

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	5
Список сокращений и условных обозначений	6
Введение	7
Глава 1. Обморок (синкопальные состояния) и коллапс.	10
Глава 2. Судорожный (эпилептический) синдром	18
Глава 3. Гипертонический криз	23
Глава 4. Неотложная помощь при ангинозном приступе.	30
Глава 5. Тяжелое обострение бронхиальной астмы	36
Глава 6. Неотложные состояния при сахарном диабете	44
Глава 7. Токсическое действие местных анестетиков	52
Глава 8. Системные аллергические реакции	59
Глава 9. Асфиксия. Инородное тело в дыхательных путях	82
Глава 10. Сердечно-легочная реанимация у взрослых и детей.	97
Приложения.	114
Приложение 1. Дозирование препаратов.	114
Приложение 2. Способы введения лекарственных препаратов при неотложных состояниях	116
Приложение 3. Оформление медицинской документации при неотложных состояниях в амбулаторной стоматологии	129
Приложение 4. Законодательные акты Российской Федерации, регламентирующие вопросы смерти, первой помощи и сердечно-легочной реанимации.	131
Список рекомендуемой литературы.	135

Глава 1

ОБМОРОК (СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ) И КОЛЛАПС

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Обморок (синкопе) — внезапно возникающая кратковременная утрата сознания с нарушением постурального тонуса, ослаблением деятельности сердечной и дыхательной системы. Обморок считают легкой формой острой сосудистой мозговой недостаточности, он обусловлен преходящей ишемией головного мозга.

Коллапс — остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся снижением сосудистого тонуса и относительным уменьшением объема циркулирующей крови.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) данные состояния кодируют следующим образом:

▶ R55 Обморок (синкопе) и коллапс.

В настоящее время в опубликованных данных можно встретить различные классификации синкопальных состояний в зависимости от причины их возникновения.

▶ Неурогенный обморок:

- вазовагальный, вызванный эмоциональным стрессом (страхом, болью, инструментальным вмешательством, контактом с кровью);
- ортостатический;
- ситуационный (кашлевой, при мочеиспускании и дефекации, смехе, нагрузке, приеме пищи);
- синдром каротидного синуса.

▶ Обморок, связанный с ортостатической гипотонией:

- первичная вегетативная недостаточность (болезнь Паркинсона, болезнь Леви);
- вторичная вегетативная недостаточность (алкоголь, лекарственная ортостатическая гипотония — диуретики, местные анестетики, антидепрессанты).

- ▶ Кардиогенный обморок — аритмогенный (брадикардия, тахикардия, острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии и др.).

В стоматологической практике обморок чаще всего возникает в результате психоэмоционального напряжения (волнение, страх, переутомление, болезненность манипуляций, длительное пребывание в душном помещении) или как результат ортостатической гипотензии.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

Можно выделить следующие патофизиологические механизмы, лежащие в основе синкопальных состояний.

- ▶ Снижение церебрального метаболизма в результате недостаточной доставки кислорода (O_2) в головной мозг. Известны следующие нарушения, которые уменьшают приток крови и приводят к снижению доставки кислорода к головному мозгу:
 - расширение периферических артериол;
 - ортостатическая гипотензия (рис. 1.1);
 - снижение сердечного выброса;
 - спазм сосудов головного мозга вследствие снижения концентрации углекислого газа (CO_2) на фоне гипервентиляции;
 - окклюзия или обструкция артерий головного мозга;
 - угрожающие жизни аритмии.
- ▶ Снижение церебрального метаболизма в результате системного или локального метаболического дефицита. Наиболее распространенным неотложным состоянием, сопровождающимся утратой сознания и реализующимся посредством этого патофизиологического механизма, служит гипогликемия.
- ▶ Прямое повреждение участков центральной нервной системы (ЦНС), ответственных за управление сознанием. Например, острое нарушение мозгового кровообращения.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Степень выраженности обморочного состояния может быть различной. Условно в клинической картине обморока выделяют три стадии.

- ▶ Предобморочное состояние — дискомфорт, ощущение дурноты, головокружение, шум в ушах, нехватка воздуха, тошнота, зевота, усиление перистальтики кишечника. Продолжительность этого периода составляет от 2 до 5 мин.

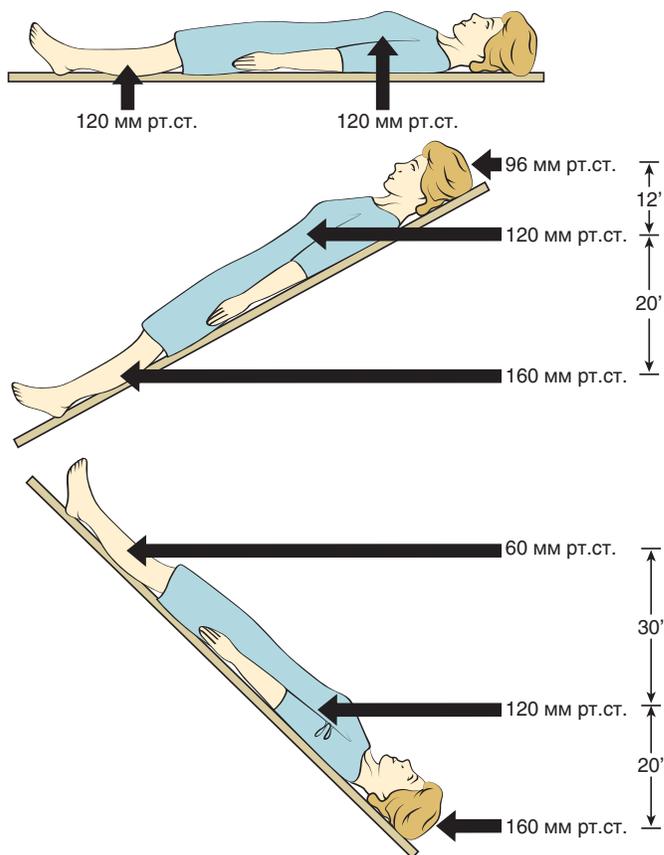


Рис. 1.1. Влияние положения тела на уровень артериального давления (из Malamed S. «Medical emergencies in the dental office seventh edition», 2015)

- ▶ Собственно обморок — потеря сознания, сопровождается бледностью кожного покрова, снижением мышечного тонуса. Дыхание поверхностное, брадипноэ. Пульс лабильный, чаще брадикардия до 40–50/мин. Артериальное давление (АД) нормальное или несколько снижено. Возможно присоединение к картине обморока судорожного синдрома. Этот период длится несколько десятков секунд.
- ▶ Послеобморочный период — восстанавливается сознание, сохраняется бледность кожного покрова, общая слабость, тошнота, неприятное ощущение в животе, дыхание учащенное, пульс частый, АД нормальное или несколько снижено с тенденцией к стабилизации.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Тяжелые обморочные приступы, сопровождаемые судорогами, необходимо отличать от эпилепсии: после обморока (в отличие от эпилепсии) редко наблюдают сонливость, не развивается амнезия.

Состояние, близкое к обмороку, наблюдают при гипогликемии. Характерно преобладание парасимпатических симптомов, потливость, бледность кожи, снижение АД. О состоянии гипогликемии следует подумать в том случае, если:

- ▶ приступу предшествовал большой перерыв в приеме пищи, например в утренние часы;
- ▶ приступ развился после интенсивной физической нагрузки либо эмоционального напряжения.

Диагноз гипогликемического состояния подтверждают при обнаружении снижения уровня глюкозы в крови.

В повседневной практике наиболее актуально отличать обморок от эпилептического и истерического припадков (табл. 1.1).

МЕРОПРИЯТИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

- ▶ Прекратить манипуляции и введение всех лекарственных препаратов (например, проведение местной анестезии).
- ▶ Убрать из полости рта все инструменты и материал, которые пациент может аспирировать.
- ▶ Придать пациенту горизонтальное положение с возвышенным ножным концом (рис. 1.2). Беременным придать положение на левом боку или с подложенным под правую ягодицу валиком (подушечкой).



Рис. 1.2. Положение пациента с возвышенным ножным концом

Таблица 1.1. Дифференциальная диагностика обморока, эпилептического и истерического припадков

Признаки	Эпилептический припадок	Обморок	Истерический припадок
Предвестники	Аура зрительная, обонятельная, слуховая, вкусовая и др.	Потемнение в глазах, онемение пальцев рук и ног, резкая слабость и шум в голове	Нет
Судороги	Обычно тонико-клонические с адверсивным спазмом	Редки, преимущественно тонические	В демонстративных случаях вычурные движения конечностей
Прикусывание языка	Типично	Не характерно	Не характерно
Непроизвольное мочеиспускание	Часто	Нет	Не характерно
АД	Нормальное или повышенное	Нормальное или снижено	Нормальное или слегка повышенное
Пульс	Напряженный	Малый, аритмия	Учащенный
Время наступления	Любое время суток	Любое время суток	Обычно только в присутствии посторонних лиц
Вокализация в начале приступа	Характерна	Не характерна	Не характерна
Сонливость (или сон) после приступа	Часто	Редко	Нет
Длительность приступа	2–5 мин, иногда дольше	От нескольких секунд до нескольких минут	Варьирует
Вегетативные реакции	При больших припадках — гиперемия, синюшность лица	Бледность, холодный пот	Внешне не выражены
Зрачковые реакции	Отсутствуют	Отсутствуют	Сохранены
Анамнестические сведения	Наличие припадков в анамнезе	Плохая переносимость ортостатических нагрузок, душевного помешения, хронический болевой синдром, страх перед медицинскими процедурами	Специфические (истерические) изменения личности