

Министерство здравоохранения Российской
Федерации Московский государственный медико-
стоматологический университет имени А. И. Евдокимова
Кафедра травматологии челюстно-лицевой области

1. ВИДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

2. ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕД. ПОМОЩИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ (доклад)

Исполнитель:
студентка V курса
лечебного факультета
вечернего отделения
516 группы
Сипапина Ж. Ю.

Заведующий кафедрой:
д. м. н., профессор Афанасьев В. В.
Преподаватель:
к. м. н., ассистент
Мухин П. Н.

Май, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

I.	Виды стоматологической помощи (терапевтическая, ортопедическая, хирургическая, детская, ортодонтия, пародонтология).....	3
IIА.	Оказание неотложной медицинской помощи и принципы лечения (острая зубная боль - этиология и патогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, советы позвонившему, действия на вызове, обязательные вопросы, осмотр и физикальное обследование, инструментальные исследования, лечение, показания к госпитализации, рекомендации для больных, оставленных дома, часто встречающиеся ошибки, способ применения и дозы лекарственных средств; кровотечение из лунки зуба - этиология и патогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, советы позвонившему, действия на вызове, обязательные вопросы, осмотр и физикальное обследование, инструментальные исследования, показания к госпитализации, рекомендации для оставленных дома больных, часто встречающиеся ошибки, способ применения и дозы лекарственных средств, клиническая фармакология лекарственных средств).....	5
IIБ.	Оказание неотложной мед. помощи и принципы лечения (синдром внезапного прекращения кровообращения (клиническая смерть), синдром острой боли в сердце – стенокардия, обморок, астматическое состояние (приступ бронхиальной астмы), отек Квинке, пароксизмальная мерцательная аритмия, инфаркт миокарда, гипертонический криз, судорожный синдром при эпилепсии, гипергликемическая кома, гипогликемическая кома, угроза выкидыша или преждевременные роды, кровотечение при геморрагических диатезах, острая дыхательная недостаточность, анафилактический шок).....	18
	Содержание.....	28

I. ВИДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. Терапевтическая стоматология.

Это все виды лечения зубов (кариес и пр.) под местной анестезией.

2. Ортопедическая стоматология.

(Восстановление и протезирование зубов, установка коронок и т.д.) Ортопедическая стоматология (ортопедия) - направление стоматологии, которое методами зубного протезирования занимается восстановлением зубов. Протезирование зубов, установка коронок или зубных протезов - все это область стоматологической ортопедии. Каждому из нас рано или поздно приходится сталкиваться с фактом потери зубов, несмотря на тщательную и регулярную гигиену полости рта. В этом случае помочь обрести красивую улыбку может только врач-ортопед

3. Хирургическая стоматология в т.ч. имплантология

(удаление зубов, имплантация, восстановление зубов и т.д.) Хирургическая стоматология не ограничивается только удалением зубов (с которым у большинства наших соотечественников она ассоциируется). Существует множество случаев, когда зуб действительно уже невозможно спасти, и тогда удаление зубов, по возможности быстрое и безболезненное – единственный выход, который предлагает стоматология хирургическая. Показанием к удалению зубов является полное разрушение зубной коронки. Прибегать к радикальным мерам также приходится, когда зуб сломан, а также в том случае, если мы имеем дело с высокой подвижностью зубов. Часто приходится удалять также неправильно расположенные (неправильно прорезавшиеся) зубы. Имплант зуба – это искусственный корень, который вживляется в челюстную кость и служит опорой для будущего протеза. Изготавливается имплант из биоинертного металла – титана, очень высокого качества, со специальной обработкой поверхности для обеспечения «прорастания» костной ткани в имплант. При утрате естественных зубов происходит потеря жевательной эффективности, что крайне неблагоприятно сказывается на состоянии желудочно-кишечного тракта. Как показывают многочисленные исследования, имплантация – самый эффективный способ восстановления жевательной эффективности, позволяющий избежать нарушений в работе желудка и кишечника.

Имплант

позволяет протезировать небольшой дефект без обтачивания соседних зубов «под опору», что необходимо при протезировании мостовидными протезами. При отсутствии значительного количества зубов в ряде случаев импланты позволяют протезироваться несъемными конструкциями, которые в отличие от съемных протезов, более физиологичны.

4. Детская стоматология.

(Детский стоматолог, детский ортодонт и т.д.) Врачи детского стоматологического отделения досконально знают не только детскую стоматологию, но и детскую психологию. В работе детских стоматологов применяются специальное оборудование и ультрасовременные материалы, позволяющие лечить зубки, не травмируя психику ребенка (так детский стоматолог лечит кариес без использования бормашины, а перед тем, как поставить обезболивающий укол в десну, замораживает место укола с помощью специальной вкусной конфетки).

5. Ортодонтия.

(Брекет-системы, исправление прикуса и т.д.) Ортодонтия занимается исправлением неправильно расположенных зубов, коррекцией или исправлением прикуса и дословно означает «ровные зубы». Врач-ортодонт – специалист по диагностике, профилактике и лечении зубочелюстных нарушений. Необходимость коррекции искривленных зубов очевидна. Неправильно расположенные зубы чаще подвергаются повреждениям, на них интенсивнее образуется налет, изменяется цвет зубной эмали, кроме того, неправильный прикус затрудняет пережевывание пищи, что приводит к расстройствам пищеварительной системы и ухудшает общее состояние здоровья. Это – не говоря о том, что при искривленных зубах повышается риск развития парадонтита. Все ортодонты – стоматологи, но только 6% стоматологов являются ортодонтами. Ортодонтическое лечение может проводиться у детей и взрослых, так как здоровые зубы могут быть перемещены практически в любом возрасте. Некоторые патологии прикуса исправить легче, если лечение начато в раннем возрасте. В нашей клинике производится установка различных брекет-систем от лучших мировых производителей. Индивидуальный подбор системы коррекции прикуса, современные материалы, высокая квалификация специалистов – вот надежная гарантия успеха в решении проблемы искривления зубов и неправильного прикуса.

6. Пародонтология (м. б. как раздел хирургической стоматологии).

IIA. ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Острая зубная боль

Под *острой зубной болью* понимают внезапно появившееся резкое болевое ощущение в зубах или альвеолярных отростках.

Этиология и патогенез

Болевой синдром - постоянный спутник большинства заболеваний челюстно-лицевой области, что определяется богатой смешанной (соматической и вегетативной) иннервацией этой области, ведущей к интенсивности болевого ощущения и возможности его иррадиации в различные отделы челюстно-лицевой области. Некоторые соматические заболевания (невралгия и неврит тройничного нерва, средний отит, синуситы, инфаркт миокарда и другие заболевания) могут симулировать зубную боль, что затрудняет диагностику имеющейся патологии.

Острая зубная боль может возникать при поражении тканей зуба, слизистой оболочки полости рта, пародонта, кости.

■ *Гиперестезия твёрдых тканей зуба* часто связана с дефектами твердых тканей (повышенная истираемость зубов, эрозии твердых тканей, клиновидные дефекты, химическое повреждение эмали, рецессия десны и др.).

■ *Кариес* - патологический процесс, проявляющийся поражением твердых тканей зуба, их деминерализацией и размягчением с образованием полости.

■ *Пульпит* - воспаление пульпы зуба, возникающее при проникновении в пульпу зуба микроорганизмов или их токсинов, химических раздражителей (через кариозную полость, верхушечное отверстие корня зуба, из пародонтального кармана, гематогенным путём), а также при травме пульпы зуба.

■ *Периодонтит* - воспаление периодонта, которое развивается при попадании микроорганизмов, их токсинов, продуктов распада пульпы в периодонт, а также при травме зуба (ушиб, вывих, перелом).

■ *Невралгия тройничного нерва* - полиэтиологическое заболевание, в генезе которого важное значение приобретает нарушение в периферических и центральных механизмах регуляции болевой чувствительности.

При патологии моляров боль может распространяться в височную область, нижнюю челюсть, иррадиировать в область гортани и уха, теменную область. При поражении резцов и премоляров боль может распространяться в область лба, носа, подбородка.

Классификация

Острую зубную боль классифицируют по характеру патологического процесса, вызвавшего её.

- Острая зубная боль, обусловленная поражением твердых тканей, пульпы зуба и тканей периодонта, которая требует амбулаторного лечения у стоматолога.

- Острая зубная боль, обусловленная вовлечением в процесс кости и костного мозга, которая требует срочной госпитализации в хирургический стоматологический стационар или отделение челюстно-лицевой хирургии.

Клиническая картина

Острая зубная боль может иметь разный характер и возникать в различных ситуациях, что зависит от того, какие ткани и насколько поражены. Характер боли при поражении твердых тканей зависит от глубины патологического процесса.

- *При гиперестезии эмали и поверхностном кариесе* боль острая, но кратковременная. Она возникает при воздействии экзогенных (температурных и химических) раздражителей и прекращается после устранения источника раздражения. Осмотр зубов при поверхностном кариесе позволяет обнаружить неглубокую кариозную полость в пределах эмали, с неровными краями. Зондирование может быть болезненно.

- *При среднем кариесе* поражены эмаль и дентин, при зондировании полость более глубокая, боль возникает не только от термических и химических, но и от механических раздражителей, исчезает после их устранения.

- *При глубоком кариесе* при попадании в кариозную полость пищи возникает кратковременная, острая зубная боль, исчезающая при устранении раздражителя. Поскольку при глубоком кариесе остается тонкий слой дентина, покрывающий пульпу зуба, могут развиваться явления очагового пульпита.

- *Пульпит* характеризуется более интенсивной, чем при кариесе, болью, которая может возникать без видимых причин.

- *При остром очаговом пульпите* острая зубная боль локализованная, приступообразная, кратковременная (длится несколько секунд), возникает без видимых причин, но может быть продолжительной при воздействии температурных раздражителей, усиливается в ночное время. Промежутки между болевыми приступами продолжительные. Со временем боль становится более длительной. Кариозная полость глубокая, зондирование дна болезненное.

- *При остром диффузном пульпите* отмечают продолжительные приступы острой распространённой зубной боли, усиливающейся ночью, иррадиирующей по ходу ветвей тройничного нерва, с короткими периодами ремиссии. Кариозная полость глубокая, зондирование дна болезненное.

□ *При развитии хронического процесса* (хронический фиброзный пульпит, хронический гипертрофический пульпит, хронический гангренозный пульпит) интенсивность болевого синдрома уменьшается, боль становится ноющей хронической, нередко возникает только при еде и чистке зубов.

■ *При остром периодонте* и обострении хронического периодонтита пациент жалуется на постоянную локализованную боль различной интенсивности, усиливающуюся при еде и перкуссии, ощущение, что зуб «вырос», стал как бы выше. При осмотре полости рта выявляют гиперемию и отёчность десны, её болезненность при пальпации. При обострении хронического периодонтита возможно наличие свищевого хода с гнойным отделяемым. Перкуссия поражённого зуба болезненна, при зондировании может быть обнаружена вскрытая полость зуба. В дальнейшем общее состояние ухудшается, появляется коллатеральный отёк мягких тканей лица, иногда пальпируются увеличенные, болезненные подчелюстные лимфатические узлы. При хроническом периодонтите боль менее сильная. Может беспокоить постоянная ломящая боль в области поражённого зуба, но у некоторых пациентов она отсутствует.

■ При невралгии тройничного нерва приступообразные дергающие, режущие, жгучие боли появляются в определённой зоне лица, соответствующей зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Сильная боль не позволяет больному разговаривать, умываться, принимать пищу из-за страха спровоцировать новый приступ. Приступы возникают внезапно и также прекращаются. Они могут сопровождаться вегетативными проявлениями (гиперемией в области иннервации поражённой ветви тройничного нерва, расширением зрачка на стороне поражения, увеличением количества слюны, слезотечением) и сокращением мимической мускулатуры. При невралгии второй ветви тройничного нерва болевой синдром может распространяться на зубы верхней челюсти, а при невралгии третьей ветви тройничного нерва - на зубы нижней челюсти. При пальпации зоны иннервации соответствующей ветви тройничного нерва может быть выявлена гиперестезия кожи лица, а при надавливании на болевые точки — спровоцирован приступ невралгии. Характерной особенностью невралгии тройничного нерва служит отсутствие боли во сне.

Характеристика и локализация боли при заболеваниях челюстно-лицевой области приведена ниже.

■ *Поверхностный кариес.* Болевые ощущения могут быть различной интенсивности и имеют приступообразный характер: кратковременная локализованная (в области причинного зуба) боль возникает при действии химических, термических, реже механических раздражителей и исчезает после устранения раздражителя.

■ *Средний кариес.* Боль обычно тупая, кратковременная, локализована в области причинного зуба, возникает при действии химических, термических, реже механических раздражителей и исчезает после устранения раздражителя.

■ *Глубокий кариес* характеризуется возникновением острой локализованной (в области причинного зуба) интенсивной боли при попадании в кариозную полость пищи, исчезающей после устранения раздражителя.

■ *Острый очаговый пульпит*. Беспокоит кратковременная локализованная (в области причинного зуба) интенсивная острая боль, имеющая самопроизвольный приступообразный характер. Боль усиливается в ночное время.

■ *Острый диффузный пульпит*. Боль интенсивная продолжительная, имеет острый самопроизвольный характер. Боль не локализована, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва и усиливается в ночное время.

■ *Острый периодонтит и обострение хронического периодонтита* характеризуются острой приступообразной, пульсирующей продолжительной (с редкими промежутками ремиссии) болью. Боль локализована в области причинного зуба, имеет различную интенсивность, усиливается при еде и перкуссии поражённого зуба. Больной отмечает ощущение, что зуб «вырос».

■ *Невралгия тройничного нерва*. Боль острая, приступообразная, чаще возникает при разговоре и при прикосновении к коже лица. Боль не локализована, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва. Болевые ощущения интенсивные, ослабевают или прекращаются ночью, имеют обычно кратковременный характер.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика поражений твёрдых тканей и пульпы зуба не показана при оказании скорой медицинской помощи.

Для решения вопроса о госпитализации пациента на догоспитальном этапе важна дифференциальная диагностика острого остеомиелита с острым гнойным периоститом и с обострением хронического периодонтита.

■ *Острый периодонтит*. Характерна постоянная локализованная боль различной интенсивности, усиливающаяся при еде и перкуссии поражённого зуба. Больной жалуется на ощущение, что зуб «вырос», на нарушение сна. При объективном обследовании отмечают ухудшение общего состояния пациента, возможно повышение температуры тела, увеличение регионарных лимфатических узлов. При осмотре полости рта выявляют гиперемию и отёчность слизистой оболочки десны, её болезненность при пальпации; возможно наличие свищевого хода с гнойным отделяемым. Показано терапевтическое или хирургическое амбулаторное лечение.

■ При остром гнойном периостите возникают сильные, иногда пульсирующие боли. При объективном обследовании отмечают повышение температуры тела, коллатеральный отёк окружающих тканей, увеличение регионарных лимфатических узлов. При осмотре полости рта выявляют отёчность и гиперемию слизистой оболочки края десны, сглаженность и гиперемию переходной складки. Показано амбулаторное неотложное хирургическое лечение.

■ При остром остеомиелите больной жалуется на боль в области причинного зуба, которая быстро распространяется и усиливается. При объективном обследовании отмечают выраженную интоксикацию, повышение температуры тела, озноб, слабость, коллатеральный отёк окружающих тканей, увеличение регионарных лимфатических узлов; в тяжёлых случаях гной может распространяться в окружающие мягкие ткани с развитием флегмоны. При осмотре полости рта выявляют гиперемию и отёчность слизистой оболочки в области края десны. Показана срочная госпитализация и хирургическое лечение в стационаре с последующей консервативной терапией.

Советы позвонившему

■ При нормальной температуре тела и отсутствии коллатерального отёка для облегчения состояния пациенту следует дать НПВС (*кетопрофен, кеторолак, лорноксикам, парацетамол, ревалгин**, *солпадеин**, *ибупрофен, индометацин и др.*), затем обязательно обратиться к стоматологу.

■ При повышенной температуре тела и наличии коллатерального отёка тканей необходимо срочно обратиться к хирургу-стоматологу.

■ При высокой температуре тела, выраженной интоксикации, ознобе, коллатеральном отёке, увеличении регионарных лимфатических узлов необходима срочная госпитализация пациента в профильное хирургическое отделение.

Действия на вызове

Диагностика

Обязательные вопросы:

- Как себя чувствует пациент?
- Какая температура тела?
- Как давно болит зуб?
- Были ли приступы острой боли в зубе ранее?
- Имеется ли отёк десны или лица?
- Какая ощущается боль: в определённом зубе или боль иррадирует?
- Боль возникает самопроизвольно или под влиянием каких-либо раздражителей (еды, холодного воздуха, холодной или горячей воды)?
- Прекращается ли боль после прекращения действия раздражителя?

■ Какой характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянная, длительная или кратковременная)?

■ Не затруднён ли приём пищи?

■ Изменяется ли характер боли ночью?

■ Имеются ли функциональные нарушения зубочелюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?

В случаях, когда имеются разлитая боль и коллатеральный отёк тканей, необходимо выяснить следующие моменты.

■ Нет ли припухлости мягких тканей, инфильтратов или выделения гноя?

■ Не беспокоит ли общая слабость?

■ Не повышалась ли температура тела?

■ Не беспокоит ли озноб?

■ Как открывается рот?

■ Не затруднено ли глотание?

■ Принимал ли пациент какие-либо ЛС?

■ Купируется ли боль применяемыми ЛС (НПВС)?

Осмотр и физикальное обследование

Обследование пациента с острой зубной болью включает несколько этапов.

■ Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, смыкание зубов, окраска кожных покровов).

■ Осмотр полости рта.

□ Состояние зубов (кариозные зубы, гипоплазия эмали, клиновидный дефект, флюороз, повышенная стираемость эмали).

□ Состояние края десны (гиперемия, отёчность, кровоточивость, наличие зубодесневого кармана, свищевого хода и др.).

□ Состояние слизистой оболочки полости рта.

■ Пальпация мягких тканей и костей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.

■ Выявление специфических симптомов невралгии. Определение гиперестезии кожи лица.

Провоцирование приступа невралгии тройничного нерва путём надавливания на болевые точки (первая в подглазничной области, на 1 см ниже края глазницы по зрачковой линии, вторая на нижней челюсти, ниже 4-5 зубов, в проекции подбородочного отверстия).

Инструментальные исследования

На догоспитальном этапе не проводят.

Лечение

Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с острой зубной болью на догоспитальном этапе служит выявление больных с острым остеомиелитом и их срочная госпитализация. Для снятия острой зубной боли назначают НПВС.

Показания к госпитализации

Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38 °С и выше, ознобом, слабостью, коллатеральным отёком окружающих тканей, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная госпитализация в хирургический стоматологический стационар или отделение челюстно-лицевой хирургии.

Рекомендации для больных, оставленных дома

■ Пациентам с острым гнойным периоститом показано назначение НПВС для снятия боли и антибактериальных ЛС и рекомендация срочно обратиться к хирургу-стоматологу для получения амбулаторной помощи.

■ НПВС рекомендованы для снятия боли при остром пульпите и остром или обострившемся хроническом периодонтите с предупреждением пациента о необходимости дальнейшего амбулаторного лечения у стоматолога.

■ Рекомендовано применение НПВС для снятия боли при невралгии тройничного нерва с предупреждением пациента о необходимости дальнейшего амбулаторного лечения у стоматолога или невропатолога.

Часто встречающиеся ошибки

- Недостаточно полный сбор анамнеза.
- Неправильная оценка распространённости и тяжести воспалительного процесса.
- Неправильно проведённая дифференциальная диагностика, приводящая к ошибкам в постановке диагноза и тактике лечения.
- Назначение ЛС без учёта соматического состояния и применяемой пациентом лекарственной терапии.
- Необоснованное назначение антибактериальных ЛС и глюкокортикоидов.

Способ применения и дозы лекарственных средств

- *Диклофенак* назначают внутрь в дозе 25-50 мг (при болевом синдроме до 75 мг однократно) 2-3 раза в сутки. Максимальная суточная доза составляет 150 мг.
- *Ибупрофен* назначают внутрь в дозе 200-400 мг 3-4 раза в сутки. Максимальная суточная доза составляет 3 г.
- *Индометацин* назначают внутрь в дозе 25 мг 3-4 раза в сутки. Максимальная суточная доза составляет 200 мг.
- *Кетопрофен* назначают внутрь в дозе 30-50 мг 3-4 раза в сутки, ректально по 100 мг 2-3 раза в сутки, в/м по 100 мг 1-2 раза в сутки и в/в по 100-200 мг/сут. Максимальная суточная доза составляет 300 мг.
- *Кеторолак*: для купирования сильной боли первую дозу 10-30 мг вводят в/м, затем внутрь по 10 мг 4-6 раз в сутки. Максимальная суточная доза составляет 90 мг.
- *Лорноксикам* назначают внутрь, в/м и в/в в дозе 8 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза составляет 16 мг.
- *Парацетамол* назначают внутрь по 500 мг 4 раза в сутки. Максимальная суточная доза составляет 4 г.
- *Ревалгин** назначают внутрь в дозе 1-2 таблетки 2-3 раза в сутки. Максимальная суточная доза составляет 6 таблеток.

Кровотечение из лунки зуба

Кровотечение из лунки - это капиллярно-паренхиматозное кровотечение, которое происходит чаще после операции удаления зуба.

Этиология и патогенез

Причиной кровотечения из лунки зуба служит травматизация тканей, разрыв сосудов (зубной артерии, артериол и капилляров периодонта и десны) при проведении операций в челюстно-лицевой области, чаще удаления зубов или их травмы. Через несколько минут возникает свертывание крови в лунке и остановка кровотечения. Однако у некоторых пациентов наблюдают нарушение образования сгустка в лунке, что приводит к продолжительному кровотечению. Чаще это обусловлено значительным повреждением десны, альвеолы, слизистой оболочки полости рта, патологическими процессами в челюстно-лицевой области (травма, бактериальное воспаление), реже - наличием сопутствующих системных заболеваний у пациента (геморрагические диатезы, острый лейкоз, инфекционный гепатит, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.), приёмом ЛС, влияющих на гемостаз и снижающих свертывание крови (НПВС, антиагреганты, антикоагулянты, фибринолитические ЛС, оральные контрацептивы и др.). При длительном кровотечении ухудшается состояние пациента, появляется слабость, головокружение, бледность кожных покровов, акроцианоз, снижение АД и рефлекторное увеличение ЧСС.

Если пациенту вводили местноанестезирующее ЛС с эпинефрином, который оказывает сосудосуживающее действие, при снижении в тканях его концентрации сосуды расширяются и остановившееся кровотечение может возобновиться, т.е. может возникнуть раннее вторичное кровотечение. Позднее вторичное кровотечение возникает через несколько часов или дней.

Классификация

■ *Первичное кровотечение* - кровотечение не останавливается самостоятельно после проведённой операции.

■ *Вторичное кровотечение* - прекратившееся после операции кровотечение развивается снова через некоторое время.

Клиническая картина

Обычно луночковое кровотечение кратковременное и через 10—20 мин самостоятельно прекращается. Однако у ряда пациентов с сопутствующей соматической патологией могут развиваться длительные геморрагические осложнения сразу после операции или через некоторое время из-за вымывания или распада тромба.

Дифференциальная диагностика

При определении показаний к госпитализации пациента на догоспитальном этапе необходима дифференциальная диагностика кровотечения из лунки зуба со следующими заболеваниями.

■ *Кровотечение при сопутствующих системных заболеваниях* (геморрагические диатезы, острый лейкоз, инфекционный гепатит, артериальная гипертензия, сахарный диабет и другие болезни) или после приёма ЛС, влияющих на гемостаз и снижающих свертывание крови (НПВС, антиагреганты, антикоагулянты, фибринолитические ЛС, оральные контрацептивы и другие ЛС), что требует срочной госпитализации и оказания помощи в профильном стационаре.

■ *Кровотечение, обусловленное травмой десны, альвеолы, слизистой оболочки полости рта, патологическими процессами в челюстно-лицевой области* (травма, воспаление), которое может быть остановлено в домашних условиях или врачом на амбулаторном хирургическом стоматологическом приёме.

Советы позвонившему

■ Определить АД.

□ При нормальном АД следует наложить стерильный марлевый тампон на область кровотечения.

□ При повышенном АД необходимо принять гипотензивные ЛС.

■ Не рекомендовано принимать горячую пищу и питье, полоскать полость рта.

Действия на вызове

Диагностика

Обязательные вопросы

■ Каково общее состояние пациента?

■ Чем вызвано кровотечение?

■ Когда возникло кровотечение?

■ Не полоскал ли пациент рот?

- Не принимал ли больной пищу после оперативного вмешательства?
- Какое АД у пациента?
- Как обычно останавливается кровотечение при повреждении тканей (порезах и других травмах) у больного?
- Нет ли повышения температуры тела или озноба?
- Как больной пытался остановить кровотечение?
- Какие у пациента имеются сопутствующие заболевания?
- Какие ЛС принимает пациент?

Осмотр и физикальное обследование

- Внешний осмотр больного.
- Осмотр полости рта.
- Определение частоты пульса.

Инструментальные исследования

Измерение АД. Лечение

Показания к госпитализации

При упорном обильном кровотечении, которое не удаётся остановить в амбулаторных условиях, необходима госпитализация пациента в стационар хирургической стоматологии. При наличии в анамнезе пациента заболевания крови после оказания стоматологической помощи необходима госпитализация в гематологическое отделение.

Рекомендации для оставленных дома больных

■ Если кровотечение обусловлено травмой десны, альвеолы, слизистой оболочки полости рта, патологическими процессами в челюстно-лицевой области (травма, воспаление), после остановки кровотечения рекомендовано в течение дня не принимать горячую пищу и питье.

■ Для улучшения свёртывания крови можно назначить *этамзилат*, *кальция хлорид*, *кальция глюконат*, *аминокапроновую кислоту*, *аминометилбензойную кислоту*,

аскорбиновую кислоту, менадиона натрия бисульфит, аскорутин. При повышенном АД необходимо провести гипотензивную терапию.

■ Для ускорения заживления раны рекомендовано использование *НПВС* и *стимуляторов регенерации* под контролем врача-стоматолога.

Часто встречающиеся ошибки

■ Недостаточно полный сбор анамнеза.

■ Неправильно проведённая дифференциальная диагностика, приводящая к ошибкам в постановке диагноза и тактике лечения.

■ Назначение ЛС без учёта соматического состояния и применяемой пациентом лекарственной терапии.

Способ применения и дозы лекарственных средств

■ *Этамзилат* назначают внутрь в дозе 250-500 мг/сут в 3-4 приёма, в/м и в/в по 125-250 мг/сут.

■ *Кальция хлорид* назначают внутрь по 10-15 мл 5—10% р-ра, в/в капельно в дозе 5-15 мл 10% р-ра, разведённой в 100-200 мл 0,9% р-ра хлорида натрия.

■ *Кальция глюконат* показан внутрь в дозе 1 г 2-3 раза в сутки, в/м и в/в по 5-10 мл 10% р-ра в сутки.

■ *Аминокaproновую кислоту* назначают внутрь в дозе 2-3 г 3-5 раз в сутки; в/в капельно в течение 1 ч вводят 4-5 г в 250 мл 0,9% р-ра хлорида натрия.

■ *Аминометилбензойную кислоту* назначают внутрь в дозе 100-200 мг 3-4 раза в сутки, местно в виде губки.

■ *Аскорбиновая кислота* показана внутрь в дозе 50-100 мг 1-2 раза в сутки, в/м и в/в по 1-5 мл 5-10% р-ра.

■ *Аскорбиновую кислоту + рутозид (аскорутин*)* назначают внутрь по 1 таблетке 2-3 раза в сутки.

Клиническая фармакология лекарственных средств

■ *При любом кровотечении* необходимо установить его причину. Если кровотечение обусловлено *местными причинами*, следует промыть лунку раствором перекиси водорода, высушить марлевым тампоном и провести тугую тампонаду марлей, пропитанной кровоостанавливающим ЛС (тромбином и др.) или турундой с йодоформом* или йодио-лом*.

■ При позднем вторичном кровотечении лунку промывают раствором антисептического ЛС, высушивают и заполняют турундой с кровоостанавливающим ЛС и антисептиком. Тампонада может замедлить заживление, поэтому тампон не должен длительно находиться в лунке. Для повышения свертывания крови можно назначить *этамзилат, кальция хлорид, кальция глюконат, аминокaproновую кислоту, амбен**, аскорбиновую кислоту, менадиона натрия бисульфит, аскорутин. При повышенном АД необходимо провести гипотензивную терапию.

ПБ. ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕД. ПОМОЩИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ряд *соматических заболеваний* пациента существенно влияет на исход хирургического лечения, решение вопроса о месте лечения и диспансерного наблюдения. Хирургическое вмешательство, в свою очередь, может спровоцировать обострение того или иного заболевания, вплоть до терминальных состояний. В таких ситуациях любой медицинский работник должен оказать первую доврачебную помощь до приезда бригады «скорой помощи», а лечащий стоматолог обязан еще до лечения провести консультацию с соответствующими специалистами о необходимой премедикации.

1. Синдром внезапного прекращения кровообращения (клиническая смерть)

Признаки. Отсутствие сознания, прекращение дыхания, отсутствие пульса на сонной артерии, расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет.

Неотложная помощь

1. Вызвать бригаду «скорой помощи».
2. Привести кресло в положение лежа или уложить пациента на пол.
3. Расстегнуть стесняющую одежду, под лопатки положить валик.
4. Осуществить непрямой массаж сердца в сочетании с ИВЛ.
5. Проводить реанимационный комплекс в течение 30 мин.

Профилактика

1. Тщательно собирать анамнез.
2. Успокоить пациента.
3. Провести соответствующую премедикацию.
4. Избегать болезненности при манипуляциях.
5. Следить за общим состоянием пациента в течение проведения манипуляций.

2. Синдром острой боли в сердце - стенокардия

Признаки. Сжимающая боль, чувство страха, иррадиация боли в левую лопатку, руку, шею, боль длится до 10 мин, полный эффект от приема нитроглицерина.

Неотложная помощь

1. 1-2 таблетки нитроглицерина сублингвально (можно до 3 раз).
2. Обеспечить приток свежего воздуха.
3. При отсутствии эффекта на нитроглицерин ввести в/в медленно 2-4 мл 50% анальгина с 10 мл физраствора.
4. В более тяжелых случаях действовать, как при инфаркте миокарда.

Профилактика

1. Тщательно собирать анамнез.
2. Успокоить пациента.
3. Провести соответствующую премедикацию.
4. Избегать болезненности при манипуляциях.
5. Следить за общим состоянием пациента в течение проведения манипуляций.
6. Наблюдать за пациентом в течение 30 мин после манипуляций.

3. Обморок

Признаки. Резкое побледнение кожных покровов и слизистых, цианоз губ, частичное или полное нарушение сознания, слабость, падение АД.

Тактика

1. Если пациент в сознании, помочь ему сделать несколько наклонов туловища к ногам (прямо сидя в кресле) для улучшения мозгового кровообращения.
2. Протереть область висков ватным шариком, смоченным раствором аммиака, а также дать понюхать пары аммиака, держа ватку на расстоянии 7-10 см от носа.
3. Дать таблетку валидола сублингвально.
4. Не возобновлять выполнение манипуляций до улучшения состояния пациента.

Профилактика

1. Создать в кабинете спокойную обстановку.
2. Избегать болезненности при манипуляциях.
3. Не допускать, чтобы пациент видел окровавленный инструмент или перевязочный материал.
4. Предупреждать пациента об уколе или начале своих действий.

4. Астматическое состояние (приступ бронхиальной астмы)

Признаки. Приступ удушья с громкими сухими хрипами, чувство сдавления за грудиной, зуд в носоглотке, нарастание дыхательной недостаточности, потеря сознания.

Неотложная помощь

1. Прекратить контакт с аллергеном. Вызвать бригаду «скорой помощи».
2. Расстегнуть одежду, открыть окна, двери.
3. Ввести в/в 10 мл 2,4% раствора эуфиллина.
4. Ввести 60-90 мг преднизолон в/м.

Профилактика

1. Тщательно собирать аллергоanamнез.
2. Проводить премедикацию после консультации с соответствующим специалистом.

5. Отек Квинке

Признаки. Лающий кашель, осиплость голоса, нарастающий отек слизистой, языка, цианоз, сменяющаяся бледность.

Тактика

1. Вызвать бригаду «скорой помощи».
2. Кресло установить в положении лежа, голову пациента слегка запрокинуть.
3. Ввести: адреналин 0,1% раствор 0,3-0,5 мл п/к; димедрол 5% раствор 2 мл в/м; преднизолон 60-90 мг в/м или в/в; лазикс 2-4 мл 1% раствор в/в струйно в изотоническом растворе.
4. При нарастающем удушье провести пункцию трахеи (6-8 иглами Дюфо или иглами для в/в вливаний).

Профилактика

1. Тщательно собирать аллергоанамнез.
2. Проводить премедикацию после консультации с соответствующим специалистом.
3. Все лекарственные препараты вводить медленно.

5. Пароксизмальная мерцательная аритмия

Признаки. Сердцебиение, ощущение «перебоев в сердце», ощущение стеснения в груди, головокружение, слабость, двигательное беспокойство, кратковременная потеря памяти, тахикардия.

Тактика

1. Вызвать бригаду «скорой помощи».
2. Обеспечить покой.
3. Таблетка нозепама (элениума, седуксена).
4. Новокаиномид 10% раствор 5 мл в/м.
5. Измерить АД, при снижении ниже 100 мм рт. ст. — мезатон 1% 1 мл в/м.
6. Изоптин (верапамил) 0,245% 2-4 мл в/в струйно.

Профилактика

1. Тщательно собирать аллергоанамнез.
2. Проводить премедикацию после консультации с соответствующим специалистом.
3. Следить за состоянием пациента во время проведения манипуляций.

6. Инфаркт миокарда

Признаки. Интенсивная давящая жгучая боль в покое или после эмоциональной нагрузки, длящаяся более 10 мин, иррадирующая в левую руку, живот, нижнюю челюсть. Нитроглицерин боль не купирует, аритмия, снижение АД, акроцианоз

Тактика

1. Вызвать бригаду «скорой помощи».
2. Создать полный физический и психический покой.
3. Нитроглицерин 0,5 мг каждые 3 мин под язык.
4. Срочно купировать боль наркотическими и ненаркотическими анальгетиками (фентанил, дроперидол).
5. Лидокаин 1 мл 2% раствор в/в.

Профилактика

1. Создать в кабинете спокойную обстановку.
2. Избегать болезненности при манипуляциях.
3. Не допускать, чтобы пациент видел окровавленный инструмент или перевязочный материал.
4. Предупреждать пациента об уколе или начале своих действий.
5. Проводить премедикацию.
6. Тщательно собирать анамнез. Если после инфаркта прошло менее 6 месяцев, нельзя проводить манипуляцию амбулаторно.
7. Уменьшить дозу адреналина или полностью его исключить при обезболивании.
8. Наблюдать за пациентом во время манипуляции и после в течение 40 мин.

7. Гипертонический криз

Признаки. Внезапное начало, головная боль, тошнота, возбуждение, бледность, увеличение систолического АД более 200 мм рт.ст., дрожь, брадикардия и др.

Тактика

1. Нифедипин 10 мл под язык.
2. Обзидан в/в струйно 5 мг в 10-15 мл изотонического раствора.
3. Лазикс 40-8 — мг в/в.
4. Седуксен, реланиум.

Профилактика

1. Тщательно собирать анамнез.
2. При частых ГК проводить консультацию с терапевтом о премедикации.
3. Не применять адреналин для анестезии.
4. Проводить психологическую подготовку пациента.

8. Судорожный синдром при эпилепсии

Признаки. Потеря сознания, судорожные сокращения мышц, чувствительно-двигательные нарушения, галлюцинации, чувство страха и др.

Неотложная помощь

1. Привести кресло в положение лежа.
2. Под лопатки подложить валик, освободить от стесняющей одежды, голову повернуть набок.
3. Выдвинуть нижнюю челюсть, ввести шпатель между зубами, обернутый полотенцем, зафиксировать язык.
4. Ввести реланиум 0,5% раствор 2 мл в/в струйно; магния сульфат 25% раствор 10 мл в/м; дроперидол 0,25% 2 мл; преднизолон 30-60 мг в/в или в/м.

Профилактика

1. Тщательно собирать аллергоанамнез.
2. Проводить премедикацию после консультации с соответствующим специалистом.
3. Избегать болезненных манипуляций.
4. О начале манипуляций предупреждать пациента.

9. Гипергликемическая кома

Признаки. Чувство голода, тремор, головная боль, тошнота, жажда, медленно нарастает коматозное состояние, сознание заторможено, запах ацетона изо рта, тонус мышц снижен.

Тактика. Экстренная госпитализация! Инсулин на доврачебном этапе не вводить!

Профилактика

1. Из анамнеза выяснить о принятии препаратов инсулина.
2. Провести консультацию с эндокринологом о премедикации и о возможности приема пациента в условиях поликлиники.

10. Гипогликемическая кома

Признаки. Головная боль, чувство голода, тремор, быстрая потеря сознания, кожа влажная, тонус мышц повышен, запаха ацетона изо рта нет.

Тактика

1. В период предвестников дать съесть кусочек сахара, варенья или меда.
2. В коме — 40% глюкозу 2-40 мл в/в струйно.
3. Преднизолон в/м 3-6 мг.

Профилактика

1. Тщательно собрать анамнез.
2. Провести консультацию с эндокринологом о премедикации и месте лечения.

11. Угроза выкидыша или преждевременные роды

Признаки. Головокружение, схваткообразная боль внизу живота, беспокойство, жалобы на выделения, может быть вздутие живота.

Тактика. Срочная госпитализация в гинекологическое отделение в положении полулежа, пузырь со льдом на низ живота.

Профилактика. В первый и последний триместры беременности избегать хирургических вмешательств. В случае экстренной необходимости провести медикаментозную и психологическую подготовку пациентки после консультации с гинекологом. Избегать болезненности при манипуляциях.

12. Кровотечение при геморрагических диатезах

Признаки. Образование кровоизлияний после инъекций, длительное кровотечение после хирургических вмешательств.

Тактика

1. Срочно транспортировать пациента в стационар.
2. Ввести в/в капельно плазму, сыворотку и другие кровезаменители.
3. Рану затампонировать фибриновой гибкой, тромбином.
4. Ввести в/в 10 % кальция хлорид 10 мл медленно.
- 5.

Профилактика

1. Тщательно собирать анамнез.
2. Хирургическое лечение должно проводиться в стационаре.

13. Острая дыхательная недостаточность.

Наиболее часто ОДН (асфиксия) встречается в результате нарушения внешнего дыхания. Причиной асфиксии могут быть механические препятствия доступа воздуха в дыхательные пути, при сдавлении их извне или значительном их сужении опухолью, при воспалительном, аллергическом отеках, западении языка, спазмах голосовой щели, мелких бронхов и т. д. Частой причиной асфиксии может стать закрытие просвета дыхательных путей в результате аспирации крови, рвотных масс, попадания различных инородных тел. При травме челюстно-лицевой области это наблюдается в 5% случаев. По механизму возникновения Г.М. Иващенко различает следующие виды травматической асфиксии (ОДН).

1. *Дислокационная* - вызванная смещением поврежденных органов (нижней челюсти, языка, гортани и языка).
2. *Обтурационная* - вследствие закрытия верхнего отдела дыхательного пути инородным телом.
3. *Стенотическая* - сужение просвета дыхательного пути в результате кровоизлияния, отека слизистой оболочки.
4. *Клапанная* - за счет образования клапана из лоскутов поврежденного мягкого нёба.
5. *Аспирационная* - от попадания в дыхательные пути крови, слизи, рвотных масс.

На поликлиническом приеме больных врачу-стоматологу наиболее часто приходится встречаться со *стенотической* (при воспалительном, аллергическом отеках) и *обтурационной* (при попадании в дыхательные пути откусного материала, марлевого шарика, зуба) формами асфиксии.

Признаки. Клиницистам известно, что при быстро, остро протекающей асфиксии дыхание становится учащенным и затем останавливается, быстро развиваются судороги, зрачки расширяются. Лицо синюшное или бледное, кожные покровы приобретают серую окраску, губы и ногти цианотичны. Пульс замедляется или учащается. Сердечная деятельность быстро падает. Кровь приобретает темную окраску. Возбуждение сменяется потерей сознания. В этой ситуации действия медицинского персонала должны быть четкими и быстрыми.

Тактика.



При *стенотической* асфиксии проводится патогенетическое лечение (вскрытие флегмоны, рассечение тканей с целью удаления гематомы, тавегила 0,1% — 2 мл или димедрол 1% — 2-3 мл в/м), коникотомия. После восстановления дыхания выполняется трахеотомия, госпитализация.

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

Клинические проявления. Типичная форма. У больного остро возникает состояние дискомфорта с неопределенными тягостными ощущениями. Появляется страх смерти или состояние внутреннего беспокойства, проявляющееся иногда ажитацией. Наблюдается тошнота, иногда рвота, кашель. Больные жалуются на резкую слабость, ощущение покалывания и зуда кожи лица, рук, головы; ощущение прилива крови к голове, лицу, чувство тяжести за грудиной или сдавления грудной клетки; появление болей в области сердца, затруднение дыхания или невозможность сделать вдох, головокружение или головная боль резкой интенсивности. Расстройство сознания нарушает речевой контакт с больным. Жалобы возникают непосредственно после приема лекарственного препарата.

Объективно: гиперемия кожных покровов или бледность и цианоз, различные экзантемы, отек век или лица, обильная потливость. У большинства больных развиваются клинические судороги конечностей, а иногда развернутые судорожные припадки, двигательное беспокойство, непроизвольное выделение мочи, кала и газов. Зрачки расширяются и не реагируют на свет. Пульс частый, нитевидный на периферических сосудах, тахикардия, аритмия. АД снижается быстро, в тяжелых случаях диастолическое давление не определяется. Появляется одышка, затрудненное дыхание. В последующем развивается клиническая картина отека легких.

Для *типичной формы* лекарственного шока (ЛАШ) характерно нарушение сознания, кровообращения, функции дыхания и ЦНС

Гемодинамический вариант. На первое место выступают симптомы нарушения сердечно-сосудистой деятельности: сильные боли в области сердца, слабость пульса или его исчезновение, нарушения ритма сердца, значительное снижение АД, глухость тонов сердца. Наблюдается бледность или генерализованная «пылающая» гиперемия, мраморность кожных покровов. Признаки декомпенсации внешнего дыхания и ЦНС выражены значительно меньше.

Асфиксический вариант. В клинической картине преобладает острая дыхательная недостаточность, которая может быть обусловлена отеком слизистой оболочки гортани с частичным или полным закрытием ее просвета, бронхоспазмом разной степени вплоть до полной непроходимости бронхиол, интерстициальным или альвеолярным отеком легкого. У всех больных существенно нарушается газообмен. В начальном периоде или при легком благоприятном течении этого варианта шока признаков декомпенсации гемодинамики и функции ЦНС обычно не бывает, но они могут присоединиться вторично при затяжном течении шока.

Церебральный вариант. Преимущественные изменения ЦНС с симптомами психомоторного возбуждения страха, нарушения сознания, судорог, дыхательной аритмии. В тяжелых случаях возникают симптомы набухания и отека головного мозга, эпилептический статус с последующей остановкой дыхания и сердца. Возможно возникновение симптомов, характерных для нарушения мозгового кровообращения (внезапная потеря сознания, судороги, ригидность мышц затылка, симптом Кернига).

Абдоминальный вариант. Характерно появление симптомов острого живота: резкие боли в эпигастральной области, признаки раздражения брюшины. Также возможно неглубокое расстройство сознания при незначительном снижении АД, отсутствии выраженного бронхоспазма и дыхательной недостаточности. Судорожные симптомы наблюдаются редко.

Типы клинического течения ЛАШ

Раннее проявление клиники ЛАШ свидетельствует о его *тяжелой форме*.

Острое злокачественное течение: острое начало с быстрым падением АД (диастолическое часто понижается до 0), нарушением сознания и нарастанием симптомов дыхательной недостаточности с бронхоспазмом. Симптоматика шока при этом типе течения резистентна к интенсивной противошоковой терапии и прогрессирует с развитием тяжелого отека легких, стойкого снижения АД и глубокого коматозного состояния.

Острое доброкачественное течение ЛАШ: для этого типа течения ЛАШ характерен благоприятный исход при правильной своевременной диагностике шока и экстренном полноценном лечении.

Затяжное течение ЛАШ: развивается стремительно с типичными клиническими симптомами, но противошоковая терапия дает временный и частичный эффект. Развиваются вторичные осложнения со стороны жизненно важных органов.

Рецидивирующее течение ЛАШ: характеризуется возникновением повторного шокового состояния после первоначального купирования его симптомов.

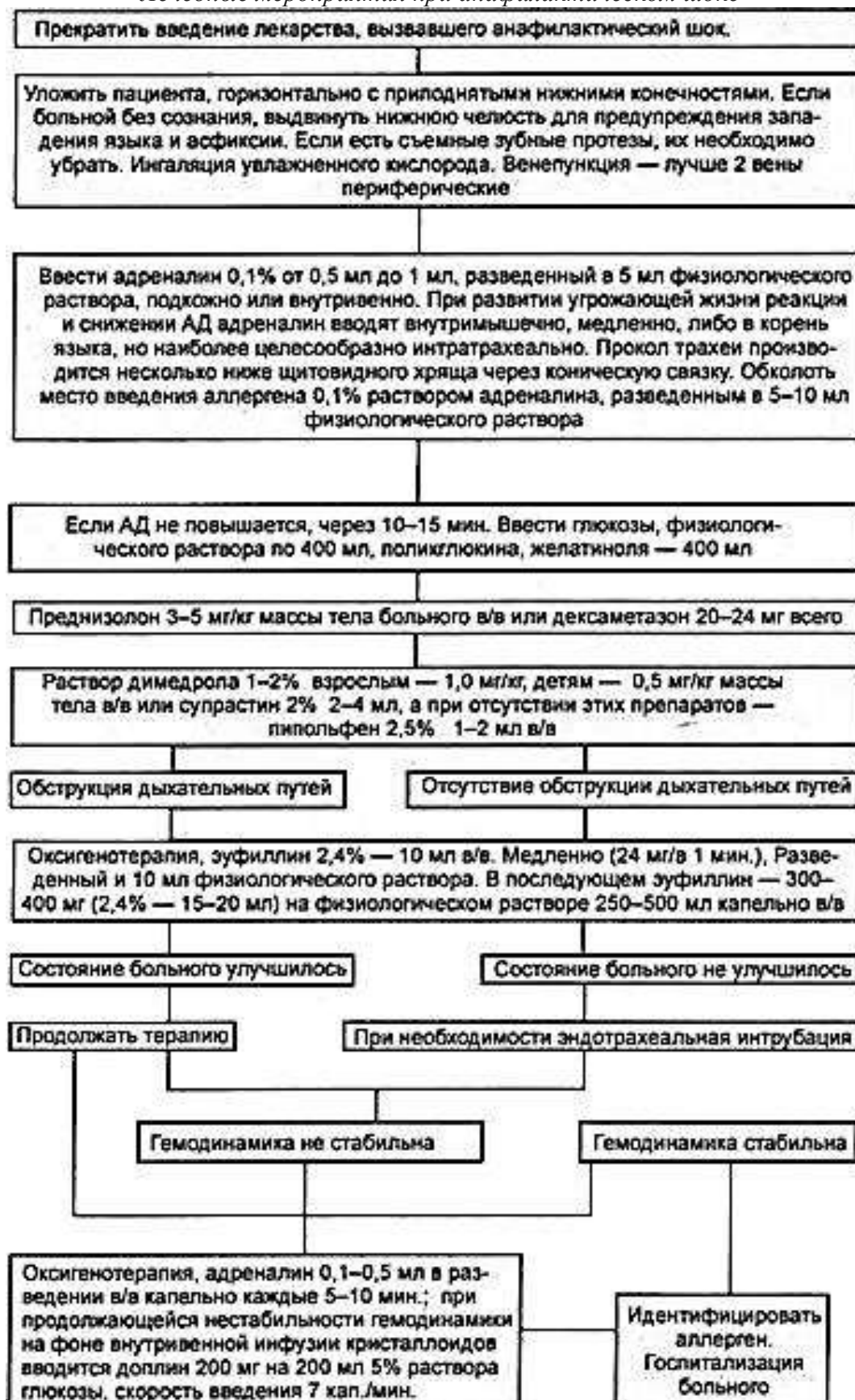
Абортивное течение ЛАШ: шок быстро проходит и легко купируется, часто без применения каких-либо лекарств

Лечение лекарственного анафилактического шока

Принципы лечения:

1. Купирование острых нарушений функции кровообращения и дыхания.
2. Компенсация возникшей адренокортикальной недостаточности.
3. Нейтрализация и ингибция в крови биологически активных веществ реакции антиген—антитело.
4. Блокирование поступления лекарства-аллергена в кровоток.
5. Поддержание жизненно важных функций организма или реанимация при тяжелом состоянии или клинической смерти.

Лечебные мероприятия при анафилактическом шоке



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология, М., 2011
2. Кибкало А.П. Познай своё лицо, Волгоград, 2006
3. Полякова В.В. Местное лечение гнойных ран лица и шеи, Смоленск, 2004
4. Ивасенко П.И., Вагнер В.Д., Митина Е.А., Вагнер В.Л. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике, Омск, 1999
5. Забелин А.С. Одонтогенный медиастинит, М., 2008
6. Козырев О.А., Вишневский С.Е. Основы неотложной помощи, Смоленск, 2006
7. Тимофеев А.А. Руководство по ЧЛХ в хирургической стоматологии, Киев, 2002
8. Васильев А.Ю., Лежнев Д.А. Лучевая диагностика повреждений ЧЛЮ, М., 2010
9. Кулаков А.А (ред.) Хирургическая стоматология и ЧЛХ, М., 2010
10. Лукьяненко А.В. Ранения лица, М., Н. Новгород, 2003
11. <http://mirznanii.com/a/154283/vidy-stomatologicheskoy-pomoshchi>
12. <http://www.studfiles.ru/preview/1563157/page:14/>
13. <http://medbe.ru/materials/diagnostika-i-obsledovanie-v-stomatologii/taktika-vracha-stomatologa-pri-neotlozhnykh-sostoyaniyakh-u-khirurgicheskogo-patsienta/>