, а при пробуждении может ничего не помнить и ощущать себя здоровым.

Тетанические судороги – это мышечные сокращения, следующие друг за другом без расслабления и сопровождающиеся болевыми ощущениями.

Большие припадки эпилепсии возможны в любом возрасте. В 10% случаев предшествует аура (период предвестников). Затем больной с криком падает, у него возникает тоническая судорога продолжительностью до 30 секунд с опистотонусом, апноэ, цианозом и переходом в клонические судороги длительностью до 2 минут, со слюнотечением, иногда рвотой, произвольным мочеиспусканием, дефекацией и последующим засыпанием.

Неотложная помощь при судорожном синдроме:

1. Ввести в рот воздуховод или деревянный предмет (палку), что удастся сделать лишь при готовности врача к возможному приступу.
2. Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей. Срочно удалить из ротовой полости инородные тела, если они имеются.
3. Исключить падение больного – уложить на пол, подложив под голову желательный мягкий предмет.
4. Нельзя насильственно удерживать больного для исключения травмы ребер, позвоночника, конечностей.
5. Ввести седуксен 10 мг. в 20 мл физ. раствора в/в струйно.
6. Тиопентал-натрий 5% – 5–10 мл в/м или гексенал 5% – 5–10 мл в/м.
7. Аспирация рвотных масс.
8. После приступа какая-либо беседа с пациентом недопустима, а тем более продолжение стоматологического лечения.
9. Вызвать бригаду скорой помощи.

9. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кровотечение – это истечение крови из кровеносного сосуда при нарушении целостности или проницаемости его стенки.

Выделяют:

- 1) ранние кровотечения, начинающиеся сразу после повреждения сосуда;
- 2) поздние кровотечения, возникающие через несколько часов после травмы.

При самой распространенной операции в челюстно-лицевой области – удалении зуба – кровотечение происходит от разрыва зубной артерии, сети артериол и капилляров периодонта и десны. Это кровотечение носит характер капиллярного, паренхиматозного и обычно прекращается через несколько минут (от 5 до 20 минут). Известно много случаев, когда луночковые кровотечения создавали угрожающие для жизни ситуации.

При целом ряде патологических состояний в челюстно-лицевой области (травме, воспалительном процессе, опухолях) часто встречаются тромбгеморрагические осложнения. Например, при одонтогенных остеомиелитах челюстей, флегмонах у 3,5–10% больных возникают тромбозы и послеоперационные кровотечения.

Воложин А.И., Петрищев Н.Н. (1996) после проведенных наблюдений отметили, что причинами кровотечения в челюстно-лицевой области чаще всего являются:

- 1) расплавление тромба и эрозия сосудов, ненадежность их перевязки, разрывы мягких тканей при удалении зубов, повреждение крупных сосудов при переломах лицевого скелета и др.
- 2) местные факторы; физиологические гормональные сдвиги (беременность, менструальный цикл и др.);
- 3) сопутствующая патология (гипертензия, сахарный диабет, болезни крови, печени и т. д.), прием медикаментов, влияющих на гемостаз (гормоны, адреналин, антикоагулянты: варфарин, ксарелто, прадакса), наркотические средства (закись азота и др.), стрессовые ситуации.

В зависимости от локализации раны, характера патологического процесса, имеющих сопутствующих заболеваний (заболевания кро-

ви, печени, артериальной гипертензии и т. д.) остановка кровотечения нередко представляет сложную задачу и решается в условиях специализированного стационарного отделения с привлечением при необходимости специалистов – гематолога, сосудистого хирурга.

В поликлинической стоматологической практике встречаются больные, у которых патология челюстно-лицевой области сочетается с заболеванием крови. Тактика ведения таких пациентов будет зависеть от времени обращения к стоматологу, объема проведенного обследования. При имеющемся упорном кровотечении и отсутствии в анамнезе данных о заболевании крови и при безуспешных попытках остановки кровотечения в амбулаторных условиях больного целесообразно направить на лечение в челюстно-лицевой стационар, где хирург и терапевт совместно проводят необходимые обследования и лечебные мероприятия, с последующей консультацией гематологом.

Заболевание крови иногда выявляется после хирургического вмешательства. В таких случаях производится остановка кровотечения в условиях поликлиники, а при отсутствии эффекта в челюстно-лицевом стационаре и затем больной направляется в гематологическое отделение.

При установленном заболевании крови у пациента и с наличием острого воспалительного процесса у него тактика в амбулаторных условиях следующая: в дневное время больной направляется в гематологическое отделение, где стоматолог, находящийся в штате стационара, проводит хирургическое вмешательство с участием гематолога. В ночное время больной направляется в стационар челюстно-лицевой хирургии и после предварительной консультации терапевтом или по телефону гематологом проводится хирургическое вмешательство с соблюдением принципов щадящей хирургии и тщательного гемостаза, с последующим переводом в гематологическое отделение.

При проведении плановой операции у больного с заболеванием крови, последний направляется в отделение гематологии, где в течение определенного времени проводятся консервативные мероприятия, затем в этом же стационаре, либо челюстно-лицевом отделении осуществляется оперативное вмешательство с последующим ведением больного совместно с гематологом.

Неотложная помощь при кровотечении:

Способы остановки кровотечения (из ран на коже, слизистой ротовой полости, лунки зуба, костной раны):

1. Прижатие сухим тампоном.
2. Прижатие тампона, смоченным кровоостанавливающим веще-

ством и введение в рану кровоостанавливающих средств (аминокaproновая кислота, гемофобин, фибринная пленка, тромбин, оксигелокс, желатин, капрофен).

3. Наложение зажима на кровоточащий сосуд.
4. перевязка сосудов в ране.
5. Прошивание сосуда в ране и на протяжении.
6. Ушивание раны и наложение давящей повязки.
7. сдавливание сосуда в губчатой кости долотом, щипцами.
8. Электрокоагуляция.
9. Тугая тампонада раны.
10. При обильном кровотечении из раны действия амбулаторного врача сводятся к тому, чтобы обнаружить и прошить кровоточащий сосуд в ране. Если предпринятая попытка неэффективна, то следует туго затампонировать рану, наложить давящую повязку и доставить больного в специализированный стационар.

Местные способы остановки кровотечения необходимо сочетать с общим воздействием на организм больного для быстрого достижения результата и снижения вероятности повторного кровотечения.

С этой целью необходимо:

1. Снизить артериальное давление (при повышенном давлении).
2. Ввести хлористый кальций 10% – 10 мл с 10 мл физ. раствора в/в.
3. Викасол 1% – 1 мл в/м, или дицинон 12,5% 2 мл в/в, или в/м.
4. При патологическом фибринолизе – амбен (памба) 1% – 10 мл в/в или в/м.

10. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Невротические состояния при посещении стоматолога возникают у пациентов с неуравновешенной нервной системой и высоким уровнем психоэмоционального напряжения.

Основные критерии диагностики

Клиническая картина. Пациенты жалуются на чувство страха, тревоги, боязни боли во время стоматологического вмешательства. Все это приводит к повышению уровня катехоламинов в крови, что в свою очередь ведет к повышению артериального давления, учащению пульса, нарушению деятельности желудочно-кишечного тракта.

Перечисленные симптомы осложняют работу стоматологов на амбулаторном приеме, но прямых противопоказаний к проведению стоматологических вмешательств у таких больных нет. Рекомендовано у данной категории пациентов проводить премедикацию перед стоматологическим вмешательством.

Неотложная помощь при невротическом состоянии:

1. Психологическая беседа.
2. Создать покой.
3. Дать выпить седативные препараты – настойку валерианы 25–30 капель внутрь или седуксен, реланиум, сибазон 2,5 мг.

11. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВАХ ПСИХИКИ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Непсихотические расстройства психики характерны для острых воспалительных заболеваний, чаще всего сопровождающихся лихорадкой, вызванной интоксикацией организма. Особенно это наблюдается при крупозном воспалении легких.

Нарушения психики проявляются в виде бреда, галлюцинации, чаще всего возникают в ночное время суток, у детей, спортсменов, алкоголиков. На высоте приступа психотических нарушений больные могут убежать из стационара, выпрыгнуть из окна, в прошлом был распространен термин «больной вышел в окно».

В типичных для этого случаях больным вызывают психиатра, назначается индивидуальный пост для профилактики неблагоприятных исходов, проявлений поведения больного. В практике, однако, нередки случаи, когда ощущения галлюцинаций и бреда стёрты и продолжаются длительное время.

Пациенту может казаться, что у него болят зубы. Он направляется к зубному врачу и просит его о помощи. В таких случаях пациент может не обращать внимание и не замечать повышение температуры тела, кашель может отсутствовать, хотя в легких возможно нарастание воспалительного процесса.

При общении с пациентом необходимо обращать внимание на повышение температуры тела, при этом гиперемия может отсутствовать, напротив может быть бледность лица, а кожа лба может быть горячей и выдавать проявления лихорадки. Лихорадочный блеск тоже должен вызывать предположение на общую воспалительную реакцию организма.

Диагностика острого воспалительного заболевания всё же представляет большие сложности, так как непсихотические изменения психики приводят к тому, что пациент не ощущает боли в месте воспалительного повреждения тканей.

При малейшем подозрении на возможность воспалительного процесса в организме, легких, либо в другом месте необходимо измерить температуру тела и вызвать врача неотложной помощи.

Непсихотические расстройства психики могут проявиться неадекватным речевым и двигательным поведением пациента.

Прежде чем приступить к исследованию полости рта и зубов врач должен уточнить состояние внутренних органов и исключить вероятность наличия у него воспалительных заболеваний.

12. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

Для диагностики отсутствия дыхания и кровообращения (клинической смерти) достаточна регистрация трех основных признаков:

- 1) отсутствие дыхательных экскурсий грудной клетки, определяемых визуально;
- 2) отсутствие пульса на сонной или бедренной артерии;
- 3) отсутствие сознания. Диагноз клинической смерти должен быть поставлен в течение 8–10 секунд.

Как только поставлен диагноз остановки кровообращения, следует отметить время остановки и немедленно приступить к сердечно-легочной реанимации (СЛР). Фундаментальное значение имеет знание трех приемов техники реанимации, которая включает в себя логическую последовательность действий реаниматора при оживлении:

- 1) восстановить проходимость дыхательных путей;
- 2) начать искусственную вентиляцию легких (ИВЛ);
- 3) приступить к массажу сердца.

12.1. Восстановление проходимости дыхательных путей

Этот прием достигается проведением следующих мероприятий: больной находится в горизонтальном положении, реаниматор запрокидывает голову больного назад, подкладывая одну руку под его шею, а другую, располагая на лбу. Это заставляет корень языка отойти от задней стенки глотки и обеспечивает восстановление свободного доступа воздуха в гортань и трахею. В ходе оживления рот больного постоянно держат открытым, поскольку носовые ходы часто забиваются слизью. В целях предельного смещения вперед нижней челюсти подбородок больного захватывают двумя руками. Этот прием можно выполнить также рукой, поместив большой палец в рот оживляемого. К туалету ротоглотки приступают после 1-2-кратной попытки произвести ИВЛ, когда убеждаются в том, что в санации действительно есть острая необходимость. Эффективная аспирация выполнима при помощи различных вакуумных отсасывателей и резиновых катетеров с большим диаметром внутреннего просвета (0,3–0,5 см). В момент аспирации голова и плечи больного максимально повернуты в сторону, рот широко раскрыт.

Для поддержания проходимости дыхательных путей хорошо использовать воздуховоды, которые предупреждают обтурацию и удерживают корень языка отодвинутым вперед.

12.2. Проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)

ИВЛ начинают после восстановления проходимости дыхательных путей. Доказано бесспорное преимущество ИВЛ по одному из экспираторных типов (изо рта в рот) перед старыми приемами, основанными на изменении объема грудной клетки (по Сильвестру, Шеде и др. авторов). В основе ИВЛ под положительным давлением лежит ритмичное вдувание воздуха, выдыхаемого реаниматором в дыхательные пути больного. Производя глубокий вдох, реаниматор плотно обхватывает губами рот больного и с некоторым усилием вдувает воздух. Чтобы предотвратить утечку воздуха, нос больного зажимают пальцами или своей щекой. На высоте искусственного вдоха нагнетание воздуха приостанавливается, реаниматор поворачивает свое лицо в сторону, происходит пассивный выдох. В начале ИВЛ делают обычно 2–3 быстро следующих друг за другом энергичных вдоха вдувания, затем проводят ИВЛ с частотой 12–15 вдуваний в минуту. Об эффективности ИВЛ судят по следующим признакам:

- 1) синхронному с вдуванием поднятию грудной клетки;
- 2) ощущению эластического сопротивления при вдувании;
- 3) ощущению струи воздуха при выходе.

Недостатками метода ИВЛ без технических средств являются непосредственный контакт реаниматора с больным, невозможность обеспечить больного газовой смесью с повышенным содержанием кислорода и быстрое утомление реаниматора.

Применение различных респираторов (дыхательные меха, РДА-1, мешка Амбу) улучшает физиологическую основу ИВЛ (повышенная концентрация O_2), а также ее гигиеническую сторону. Возможно проведение ИВЛ через воздуховоды и маску наркозного аппарата. При наличии условий проводят интубацию трахеи и аппаратную ИВЛ. В экстренных случаях, обусловленных острой дыхательной недостаточностью и обычно развивающейся при остром аллергическом отеке гортани, когда нет времени для трахеотомии производят коникотомию (рассечение щитоперстневидной связки), или крикокониотомию (рассечение щитоперстневидной связки и дуги перстневидного хряща). После восстановления дыхания накладывают трахеостому.

12.3. Непрямой массаж сердца

Принцип наружного массажа сердца заключается в том, что при сжатии сердца между грудиной и позвоночным столбом обеспечивается выброс крови из левого желудочка в аорту – систола. При прекращении давления на грудину, за счет эластических свойств грудной клетки, восстанавливается ее исходное положение, и сердце заполняется кровью, наступает диастола. Сам по себе массаж не приводит к оксигенации крови; поэтому оживление бывает эффективным при одновременной ИВЛ. Для проведения массажа реаниматор располагается с любой стороны от больного. Кладет одну ладонь на другую и производит давление на грудину на границе нижней и средней трети. Нажатие на грудину проводится строго в переднезаднем направлении, при этом глубина прогиба грудной стенки 4–5 см, частота 80–100 в 1 мин. интервал между отдельными компрессиями 0,5–1 с. Критерий правильного проведения массажа – четко определяемая искусственная пульсовая волна на сонной (бедренной) артерии (проверка эффекта по окончании 1-й минуты реанимационных мероприятий, следующая через 3–3,5 минуты).

Если оживление проводит один человек, то после двух нагнетаний воздуха производят 15 компрессий, при участии двух человек соотношение вентиляция – массаж составляет 1 : 5.

Показатели эффективности сердечно-легочной реанимации следующие:

1. Сужение зрачков.
2. Синхронная с нажатием на грудину «пульсовая волна» на сонной артерии (пальпирует реаниматор, проводящий ИВЛ).
3. Появление тонуса век и замыкание глазной щели.
4. Ритмичные, спонтанные движения гортани.
5. Изменение цвета кожи.

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

12.4. Медикаментозная стимуляция сердечной деятельности

Стимуляция сердечной деятельности это:

1. Медикаментозная терапия, которая проводится с целью восстановления и поддержания нормального ритма сердечной деятельности. Она начинается в предельно ранние сроки и повторяется в ходе массажа, сердца каждые 5 мин. Доказано, что внутривенное введение стимуляторов сердечной деятельности на фоне массажа сердца практически также эффективно, как и внутрисердечное. Однако последний метод связан с риском прямого повреждения миокарда, проводящей системы сердца, интрамуральным введением хлорида кальция. Для проведения медикаментозной терапии применяются следующие препараты:

- 1) адреналина гидрохлорид (1 мг в разведении на 10 мл изотонического раствора) – повышает перфузионное давление при массаже сердца, стимулирует спонтанные сокращения сердца, повышает амплитуду фибрилляций желудочков сердца, что облегчает дефибрилляцию;
- 2) атропина сульфат (0,1% р-р в дозе 1 мг) – снижает тонус блуждающего нерва, улучшает предсердно-желудочковую проводимость;
- 3) натрия гидрокарбонат – вводят 4% раствор из расчета 2 мл на 1 кг массы тела после первых 10–15 мин реанимации.

2. Вслед за медикаментозной стимуляцией приступают к электрической дефибрилляции сердца, которая осуществляется серией последовательных разрядов импульсного тока. Начинают при напряжении 3500 В, в дальнейшем каждый раз повышают напряжение на 500 В, доводя его до 6000 В. Методика электрической дефибрилляции сердца проста, но требует большой осторожности, чтобы не допустить поражения электротоком окружающих лиц. Диски электродов, обернутые марлей, смачивают раствором электролита. Электроды плотно прижимают к грудной клетке – один справа от грудины на уровне второго межреберья, второй – несколько кнутри от области верхушки сердца. Время прекращения наружного массажа сердца и ИВЛ во время дефибрилляции не должно быть более 5–6 с. При неудаче первой дефибрилляции повторную проводят через 3–4 мин после дополнительного введения адреналина, хлорида кальция, натрия гидрокарбоната. Наружный массаж сердца в сочетании с ИВЛ обеспечивает минимальную оксигенацию головного мозга и сохранение

жизни в течение часа и более. При восстановлении самостоятельных сокращений сердца и адекватного кровообращения больного можно транспортировать в реанимационное отделение для последующей интенсивной терапии постреанимационного периода.

Реанимационные мероприятия обычно продолжаются в течение 30 мин, и если сердечная деятельность не восстанавливается, то прекращают реанимацию, так как после указанного времени наступают необратимые изменения в клетках головного мозга.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

1. ОБМОРОКОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) хроническая сосудистая недостаточность, проявляющаяся кратковременной потерей сознания
- 2) острая сосудистая недостаточность без потери сознания
- 3) острая сосудистая недостаточность с кратковременной потерей сознания

2. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ОБМОРОК

- 1) мозговой
- 2) истерический
- 3) рефлекторный

3. ДЛЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) ноющие боли в области сердца, связанные с дыханием
- 2) колющие боли в области сердца, связанные с дыханием
- 3) сжимающие, жгучие боли за грудиной или в области сердца

4. К ПОНЯТИЮ «ОСТРЫЙ КРОНАРНЫЙ СИНДРОМ» ОТНОСЯТ

- 1) стенокардию напряжения
- 2) нестабильную стенокардию
- 3) внезапную коронарную смерть

5. ГИПОТОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) систолическим давлением ниже 110 мм рт. ст., диастолическим – ниже 70 мм рт. ст.
- 2) систолическим давлением ниже 100 мм рт. ст., диастолическим – ниже 60 мм рт. ст.
- 3) систолическим давлением ниже 120 мм рт. ст., диастолическим – ниже 80 мм рт. ст.

6. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ТАКИЕ ВИДЫ АСФИКСИЙ КАК

- 1) обтурационная, дислокационная
- 2) обтурационная, стенотическая
- 3) обтурационная, аспирационная

7. ОБТУРАЦИОННАЯ АСФИКСИЯ ВОЗНИКАЕТ В СЛЕДСТВИЕ

- 1) закрытия верхнего отдела дыхательного пути инородным телом (удаленным зубом, пломбирочным материалом и даже мелким

инструментарием, например, корневая игла, пульпэкстрактор)

- 2) за счет образования клапана из лоскутов поврежденного мягкого неба
- 3) смещением поврежденных органов (нижней челюсти, языка, гортани и языка)

8. ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) закрытие верхнего отдела дыхательного пути инородным телом (удаленным зубом, пломбировочным материалом и даже мелкого инструментария, например, корневая игла, пульпэкстрактор)
- 2) смещение поврежденных органов (нижней челюсти, языка, гортани и языка)
- 3) попадание в дыхательные пути крови, слизи, рвотных масс, осколков зубов, пломбировочного материала

9. ПРИСТУП УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ИМЕЕТ

- 1) экспираторный характер
- 2) инспираторный характер
- 3) смешанный характер

10. ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ СВОЕГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЗАНИМАЕТ

- 1) горизонтальное положение
- 2) сидячее положение с наклоном туловища назад
- 3) сидячее положение с наклоном туловища вперед

11. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРЫХ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ СЛЕДУЕТ ДО ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИНЫ БОЛЕЙ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

- 1) принять
- 2) не принимать

12. ЧАЩЕ ВСЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ БЫВАЮТ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) желудка
- 2) двенадцатиперстной кишки

13. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕОЖИДАННО ОСТРОЙ «КИНЖАЛЬНОЙ» БОЛИ В ЖИВОТЕ СЛЕДУЕТ

- 1) немедленно вызвать бригаду скорой помощи
- 2) немедленно положить грелку в болевое место, а если боль не будет проходить более двух часов вызвать бригаду скорой помощи

14. МЕЛЕНА – ЭТО

- 1) кровавая рвота
- 2) черный дегтеобразный стул
- 3) алая кровь

15. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ ИСПОЛЬЗУЮТ ШОКОВЫЙ ИНДЕКС ПО МЕТОДУ
- 1) Курлова
 - 2) Воскресенского
 - 3) Альговера
16. АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) острая аллергическая реакция замедленного типа
 - 2) хроническая аллергическая реакция немедленного типа
 - 3) острая аллергическая реакция немедленного типа
17. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ОКАЗАНА
- 1) на месте до прибытия бригады скорой помощи
 - 2) после прибытия бригады скорой помощи
 - 3) в стационаре
18. ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО
- 1) молниеносное развитие клинической картины
 - 2) наличие продромального периода
 - 3) нормальное артериальное давление
19. НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ШОКА ВИД АЛЛЕРГЕНА
- 1) оказывает влияние
 - 2) не оказывает влияние
20. ЧАЩЕ ВСЕГО АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА ВЫЗЫВАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕМ
- 1) анестетика
 - 2) физиологического раствора
 - 3) хлористого кальция
21. КОМОЙ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) состояние, сопровождающееся потерей сознания и нарушением всех анализаторов
 - 2) реакция на раздражители с явлениями кататонии без потери сознания
 - 3) состояние, при котором кислород не поступает в легкие
22. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ
- 1) гипогликемическая кома
 - 2) уремическая кома
 - 3) печеночная кома

23. КОМА – СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ НАДО ОТЛИЧАТЬ ОТ

- 1) ступора
- 2) сопора
- 3) невроза

24. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОСЛОЖНЯЮЩЕЕСЯ КОМАТОЗНЫМ СОСТОЯНИЕМ

- 1) ИБС
- 2) бронхит
- 3) сахарный диабет

25. КОМА, ПЕРВИЧНО СВЯЗАННАЯ СО СНИЖЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ ГЛЮКОЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) печеночной
- 2) гиперосмолярной
- 3) гипогликемической

26. ОБЪЕКТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гипертонус мышц, судороги, тризм челюстей
- 2) сухие высокие хрипы в груди, брадикардия
- 3) цианоз, положение ортопноэ

27. ГИПОГЛИКЕМИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) недостаточном приеме пищи
- 2) стрессе
- 3) бессоннице

28. ЛЕЧЕНИЕ КОМАТОЗНОГО ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВО ВВЕДЕНИИ

- 1) кордиамин 2 мл под кожу, полиглюкина внутривенно
- 2) преднизолон внутривенно
- 3) глюкоза 60 мл 40% внутривенно

29. ПОМОЩЬ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) сахар 200 грамм, раствор глюкозы 20 мл 40% внутривенно
- 2) изотонический раствор 500-1000 мл внутривенно с добавлением хлорида калия
- 3) преднизолон внутривенно, при транспортировке ингаляции увлажненного кислорода

30. ЗАПАХ АЦЕТОНА ИЗО РТА ПРИЗНАК

- 1) алкогольной комы
- 2) уремии комы
- 3) кетоацидотической комы

31. ДЛЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) приступы непроизвольных сокращений мышц с потерей или без потери сознания
- 2) гидрофобия
- 3) потливость, тремор

32. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СУДОРОГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) поражение костно-суставной системы
- 2) поражение мышечной системы
- 3) поражение нервной системы

33. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ СУДОРОГИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ

- 1) гипопаратиреозом
- 2) надпочечниковой недостаточностью
- 3) эпилепсией

34. ПОСЛЕ СУДОРОЖНОГО ПРИСТУПА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ

- 1) продолжить
- 2) прекратить

35. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ –

- 1) придать больному положение ортопноэ, проветрить помещение, провести оксигенотерапию
- 2) уложить больного на пол, подложить под голову мягкий предмет, ввести в рот воздуховод
- 3) наложить жгуты на нижние конечности, приложить холод к затылку

36. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРОИСХОДИТ ОТ РАЗРЫВА

- 1) зубных вен
- 2) зубной артерии

37. РАННИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НАЧИНАЮТСЯ

- 1) через несколько часов после повреждения сосуда
- 2) сразу после повреждения сосуда
- 3) на следующий день

38. ПРИ УПОРНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ, ОТСУТСТВИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ В АНАМНЕЗЕ И БЕЗУСПЕШНЫХ ПОПЫТКАХ ОСТАНОВИТЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЮТ

- 1) в дежурный хирургический стационар
- 2) в отделение гематологии
- 3) в челюстно-лицевой стационар

39. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ БОЛЬНОГО НАПРАВЛЯЮТ
- 1) в отделение гематологии
 - 2) в дежурный хирургический стационар
 - 3) в челюстно-лицевой стационар
40. СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РАНЫ СЛИЗИСТОЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) введение гепарина
 - 2) электрокоагуляция
41. ОБЩИМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА ОРГАНИЗМ С ЦЕЛЬЮ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ НА МЕСТЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) введение хлористого кальция
 - 2) тугая тампонада раны
 - 3) прижатие сухим тампоном
42. К ПРИЗНАКАМ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) потеря сознания и отсутствие пульса на сонных артериях
 - 2) спутанность сознания и возбуждение
 - 3) нитевидный пульс на сонных артериях
43. ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЗРАЧКИ
- 1) расширяются
 - 2) суживаются
 - 3) становятся щелевидными
44. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ НОРМОТЕРМИИ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 1–2 минуты
 - 2) 5–7 минут
 - 3) 25–30 минут
45. ПЕРЕД СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИЕЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАПАДАНИЯ ЯЗЫКА НУЖНО
- 1) выдвинуть вперед нижнюю челюсть
 - 2) удерживать язык руками
 - 3) запрокинуть голову
46. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЛАДОНИ РАСПОЛАГАЮТСЯ
- 1) на верхней трети грудины
 - 2) на границе верхней и средней трети грудины
 - 3) в пятом межреберном промежутке слева

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1. У больной М., 59 лет, после амбулаторного лечения у стоматолога внезапно появилась сжимающая жгучая боль в области сердца с иррадиацией в левое плечо, умеренной интенсивности. Со слов пациентки такие приступы возникают у неё периодически после психоэмоциональных стрессов на протяжении последних двух лет, но по этому поводу к врачу за медицинской помощью не обращалась и не принимала для их купирования лекарственных средств. Объективно: Кожные покровы бледные, на ощупь холодные, влажные. Пульс одинаков на обеих руках, 82 удара в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритм правильный, сосудистая стенка эластична. АД на обеих руках 120/80 мм рт. ст.

- 1. О каком заболевании следует думать?*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*

Задача № 2. У пациентки В., 48 лет, после обезболивания – введения местного анестетика во время лечения у стоматолога внезапно возникли: разлитая интенсивная головная боль давящего характера, головокружение, «мелькание мушек перед глазами», тошнота, общая слабость. Все это сопровождалось покраснением кожи лица, повышением АД до 200/110 мм рт. ст., тахикардией (100 ударов в 1 минуту). Из анамнеза известно, что пациентка В. страдает гипертонической болезнью 6–7 лет, принимает постоянно гипотензивные препараты.

- 1. Ваш предварительный диагноз.*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*

Задача № 3. После удаления зуба у пациента П., 23 лет, сидящего в стоматологическом кресле, неожиданно появилось головокружение, общая слабость, звон в ушах. Пациент внезапно побледнел и потерял сознание. Объективно: бледность кожных покровов, капельки пота на теле, конечности на ощупь холодные, дыхание поверхностное, пульс учащен до 100 в 1 минуту. В период потери сознания зрачки расширены, реакция зрачков на свет снижена, глазные яблоки неподвижны, роговичные рефлексы отсутствуют. После кратковременной потери сознания пациент отмечает ретроградную амнезию, беспокоит тошнота, дыхание учащено, отмечается тахикардия (92 удара в 1 мин), артериальное давление 90/70 мм рт. ст.

- 1. Как следует охарактеризовать ухудшение состояния больного?*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*

Задача № 4. У пациента Т., 42 лет, внезапно на приеме у стоматолога во время лечения появилось чувство нехватки воздуха, сухой мучительный кашель, затем через 4–5 минут возник приступ удушья экспираторного характера. Объективно: Положение у пациента вынужденное: сидит, спустив ноги со сто-

матологического кресла, опираясь руками на свои бедра. Не двигается, избегает разговаривать, лицо одутловатое, выражает страдание, губы цианотичные. Дыхание шумное, свистящее, слышно на расстоянии. При заполнении амбулаторной карты пациент указал, что страдает в течение 15 лет бронхиальной астмой.

- 1. Как следует охарактеризовать ухудшение состояния больного?*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи?*
- 3. После стабилизации состояния пациента можно ли продолжать лечение у стоматолога?*

Задача № 5. У пациента М., 45 лет, после удаления зуба началось массивное кровотечение и появились симптомы асфиксии.

- 1. Какой вид асфиксии в данной ситуации характерен?*
- 2. Перечислите симптомы асфиксии.*
- 3. Ваши действия по оказанию неотложной помощи?*

Задача № 6. У пациентки Г., 25 лет, внезапно на приеме у врача-ортодонта возник приступ удушья экспираторного характера. Из амбулаторной карты известно, что пациентка с детства страдает бронхиальной астмой, использует для лечения бронхиальной астмы ингаляционный препарат (серетид). Объективно: состояние средней степени тяжести, обусловленное учащенным числом дыхания до 32 в 1 минуту. Слышны дистанционные хрипы. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы (крылья носа, брюшного пресса). Данный приступ пациентка купировала самостоятельно ингаляционным препаратом – беротеком.

- 1. Какова причина ухудшения состояния?*
- 2. Правильно ли, что пациентка самостоятельно оказала себе помощь, находясь на лечении у стоматолога.*
- 3. После стабилизации состояния пациентки можно ли продолжать лечение у стоматолога?*

Задача № 7. У больного С., 32 лет, во время амбулаторного лечения у стоматолога внезапно появилась интенсивная жгучая боль в верхних отделах живота, которая усиливалась при незначительных движениях туловища. Со слов пациента «как будто вонзили кинжал». Из анамнеза известно, что пациент страдает язвенной болезнью желудка более 10 лет, в последние 3 года обострения заболевания участились из-за постоянных психоэмоциональных переживаний, особенно в последние полгода. Объективно: Кожные покровы бледные, на ощупь холодные, влажные. Пульс одинаков на обеих руках, 102 удара в 1 минуту. АД на обеих руках 120/80 мм рт. ст. При пальпации отмечается напряжение передней стенки. Положительный симптом раздражения брюшины.

- 1. О каком заболевании следует думать?*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*

Задача № 8. Во время реставрации зубов у пациента К., 22 лет, внезапно появилась боль в правой подвздошной области, которая в течение часа во время лечения с каждой минутой усиливалась. При кашле боль усиливалась. Объек-

тивно: Кожные покровы чистые, горячие на ощупь. Температура тела 37,5 °С. Частота пульса 104 в 1 минуту. Язык сухой. При пальпации живота определяется резкая болезненность в правой подвздошной области.

- 1. О каком заболевании следует думать?*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*

Задача № 9. Пациент В., 40 лет, пришел на лечение к стоматологу. Внезапно у него возникла рвота цвета в виде «кофейной гущи». Пациент сообщил, что он страдает язвенной болезнью ДПК в течение 5 лет, ранее таких симптомов не было.

- 1. Ваш предварительный диагноз.*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*

Задача № 10. После удаления зуба у пациента Т., 50 лет, сидящего в стоматологическом кресле, неожиданно появилось боль в эпигастральной области опоясывающего характера. Затем появилась тошнота и возникла многократная рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения. Со слов пациента накануне у него был юбилей, где он принимал спиртные напитки. Из анамнеза известно, что страдает панкреатитом, 1–2 раза в год бывают обострения, связанные с погрешностью в диете. Объективно: Лицо страдальческое, выражение страха. Отмечается бледность кожных покровов, капельки пота на теле, конечности на ощупь холодные, дыхание поверхностное, пульс учащен до 100 ударов в 1 минуту. Артериальное давление 90/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот при пальпации болезнен в эпигастрии.

- 1. Как следует охарактеризовать ухудшение состояния больного?*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*

Задача № 11. Больной П., 48 лет, пришел на приём к врачу-стоматологу, внезапно у него возникла боль в правом подреберье, одновременно появилась тошнота. В амбулаторной карте зафиксировано, что у пациента в течение 5 лет диагностирована ЖКБ. Перед визитом к врачу пациент обильно поел, причем еда была преимущественно жареной.

- 1. О заболевании какой системы следует думать?*
- 2. Какие данные анамнеза позволяют предположить диагноз?*
- 3. Что могло спровоцировать обострение заболевания?*

Задача № 12. После посещения стоматолога в холле стоматологической поликлиники у пациентки Ю., 53 лет, внезапно появились: приступообразная боль в правом подреберье, тошнота, затем возникла рвота съеденной накануне пищей с примесью желчи. Из анамнеза установлено, что пациентка страдает более 20 лет ЖКБ. Объективно: пациентка повышенного питания. Язык сухой. При измерении температура тела составляла 37,3 °С. При пальпации живот мягкий, отмечается резкая болезненность в точке желчного пузыря. Положительные симптомы Кера, Мерфи, Маккензи, Боаса и Алиева.

- 1. О каком заболевании следует думать?*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*

Задача № 13. У больной Е., 22 лет, во время лечения у стоматолога внезапно появилась острая приступообразная боль в правом подреберье, с иррадиацией в правую лопатку. Перед посещением врача со слов пациентки она обильно поела в кафе жареные пирожки. Хронические заболевания пациентка отрицает. Объективно: Кожные покровы чистые. Язык сухой. Температура тела, АД, пульс в пределах нормы. Живот при осмотре равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезнен нижний край печени, остальные его свойства сохранены. Положительные симптомы Маккензи, Боаса и Алиева.

- 1. О каком заболевании следует думать?*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*
- 3. Что могло спровоцировать обострение заболевания?*

Задача № 14. У больной Н., 59 лет, после амбулаторного лечения у стоматолога внезапно появилась интенсивная боль в поясничной области с иррадиацией в паховую область. Со слов пациентки такой приступ был 25 лет назад при отхождении камней из почек, состоит на диспансерном учете у уролога по поводу МКБ. Объективно: Больная кричит от боли, мечется. Кожные покровы холодные, влажные. Пульс одинаков на обеих руках, 102 удара в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритм правильный, сосудистая стенка эластична. АД на обеих руках 160/90 мм рт. ст.

- 1. О какой патологии следует думать?*
- 2. Какие данные анамнеза позволяют предположить диагноз?*
- 3. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*

Задача № 15. Внезапно у больного Ж., 45 лет, во время протезирования зубов ухудшилось состояние. Возникли сильные боли в поясничной области с иррадиацией в околопупочную область, появилось чувство тревоги, головокружение, слабость. Лицо стало бледным, испуганным. Пульс 99 ударов в минуту. После мочеиспускания пациент пожаловался на «красную» мочу.

- 1. О какой патологии следует думать?*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*

Задача № 16. После удаления зуба у пациента П., 63 лет, сидящего в стоматологическом кресле, неожиданно появилось интенсивная нестерпимая боль в поясничной области. Пациент внезапно побледнел. В анкете при заполнении амбулаторной карты пациент написал о наличии у него в течение 6 лет МКБ. Объективно: бледность кожных покровов, капельки пота на теле, кожа на ощупь холодная, дыхание поверхностное, пульс учащен до 100 ударов в 1 минуту. АД 170/95 мм рт. ст.

- 1. Как следует охарактеризовать ухудшение состояния больного?*
- 2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.*
- 3. Назовите препараты, которые Вы будете использовать для купирования болевого синдрома.*

Задача № 17. Пациент С., 60 лет. После введения новокаина пожаловался на беспокойство, чувство стеснения в груди. Объективные данные. Кожные покровы сухие, бледные. Легкие – перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Сердце – верхушечный толчок в V межреберье по срединно-ключичной линии. Аускультация – тоны сердца: ритм правильный, равномерно ослаблены. Пульс – одинаков на обеих руках, слабого наполнения и напряжения. АД – 80/40 мм рт. ст. ЧСС – 120/мин. Живот – обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень – не выступает из-под края реберной дуги, поверхность ровная, гладкая, эластичная. Со стороны кишечника патологических изменений не обнаружено. Отеки не определяются.

- 1. Назовите предварительный диагноз.*
- 2. Назовите план лечебных действий.*

Задача № 18. Пациентка М., 25 лет, во время протезирования зуба после введения лидокаина почувствовала удушье, головокружение, тошноту, слабость. Объективные данные: кожные покровы покрыты холодным потом, бледные. Легкие – перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, над передними отделами сухие высокие хрипы. Сердце – верхушечный толчок в V межреберье, кнутри от срединно-ключичной линии. Аускультация – тоны сердца: ритм правильный, равномерно ослаблены. Пульс – одинаков на обеих руках, слабого наполнения и напряжения. АД – 90/60 мм рт. ст. ЧСС – 100/мин. Живот – обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень – не выступает из-под края реберной дуги, поверхность ровная, гладкая, эластичная. Со стороны кишечника патологических изменений не обнаружено. Отеки не определяются.

- 1. Назовите предварительный диагноз.*
- 2. Назовите план лечебных действий.*

Задача № 19. Пациент С., 36 лет, при удалении зуба при анестезии введен лидокаин. Через 10 минут больной почувствовал зуд, жжение кожи по всему телу. Из анамнеза: в детстве часто отмечал крапивницу на клубнику. На цветение растений появлялись приступы чиханья, зуд кожи. Объективные данные: Сознание ясное. На коже высыпания в виде волдырей. АД – 120/80 мм рт. ст. ЧСС – 90/мин.

- 1. Назовите предварительный диагноз.*
- 2. Назовите план лечебных действий.*

Задача № 20. На приеме у стоматолога мужчина 50 лет внезапно потерял сознание. Со слов родственников выяснилось, что мужчина страдает сахарным диабетом. Объективные данные. Зрачки расширены, слюнотечение. Кожные покровы влажные, бледные, тризм челюстей. Повышен тонус глазных яблок. ЧДД – 24/мин. Пульс – одинаков на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, сосудистая стенка эластичная. АД – 90/60 мм рт. ст. ЧСС – 90/мин.

- 1. Назовите предварительный диагноз.*
- 2. Назовите план лечебных действий.*

Задача № 21. Пациент Э., 60 лет, на амбулаторном приеме у стоматолога почувствовал голод, появилась дрожь в теле, тошнота. Объективные данные: больной в сознании. Зрачки расширены. Плавающие движения глазных яблок. Кожные покровы влажные, бледные. Гипертонус мышц. Легкие – перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. ЧДД – 26/мин. Сердце – верхушечный толчок в V межреберье кнутри от срединно-ключичной линии. Тоны сердца – ритмичные, равномерно ослаблены. Пульс – одинаков на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, сосудистая стенка эластичная. АД – 100/75 мм рт. ст. ЧСС – 105/мин. Живот – обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень – выступает из-под края реберной дуги на 3 см, поверхность гладкая, консистенция плотная. Со стороны кишечника патологических изменений не обнаружено. Отеки не определяются.

- 1. Назовите предварительный диагноз.*
- 2. Назовите план лечебных действий.*

Задача № 22. У больной З., 68 лет, во время лечения у стоматолога внезапно появилось головокружение, нарастающая слабость в правой верхней и нижней конечностях, нарушилась речь. В анамнезе имеется указание на гипертоническую болезнь. Объективно: Сознание спутанное. Контакт затруднен вследствие афазии. Правосторонний гемипарез. Кожные покровы обычной окраски, на ощупь теплые, сухие. Пульс одинаков на обеих руках, 100 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритм правильный, сосудистая стенка эластична. АД на обеих руках 200/120 мм рт. ст.

- 1. Назовите предварительный диагноз.*
- 2. Назовите план лечебных действий.*

Задача № 23. Пациент К., 60 лет, во время лечения у стоматолога почувствовал слабость, головокружение, сухость во рту, жажду, однократно наблюдалась рвота. Из анамнеза: длительное время страдает сахарным диабетом, сегодня утром забыл поставить инсулин. Объективно: несколько заторможен. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Гипотония мышц. Кожные покровы сухие, со следами расчесов. Пульс одинаков на обеих руках, 100 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритм правильный, сосудистая стенка эластична. АД на обеих руках 140/90 мм рт. ст.

- 1. Назовите предварительный диагноз.*
- 2. Назовите план лечебных действий.*
- 3. Что могло спровоцировать обострение заболевания?*

Задача № 24. Пациент Л., 40 лет, на амбулаторном приеме у стоматолога почувствовал голод, появилась дрожь в теле, тошнота. Объективные данные: больной в сознании. Зрачки расширены. Плавающие движения глазных яблок. Кожные покровы влажные, бледные. Гипертонус мышц. АД – 90/60 мм рт. ст. ЧСС – 105/мин. Живот – обычной формы, мягкий, безболезненный.

- 1. Назовите предварительный диагноз.*
- 2. Назовите план лечебных действий.*

Задача № 25. Пациент А., 30 лет, на приеме у стоматолога внезапно потерял сознание, появились судороги, пена изо рта, прикусывание языка, непроизвольное мочеиспускание. Объективные данные. Больной без сознания. Умеренная ригидность мышц затылка, зрачки узкие. Лицо симметрично. Кожные покровы обычной окраски. Легкие – перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Сердце – верхушечный толчок в V межреберье кнутри от срединно-ключичной линии. Тоны сердца – ритмичные, равномерно ослаблены. Пульс – одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, сосудистая стенка эластичная. АД – 110/80 мм рт. ст. ЧСС – 80/мин. Живот – обычной формы, мягкий. Печень – не выступает из-под края реберной дуги, поверхность гладкая, консистенция эластичная. Со стороны кишечника патологических изменений не обнаружено. Отеки не определяются.

1. Назовите предварительный диагноз.

2. Назовите лечебные действия.

Задача № 26. Пациент Л., 48 лет. На рабочем месте днем внезапно почувствовал боль в нижней челюсти справа, щека «опухла», повысилась температура тела до 39 °С. В анамнезе имеются данные о заболевании крови. Объективные данные: кожные покровы обычной окраски, сухие. Легкие – перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Сердце – верхушечный толчок в V межреберье по срединно-ключичной линии. Тоны сердца – ритмичные, достаточной звучности. Пульс одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, сосудистая стенка эластичная. АД – 130/90 мм рт. ст. ЧСС – 110/мин. Живот – обычной формы, мягкий, болезнен в эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, поверхность ровная, гладкая, эластичная. Со стороны кишечника патологических изменений не обнаружено. Периферические отеки не определяются.

1. Назовите план дальнейших действий.

Задача № 27. На приеме у стоматолога мама с ребенком 6 лет. При удалении зуба началось кровотечение, попытки остановить которое оказались безуспешными. В анамнезе отсутствуют данные о заболевании крови. Объективные данные: кожные покровы обычной окраски. Легкие – перкуторный звук легочный, дыхание пуэрильное. Сердце – верхушечный толчок в V межреберье кнутри от срединно-ключичной линии. Тоны сердца – ритмичные. Пульс одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, сосудистая стенка эластичная. АД – 110/80 мм рт. ст. ЧСС – 80/мин. Живот – обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, поверхность ровная, гладкая, эластичная. Со стороны кишечника патологических изменений не обнаружено. Отеки не определяются.

1. Назовите предварительный диагноз.

2. Назовите тактику дальнейших действий.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№ задания	№ ответа	№ задания	№ ответа
1	3	24	3
2	3	25	3
3	1	26	1
4	2	27	1
5	2	28	3
6	3	29	1
7	1	30	3
8	3	31	1
9	1	32	3
10	3	33	3
11	2	34	2
12	2	35	2
13	1	36	2
14	2	37	2
15	3	38	3
16	3	39	3
17	1	40	2
18	1	41	1
19	2	42	1
20	1	43	1
21	1	44	2
22	1	45	1
23	2	46	2

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Задача № 1.

1. ИБС. Стенокардитический приступ.

2. 1) Создать покой пациентке. 2) Придать сидячее положение с опущенными вниз ногами (для уменьшения венозного возврата крови к сердцу). 3) Дать нитроглицерин 0,5 мг – 1 таблетку под язык (не разжевывая, а рассасывая). При отсутствии эффекта от приема одной таблетки через 5 минут можно принять вторую таблетку, затем третью, но не более трех таблеток в течение 15 минут. 4) Через 15–20 минут, если боль не купирована, то следует пересмотреть диагноз и произвести купирование боли как при остром коронарном синдроме.

Задача № 2.

1. Гипертонический криз.

2. Неотложная помощь заключается: 1) Наложить жгуты на конечности. 2) Приложить холод к затылку. 3) Успокоить больного, дать выпить корвалола 30–40 капель, или валерианы 25–30 капель, при неэффективности ввести седуксен 20 мг. 4) Ввести дибазол 1% р-ра 4 мл и папаверин 2% р-ра 2 мл в/м. 5) Если в течение 30–40 минут приступ не купируется, назначают клофелин 0,01% 1 мл п/к, в/м или в таблетках 0,15 мг по 0,5–1 таблетки под язык. 6) При неэффективности проводимых мероприятий прибегают к введению ганглиоблокаторных средств, но это уже компетенция специализированной кардиологической бригады или врачей «скорой помощи», которую необходимо вызвать сразу после возникновения криза. 7) Больной во всех случаях подлежит госпитализации в клинику.

Задача № 3.

1. У пациента П. обморок – острая сосудистая недостаточность, проявляющаяся кратковременной потерей сознания, возникающей вследствие преходящей недостаточности кровообращения головного мозга в результате спазма сосудов, снижения использования кислорода тканями, гипоксии определенных мозговых центров с ослаблением сердечной деятельности и дыхания. Чаще всего обморок возникает в результате психического или нервного напряжения на приеме у стоматолога при виде крови, при ощущении определенных запахов, в ответ на инъекцию, при наблюдении за хирургической операцией.

2. Неотложная помощь при обмороке: 1) Больному срочно придать горизонтальное положение, плавно откинув спинку кресла. 2) Освободить от одежды, стесняющей и затрудняющей дыхание (снять галстук, расстегнуть воротник рубашки и брючный ремень). 3) Обеспечить приток свежего воздуха (открыть форточку, окно или включить вентилятор на стоматологической установке). 4) Рефлекторно воздействовать на дыхательный и сердечно-сосудистый центры:

дать вдохнуть пары 10% раствора нашатырного спирта, осторожно приблизив тампон к носу, и натереть им виски. 5) Протереть лицо влажной салфеткой или оросить лицо и грудь холодной водой. 6) Затем осуществить мануальную рефлексотерапию массажем точек общего воздействия. Провести точечный массаж рефлексогенных зон в точках жэнь-гжун (на 1/3 расстояния между основанием перегородки носа и красной каймы верхней губы), чэн-цзянь (в центре подбородочного углубления), хэгу (на наружной поверхности кисти в области угла, образующего между большим и указательным пальцами). 7) При неэффективности перечисленных мероприятий, если обморок продолжительный, рекомендуется: кофеин – бензоната натрия 10% – 1 мл п/к, если нет эффекта, то вводится 5% раствор эфедрина 1 мл п/к или мезатона 1% – 1 мл п/к, а в случае брадикардии атропина сульфат 0,1% – 0,5–1 мл п/к. 8) После обморочного состояния пациенту необходим покой и тепло, оксигенотерапия. Дают попить горячий чай.

Задача № 4.

1. У пациента возник приступ удушья бронхиальной астмы.

2. Создают покой, проветривают помещение. Чаще всего больной самостоятельно снимает приступ удушья ингаляторами, которые он имеет при себе (беротек, вентолин, сальбутамол). При неэффективности воздействия индивидуальных ингаляторов вводят эуфиллин 2,4% 5–10 мл в/в медленно. При неэффективности проводимых мероприятий ввести преднизолон 30–60 мг в/в. После купирования легкого привычного приступа удушья больной может быть отпущен домой. При тяжелом, затянувшемся приступе удушья обязательно необходима госпитализация больного в специализированное учреждение для оказания дальнейшей медицинской помощи.

3. Стоматологическая помощь должна быть прекращена и продолжена на последующих приемах.

Задача № 5.

1. Аспирационная асфиксия, развившаяся в результате обильного кровотечения в полости рта.

2. Клинические проявления характеризуются симптомами острого нарушения внешнего дыхания, которые развиваются в несколько фаз: 1-я фаза: усиление дыхательных функций, при которой удлиняется и усиливается вдох, появляются инспираторная одышка, беспокойство, цианоз, тахикардия. 2-я фаза: урежение дыхания при резком усилении выдоха, экспираторная одышка, акроцианоз, брадикардия, падение АД, холодный пот. 3-я фаза: брадипноэ, потеря сознания. 4-я фаза: апноэ, дыхание Кусмауля, или агональное дыхание. По времени одна фаза сменяет другую в зависимости от резервных возможностей организма и экстренности мероприятий.

3. Больному придают положение лицом вниз или на боку. Полость рта освобождают от излившейся крови, кровяных сгустков. Кровотечение останавливают тугой тампонадой зубной лунки, диатермокоагуляцией, ушиванием раны кетгутowymi швами или наложением кровоостанавливающего зажима на види-

мый кровеносный сосуд. Для тампонады лунки удаленного зуба используются марлевые турунды, смоченные 3% раствором перекиси водорода, гемостатическая губка, йодоформная турунда. Края раны ушивают. Вводят кровоостанавливающие препараты (викасол, аминокaproновую кислоту и др.)

Задача № 6.

1. Возник приступ удушья, характерный для бронхиальной астмы.
2. Да, правильно.
3. Нет.

Задача № 7.

1. Острый живот, вероятно, это осложнение язвенной болезни желудка – перфорация.
2. 1) Создать покой пациенту. 2) Немедленно вызвать бригаду скорой помощи.

Задача № 8.

1. Острый аппендицит.
2. 1) Немедленно вызвать бригаду скорой помощи для транспортировки в дежурное хирургическое отделение. 2) Создать покой пациенту. 3) Обезболивающих препаратов не давать.

Задача № 9.

1. Желудочно-кишечное кровотечение, вероятно как осложнение язвенной болезни ДПК.
2. 1) Немедленно вызвать бригаду скорой помощи для госпитализации больного в хирургическое отделение! Строгий носильный режим при транспортировке. 2) Обеспечить полный физический и психоэмоциональный покой пациента. 3) К месту возможного кровотечения прикладывают пузырь со льдом или холодное мокрое полотенце. 4) При обморочном состоянии поднесите к носу больного ватку, смоченную нашатырным спиртом. 5) Не поить и не кормить больного! 6) Общие гемостатические мероприятия: воздействие на систему гемостаза – ввести октреотид, этамзилат; аминокaproновую кислоту в/в капельно 5% р-р, гордокс, трасилол, викасола. Базовым является внутривенное введение октреотида внутривенно болюсно в дозе 50–100 мкг, потом по 50 мкг/ч внутривенно капельно.

Задача № 10.

1. У пациента возник острый приступ панкреатита, вероятно связанный приемом алкогольных напитков, которые спровоцировали обострение заболевания.
2. 1) Срочно вызвать бригаду скорой медицинской помощи. 2). На эпигастральную область можно положить пузырь со льдом. 3). Купировать болевой синдром: М-холинолитики (атропин 0,1% 1 мл, платифиллин гидротартрат 0,2% 1 мл), миотропные спазмолитики (но-шпа 2% от 2 до 4 мл, папаверин 2% 2 мл). При выраженном болевом синдроме, не купирующимся М-холинолитиком или миотропным спазмолитиком, применяют ненаркотические

анальгетики анальгин 50% 2 мл в/м, баралгин 5 мл, при выраженном болевом синдроме вводят в/в.

Задача № 11.

1. О возникновении острого холецистита.
2. Наличие ЖКБ.
3. Погрешность в диете – употребление жареной пищи.

Задача № 12.

1. Острый холецистит.
2. 1) При подозрении на острый холецистит, как и при любом остром желудочно-кишечном заболевании, необходимо вызвать бригаду скорой помощи. Все больные с острым холециститом подлежат срочной госпитализации в хирургический стационар для дальнейшего лечения (консервативного или оперативного). 2) Нельзя принимать тепловые процедуры (например, прикладывание теплой грелки), промывать желудок, принимать слабительное или ставить клизмы. 3) Необходимо обеспечить больному покой. 4) На область правого подреберья можно положить пузырь со льдом или холодной водой на 10–15 мин через каждые 45–50 мин. 5) На догоспитальном этапе ввести спазмолитики.

Задача № 13.

1. Острый холецистит.
2. 1) Вызвать бригаду скорой помощи. 2) Обеспечить больному покой. 3) На область правого подреберья можно положить пузырь со льдом или холодной водой на 10–15 мин через каждые 45–50 мин. 4) На догоспитальном этапе ввести спазмолитики.
3. Погрешность в диете – употребление жирной пищи.

Задача № 14.

1. О почечной колике.
2. Наличие в анамнезе МКБ.
3. 1) Вызвать бригаду скорой помощи. 2) Обеспечить больному покой. 3) При возможности создать горизонтальное положение больному, чтоб помочь самопроизвольному отхождению небольших камней. 4) Купировать приступ болевого синдрома.

Задача № 15.

1. Почечная колика.
2. 1) Вызвать бригаду скорой помощи. 2) Обеспечить больному покой. 3) Создать горизонтальное положение больному. 3) Купировать приступ болевого синдрома.

Задача № 16.

1. Возникновением почечной колики.

2. 1) Обеспечить больному покой. 2) При возможности создать горизонтальное положение больному, чтоб помочь самопроизвольному отхождению небольших камней. 3) Купировать приступ болевого синдрома. 4) Обязательно вызвать бригаду скорой помощи.

3. Показано введение спазмолитических средств (папаверин, но-шпа, платифиллин). В последнее время предпочтение отдается комбинированным препаратам, содержащим анальгетик, спазмолитик и ганглиоблокатор (баралгин, спазган и др.). Если антиспастические и болеутоляющие препараты не приносят облегчения, назначают ганглиоблокаторы, парализующие вегетативные ганглии и уменьшающие спазм гладкой мускулатуры (1 мл 2,5% гексония). Введение наркотических анальгетиков допустимо только при абсолютной уверенности в том, что клиническая картина не обусловлена острой патологией органов брюшной полости.

Задача № 17.

1. Анафилактический шок.

2. Обкалывание адреналином 0,1% места инъекции лекарства, внутримышечно ввести преднизолон 1 мг/кг массы тела больного, вызвать реанимационную бригаду.

Задача № 18.

1. Анафилактический шок с явлениями бронхоспазма.

2. Внутримышечно ввести преднизолон 1 мг/кг массы тела больного, эуфиллин 24% 2 мл внутримышечно, доставить пациентку в реанимационное отделение.

Задача № 19.

1. Аллергическая реакция по типу крапивницы.

2. Супрастин 2% р-р 2 – 4 мл внутримышечно.

Задача № 20.

1. Гипогликемическая кома.

2. Внутривенно ввести 60 мл 40% глюкозы, затем внутривенно капельно 5% раствор глюкозы, вызвать реанимационную бригаду.

Задача № 21.

1. Предкоматозное гипогликемическое состояние.

2. Определение глюкозы крови. Внутривенно ввести 20 мл 40% глюкозы.

Задача № 22.

1. Ишемический инсульт на фоне гипертонического криза. Сопор.

2. Магния сульфат внутривенно болюсно 1250–2500 мг. Неотложная госпитализация в неврологический стационар.

Задача № 23.

1. Предкоматозное диабетическое кетоацидотическое состояние.
2. Определение сахара крови, госпитализация в дежурный терапевтический стационар.
3. Прекращение введения инсулина в установленное время.

Задача № 24.

1. Предкоматозное гипогликемическое состояние.
2. Определение глюкозы крови. Внутривенно ввести 20 мл. 40% глюкозы.

Задача № 25.

1. Судорожный эпилептический приступ.
2. Уложить пациента на пол, подложить под голову мягкий предмет, внутривенно ввести седуксен 10 мг, прекратить дальнейшее стоматологическое лечение.

Задача № 26.

1. Вызвать бригаду скорой помощи и доставить пациента в отделение гематологии.

Задача № 27.

1. Раннее кровотечение.
2. 1) Прижать рану тампоном, смоченным кровеостанавливающим раствором. 2) Вызвать бригаду скорой помощи и доставить ребенка в челюстно-лицевой стационар.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД – артериальное давление
- ИВЛ – искусственная вентиляция легких
- ОКС – острый коронарный синдром
- СЛР – сердечно-легочная реанимация
- ЧСС – частота сердечных сокращений

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Внутренние болезни [Текст] : учебник. В 2 т. / Под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. – 3-е изд., испр. и доп. – Т. 1. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 960 с.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. В 2 т. / Под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. – 3-е изд., испр. и доп. – Т. 1. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 960 с. : Режим доступа : <http://www.studentlibrary.ru>.
3. Внутренние болезни [Текст] : учебник. В 2 т. / Под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. – 3-е изд., испр. и доп. – Т. 2. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 896 с.
4. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. В 2 т. / Под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. – 3-е изд., испр. и доп. – Т. 2. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 896 с. : Режим доступа : <http://www.studentlibrary.ru>.
5. Пропедевтика внутренних болезней [Текст] : учебник. – 2-е изд., доп. и перераб. / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 848 с.
6. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс] : учебник. – 2-е изд., доп. и перераб. / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 848 с.

Дополнительная

1. Неотложные состояния в стоматологической практике. Клиническое руководство [Текст] : руководство. / Ф.М. Джевон. – М. : ТАРКОММ, 2018. – 248 с.
2. Интенсивная терапия. Национальное руководство [Текст] : руководство. / Под ред. Б.Р. Гельфанда, И.Б. Заболотских. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 928 с.

Учебное издание

АВТОРЫ:

**А.В. Тетенева, И.Д. Беспалова, И.В. Долгалев, Т.Н. Бодрова,
А.И. Карзилов, П.Е. Месько, Я.В. Поровский, Е.Л. Мишустина,
К.Ф. Тетенев, Т.М. Рипп, Н.В. Реброва, А.А. Зайцева**

НЕОТЛОЖНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Редактор Е.М. Харитонова
Технический редактор О.В. Коломийцева
Обложка И.Г. Забоенкова

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
Тел. 8(382-2) 51-41-53
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 20.03.2020 г.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. лист 4,6. Авт. лист. 6,6.
Тираж 50 экз. Заказ № _____

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru