

**Алгоритмы оказания
помощи при
неотложных
состояниях в условиях
амбулаторного
стоматологического
приёма**



Министерство здравоохранения Московской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области
Московский областной научно-исследовательский клинический
институт им. М.Ф. Владимирского

Факультет усовершенствования врачей
Кафедра хирургической стоматологии и имплантологии

«УТВЕРЖДАЮ»

Заместитель директора

ГБУЗ МО «МОНИКИ» им. М.Ф. Владимирского

Декан ФУВ _____ О.Ю. Александрова

____ от ____ 2020г.



**Алгоритмы оказания помощи при неотложных
состояниях в условиях амбулаторного
стоматологического приёма**

Учебное пособие

АВТОРЫ:

Амхадова М.А. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Лосев Ф.Ф. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Ризаев Ж.А. - д.м.н., профессор, ректор Самаркандского государственного медицинского института.

Егоров В.И. - д.м.н., профессор, заведующий отделом головы и шеи, заведующий кафедрой оториноларингологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Заводиленко Л.А. – к.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог, ассистент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Жаналина Б.С. – д.м.н., профессор, профессор кафедры стоматология интернатуры и послевузовского образования ЗКМУ имени Марата Оспанова.

Бекжанова О.Е. - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии Ташкентского стоматологического института

Боговская А.А.- заместитель декана ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Амхадов И.С. - ассистент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Гергиева Т.Ф. – ассистент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Абдурахманова М.Ш. – ассистент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Атаманчук А.А. – ассистент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Смирнов А.Д. – лаборант кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Текст пособия подготовлен в соответствии с Клиническими рекомендациями по скорой медицинской помощи Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

В учебном пособии изложены сведения о патогенезе, клинике, диагностике и алгоритме оказания помощи при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме.

Пособие предназначено для студентов стоматологических факультетов, врачей-стоматологов различных специальностей, клинических ординаторов и аспирантов, практикующих на амбулаторном стоматологическом приеме.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Олесов Е.Е. – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой клинической стоматологии и имплантологии Института повышения квалификации ФМБА России.

Синкин А.М. – д.м.н., руководитель отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».

Министерство здравоохранения Московской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области
Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Факультет усовершенствования врачей
Кафедра хирургической стоматологии и имплантологии

**Алгоритмы оказания помощи при неотложных
состояниях в условиях амбулаторного
стоматологического приёма**

Учебно-методическое пособие

Москва – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
Необходимое оснащение и оборудование.....	8
Алгоритм действия врача-стоматолога при анафилактическом шоке	11
Алгоритм действия врача-стоматолога при обмороке (синкопе).....	14
Алгоритм действия врача-стоматолога при генерализованном судорожном синдроме	16
Алгоритм действия врача-стоматолога при токсическом действии местного анестетика.....	17
Алгоритм действия врача-стоматолога при остром коронарном синдроме (приступ стенокардии, острый инфаркт миокарда).....	21
Алгоритм действия врача-стоматолога при клинической смерти.....	22
Алгоритм действия врача-стоматолога при обтурации верхних дыхательных путей	24
Алгоритм действия врача-стоматолога при обструкции дыхательных путей	26
ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ.....	27
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	29

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.

АД –	артериальное давление
ЧДД –	частота дыхательных движений
ЧСС –	частота сердечных сокращений
СМП –	скорая бригада медицинской помощи
в/в –	внутривенное введение
в/м –	внутримышечное введение
СЛР –	сердечно-лёгочная реанимация
п/к –	подкожная инъекция

ВВЕДЕНИЕ.

Неотложные состояния на амбулаторном стоматологическом приеме остаются актуальной темой в современной стоматологии.

Под неотложной помощью подразумевают такой вид экстренной медицинской помощи, которая оказывается пациентам при возникновении симптомов, угрожающих жизни больного или при резком ухудшении состояния здоровья.

Сложность проблемы связана с рядом специфических особенностей амбулаторного приема больных, во время которого могут возникать неотложные состояния различной степени тяжести: от обморока до анафилактического шока и остановки сердца. Этому способствует множество факторов: - высокий процент пациентов с наличием сопутствующей соматической патологии,

- высокая степень аллергизации населения.

- повышенное психо-эмоциональное напряжение на фоне стоматологического приёма,

- анатомические особенности иннервации и кровообращения челюстно-лицевой области, требующей адекватного анестезиологического обеспечения. Отличительной особенностью неотложной и скорой стоматологической помощи является то, что она не может ограничиваться только оказанием первой врачебной помощи и должна содержать элементы квалифицированной или специализированной врачебной помощи, особенно при состояниях, угрожающих жизни, или при резком ухудшении состояния здоровья.

Врачи стоматологи обязаны проводить точную диагностику наиболее часто встречающихся неотложных состояний и уметь оказывать необходимый объем экстренной помощи до приезда оперативной бригады, тем самым предотвратить развитие осложнений и подготовить пациента к дальнейшей транспортировке в стационарное отделение.

В учебном пособии подробно описываются протоколы необходимых действий врача стоматолога при возникновении различных неотложных состояний. В каждой теме пособия отражён полный алгоритм действий, дозировки и способы введения лекарственных препаратов, а также дальнейшая тактика ведения пациента.

Краткий и точный алгоритм действий поможет специалисту быстро сориентироваться в чрезвычайно стрессовый момент и

правильно выполнить все необходимые действия для обеспечения сохранения жизни пациента.

Предоставленный материал по оказанию неотложной и экстренной медицинской помощи в условиях амбулаторного стоматологического кабинета основан на профстандартах врача-стоматолога любой специальности в котором предусмотрена трудовая функция по оказанию медицинской помощи в экстренной форме согласно требованиям современных протоколов (Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-стоматолог" (подготовлен Минтрудом России 25.12.2019), в том числе и базовой СЛР.

НЕОБХОДИМОЕ ОСНАЩЕНИЕ И ОБОРУДОВАНИЕ

В состав медицинской аптечки, находящейся в кабинете врача-стоматолога должны находиться следующие медикаменты:

1. Натрия хлорид (Sodium chloride)
2. Эпинефрин (Epinephrine)
3. Дексаметазон (Dexamethasone)
4. Дифенгидрамин (Diphenhydramine)
5. Хлоропирамина гидрохлорид (Chloropyramine hydrochloride)
6. Фуросемид (Furosemide)
7. Строфантин-К (Strophanthin-K)
8. Изопреналин (Isoprenaline)
9. Эуфиллин (Euphyllin)
10. Преднизолон (Prednisolone)
11. Нашатырный спирт (Liquor Ammonii caustici)
12. Кордиамин (Cordiamin)
13. Эфедрин (Ephedrine)
14. Фенилэфрин (Phenylephrine)
15. Атропин (Atropine)
16. Диазепам (Diazepam)
17. Магния сульфат (Magnesium sulfate)
18. Глюкоза (Glucose)
19. Интралипид (Intralipid)
20. Перечная мята (Menthae piperitae folia)
21. Фенобарбитал (Phenobarbital)
22. Этилбромизовалерианат (Ethylbromisovalerinate)
23. Каптоприл (Captopril)
24. Нифедипин (Nifedipine)
25. Эналаприл (Enalapril)
26. Нитроглицерин (Nitroglycerin)
27. Ацетилсалициловая кислота (Acetylsalicylic acid)
28. Клопидогрел (Clopidogrel)
29. Амiodарон (Amiodarone)
30. Сальбутамол (Salbutamol)
31. Ипратропия бромид (Ipratropium bromide)
32. Будесонид (Budesonide)

Также для введения лекарственных средств и проведения реанимационных мероприятий понадобится:

1. Мешок Амбу
2. Дефибриллятор
3. Набор для проведения трахеостомии
4. Глюкометр
5. Пульсоксиметр
6. Тонометр
7. Катетер бабочка

Анафилактический шок - является тяжелой аллергической реакцией, протекающей по типу острой сердечно-сосудистой и надпочечниковой недостаточности. В основе анафилактического шока (АШ) – аллергическая реакция немедленного типа между антигеном и антителом. Роль антигена может выполнять любой медикамент, который в той или иной форме контактирует с организмом, например, введенный перорально, парентерально, либо попавший в дыхательные пути при распылении аэрозоля.

Клинические проявления при типичной форме: состояние дискомфорта с неопределенными тягостными ощущениями, состояние внутреннего беспокойства, страх смерти, тошнота, иногда рвота, кашель. Больные жалуются на резкую слабость, ощущение покалывания и зуда кожи лица, рук, головы, шеи, ощущение прилива крови к голове, лицу, чувство тяжести за грудиной или сдавления грудной клетки, боли в области сердца, затруднение дыхания или невозможность сделать вдох, головную боль резкой интенсивности. Расстройство сознания нарушает речевой контакт с больным.

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. 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 анафилактического шока (АШ) характерн: - нарушение сознания, кровообращения, функции дыхания и ЦНС.

Гемодинамическая форма: - сильные боли в области сердца,
- слабость пульса или его исчезновение, - нарушения ритма сердца,
- значительное снижение АД, глухость тонов сердца.
- бледность кожных покровов или генерализованная «пылающая» гиперемия, мраморность кожных покровов. Признаки декомпенсации внешнего дыхания и ЦНС выражены значительно меньше.

Асфиксическая форма: 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 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).

Абдоминальная форма: - характерно наличие симптомов острого живота: резкие боли в эпигастральной области, признаки раздражения брюшины. Так же возможно неглубокое расстройство сознания при незначительном снижении АД, отсутствии выраженного бронхоспазма и дыхательной недостаточности. Судорожные симптомы наблюдаются редко.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Описание алгоритма выполнения навыка (8 шагов)

№ п/п	Критерии шагов задания
1.	Определить сознание, измерить АД, ЧДД, ЧСС. Контролировать их непрерывно
2.	Прекратить введение аллергена (препарата), вызвавшего анафилактический шок. Вызвать СМП
3.	Пациент в горизонтальном положении с приподнятыми ногами. При необходимости обеспечить проходимость дыхательных путей. Обеспечить дыхание увлажненным кислородом. При отсутствии сознания – выполнить глюкометрию
4.	Катетеризировать периферическую вену. В/в вводить раствор натрия хлорида 0,9%-1000 мл при нормотонии и 2000 мл при гипотонии
5.	Проводить противошоковую терапию в/в болюсно в течение 5-10 минут ввести раствор эпинефрина (Адреналин [®]) 1 мг (0,1%-1,0 мл) разведенный в растворе натрия хлорида 0,9%-10 мл до 3 раз. <i>Вести в/м раствор эпинефрина (Адреналин[®]) 1 мг (0,1%-1,0 мл), до катетеризация периферической вены, если это затруднительно</i>
6.	Проводить противоаллергическую терапию в/в ввести <ul style="list-style-type: none">– раствор преднизолона 90 - 120 мг (3-4 мл) или раствор дексаметазона (Дексазон[®]) 8-32 мг (2-4 мл)– раствор дифенгидрамина (Димедрол[®]) 10 мг (1%-1,0 мл) или раствор хлоропирамина гидрохлорида (Супрастин[®]) 20 мг (2%-1 мл)
7.	Проводить симптоматическую терапию в/в ввести <ul style="list-style-type: none">– мочегонные средства: раствор фуросемида (Лазикс[®]) 10 мг (1% - 1,0 мл)– сердечные гликозиды: раствор строфантина (Строфантин К[®]) 250 мкг (0,05-1 мл)– бета-адреномиметики: раствор изопреналина (Изадрин[®]) 5 мг (0,5%- 25 мл)– аденозинергические средства: раствор аминофиллина (Эуфиллин[®]) 24 мг (2,4% - 10 мл)
8.	Проводить при необходимости сердечно-легочную реанимацию до прибытия СМП

Обморок - кратковременная потеря сознания, обусловленная преходящей ишемией головного мозга, с ослаблением сердечной деятельности и дыхания. В зависимости от механизма нарушения мозгового кровообращения выделяют следующие виды обморока: мозговой, сердечный, рефлекторный и истерический.

Этиология. Чаще всего причиной обморока является значительное волнение, страх, переутомление, болезненность манипуляций, душное помещение, особенно у пациентов при наличии вегето-сосудистой дистонии.

Клинические проявления: - дискомфорт,

- ощущение дурноты,
- головокружение,
- шум в ушах,
- неясность зрения,
- появление холодного пота,
- ощущение «кома в горле»,
- онемение языка, губ,
- кончиков пальцев.

Продолжается от 5 сек. до 2 мин. Потеря сознания от 5 сек. до 1 мин., сопровождающаяся бледностью, снижением мышечного тонуса, расширением зрачков, слабой их реакцией на свет. Дыхание поверхностное, пульс лабильный, АД снижено. При глубоких обмороках возможны тоникоклонические подергивания мышц, но патологические рефлексы отсутствуют.

Пациенты правильно ориентируется в пространстве и времени, сохраняется бледность, учащенное дыхание, лабильный пульс и низкое АД.

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

- **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 5 минутный объем крови. В результате наступает острая ишемия головного мозга.

- **Рефлекторный обморок** развивается под действием боли, психоэмоционального напряжения. 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, которому предшествует хроническое недосыпание, умственное или физическое переутомление, беременность, менструация. Происходит мгновенная потеря сознания при переходе из горизонтального положения в вертикальное, вследствие падения АД при нормальной ЧСС.

Истерический обморок развивается при конфликтной ситуации и наличии зрителей, носит демонстративный характер. В условиях амбулаторной стоматологической практике наиболее часто встречается рефлекторный обморок.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ОБМОРОКЕ (СИНКОПЕ)

Описание алгоритма выполнения навыка (8 шагов)

№ п/п	Критерии шагов задания
1.	Определить сознание, АД, ЧДД, ЧСС. Контролировать их непрерывно
2.	Прекратить проведение стоматологической помощи
3.	Пациент в горизонтальном положении с приподнятыми ногами. Освободить шею от стесняющей одежды. Обеспечить приток свежего воздуха или дыхание увлажненным кислородом. Выполнить глюкометрию
4.	Проводить рефлекторную терапию обрызгать лицо водой или приложить ко лбу полотенце, смоченное водой
5.	Проводить рефлекторную терапию массировать стимулирующие точки <ul style="list-style-type: none">– <i>жэнь-гжун</i> (верхняя треть расстояния от основания перегородки носа до красной каймы верхней губы)– <i>чэн-цзянь</i> (центр подбородочного углубления)– <i>хэ-гу</i> (наружная поверхность кисти в области угла между большим и указательным пальцами)
6.	Проводить рефлекторную терапию вскрыть салфетка для стимуляции дыхания с нашатырем (КЛИНКСА эвтекс [®]), обеспечить вдыхание аммиака - один-два вдоха
7.	Проводить гипертензивную терапию п/к ввести раствор кордиамина 250 мг (25%-1 мл), или раствор эфедрина 10 мг (1%-1 мл), или раствор фенилэфрина (Мезатон [®]) 10 мг (1%-1 мл) при брадикардии - раствор атропина 1 мг (0,1%-1 мл)
8.	Проводить при необходимости симптоматическую терапию При сохраняющемся бессознательном состоянии более 5 минут вызвать СМП

Судороги - внезапные приступы клонических или клоникотонических произвольных сокращений мышц с потерей или без потери сознания. Судороги возникают вследствие органического или функционального поражения нервной системы.

Клиническая картина характеризуется внезапным началом, двигательным возбуждением, нарушением сознания и потерей контакта с окружающим миром. Голова запрокидывается, руки сгибаются в локтевых суставах, ноги вытягиваются, нередко отмечаются прикусы языка, замедление пульса, урежение или кратковременная остановка дыхания. Подобная тоническая судорога длится не более 1 мин. 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, произвольными мочеиспусканиями, дефекацией и последующим засыпанием.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ

Описание алгоритма выполнения навыка (8 шагов)

№ п/п	Критерии шагов задания
1.	Определить сознание, АД, ЧДД, ЧСС. Контролировать их непрерывно
2.	Прекратить проведение стоматологической помощи, вызвать СМП
3.	Пациент в горизонтальном положении на твердой поверхности. Выполнить глюкометрию. Освободить, по возможности, большее пространство вокруг пациента
4.	Не допускать травм <ul style="list-style-type: none">– предупреждать смыкания зубов, установив между молярами бинт– не пытаться открыть уже закрытый рот– в случае травмы языка или губ – санировать глотку через нос– удерживая без усилий голову, не ограничивая движений в шейном отделе позвоночника
5.	Санировать глотку в случае кровотечения из травмированного языка или губ через нос
6.	Катетеризировать периферическую вену и проводить противосудорожную терапию в/м ввести <ul style="list-style-type: none">– раствор диазепама (Реланиум[®]) 10-20 мг (0,5%-2-4 мл) или– раствор магния сульфата (25%-5-20 мл), разведенного в растворе декстрозы (Глюкоза[®]) 5%-10 мл
7.	Обеспечить полноценный сон в восстановительном периоде
8.	При необходимости поводить симптоматическую терапию

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ДЕЙСТВИИ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА

Описание алгоритма выполнения навыка (8 шагов)

№ п/п	Критерии шагов задания
1.	Определить сознание, АД, ЧДД, ЧСС. Контролировать их непрерывно
2.	Прекратить проведение стоматологической помощи, вызвать СМП
3.	Пациент в горизонтальном положении. При необходимости обеспечить проходимость дыхательных путей. При сохранном дыхании обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом. При отсутствии сознания - выполнить глюкометрию
4.	Катетеризировать периферическую вену и проводить «Липидное спасение» - в/в ввести <ul style="list-style-type: none">- раствор жировой эмульсии (Интралипид®) 20%-1,5 мл/кг болюсно, перейти на капельное введение раствора жировой эмульсии (Интралипид®) 20%-0,25 мл/кг/мин в течение 10 минут если от первоначальной дозы препарата кровообращение не стабилизируется, повторно в/в ввести- раствор жировой эмульсии (Интралипид®) 20%-1,5мл/кг болюсно и перейти на капельное введение раствор жировой эмульсии (Интралипид®) 20%-0,5мл/кг/мин до стабилизации кровообращения
5.	Проводить вазопрессорную терапию в/в ввести <ul style="list-style-type: none">- раствор эпинефрина (адреналин) 0,1% - 0,1 мкг/кг однократно
6.	При необходимости проводить противосудорожную терапию в/в ввести <ul style="list-style-type: none">- раствор диазепама (Реланиум®) 10 мг (0,5%-2 мл)
7.	При необходимости проводить антиаритмическую терапию <ul style="list-style-type: none">- кордарон 5 мг/кг, разведенный в растворе декстрозы (Глюкозы®) 5%- 250 мл
8.	Проводить СЛР при брадикардии с ЧСС менее 25 ударов в минуту. Реанимационные мероприятия проводить до прибытия СМП (не менее 60 минут)

Гипертонический криз - резкое обострение гипертонической болезни на короткий срок, характеризующееся рядом нервно-сосудистых нарушений и последующими гуморальными реакциями. Клиническая картина в зависимости от типа заболевания имеет ряд отличий.

Гипертонический криз I типа более характерен для ранних стадий болезни. Клинически он проявляется дрожью, сердцебиением, головной болью, начинается криз внезапно. Повышение АД обычно незначительно. Гипертонический криз II типа встречается преимущественно в поздних стадиях ГБ (гипертоническая энцефалопатия), проявляется сильной головной болью, тошнотой, рвотой, нарушениями зрения («летающие мушки, темные пятна перед глазами, иногда непродолжительная слепота»). Во время криза может развиться нарушение мозгового кровообращения динамического характера или инсульт; нередко отмечается стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная астма и отек легких. Развивается постепенно. Диастолическое давление выше 120 мм рт. ст.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

Описание алгоритма выполнения навыка (8 шагов)

№ п/п	Критерии шагов задания
1.	Определить сознание, АД, ЧДД, ЧСС. Контролировать их непрерывно
2.	Прекратить проведение стоматологической помощи, вызвать СМП
3.	Пациент в положении полусидя, освободить шею от стесняющей одежды, проводить ингаляцию кислородом
4.	Проводить седативную терапию внутрь <ul style="list-style-type: none">– раствор мяты перечной + фенобарбитала + этилбромизовалерианата (Корвалол[®]) 30-50 капель или– раствор фенобарбитала + этилбромизовалерианата + мятного масла + хмелевого масла (Валокордин[®]) 30-50 капель
5.	ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ Проводить гипотензивную терапию (<i>снижать АД на 25%</i>) ввести внутрь <ul style="list-style-type: none">– каптоприл (Капотен[®]) 25-50 мг (1/2-1 таблетка)– нифедипин (Коринфар[®]) 5-10 мг (1/2-1 таблетка)
6.	ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ Катетеризировать периферическую вену вводить раствор натрия хлорида (Хлорида натрия [®]) 0,9%- 500 мл медленно
7.	Проводить гипотензивную терапию (снижать АД на 15-20%) ввести в/в в течение 5 минут <ul style="list-style-type: none">– раствор эналаприла (Энап Р[®]) 1,25 мг, разведенного в растворе натрия хлорида (Хлорида натрия[®]) 0,9%-50 мл
8.	При необходимости проводить <ul style="list-style-type: none">– симптоматическую терапию– сердечно-легочную реанимацию

Приступ стенокардии - ишемия миокарда вследствие несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его реальной доставкой.

Клиническая картина стенокардии: боль за грудиной или в области сердца, различной интенсивности. Характер боли давящий, сжимающий. В начале боль не очень резкая, затем интенсивность ее

увеличивается, становится необычно сильной. Типичная иррадиация боли в левую руку - по внутренней ее поверхности до мизинца. Часто боль иррадирует в левую лопатку, шею, нижнюю челюсть, иногда в обе руки, очень редко в правую. Боль сопровождается рядом функционально-вегетативных расстройств, больные бледнеют, в тяжелых случаях покрываются холодным потом, отмечается подъем АД, появляется страх смерти или чувство подавленности.

Инфаркт миокарда - ишемический некроз сердечной мышцы, возникающей вследствие острого несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его кровоснабжением по коронарным артериям сердца. Клиническая картина инфаркта миокарда: (острый период): боль, которая чаще локализуется в области сердца, за грудиной, реже захватывает всю переднюю поверхность грудной клетки. В отдельных случаях боль локализуется в нижней части грудины и надчревной области. Иногда возникает в левой руке, плече затем распространяется на область сердца. Иррадирует в левую руку, плечо, реже - лопатку, обе руки, правую руку, межлопаточное пространство, шею, нижнюю челюсть, надчревную область. Боль обычно носит волнообразный характер, усиливаясь и ослабевая, она продолжается несколько часов и даже суток. Иногда болевой синдром характеризуется только одним длительным интенсивным приступом. Объективно отмечаются бледность кожи, цианоз губ, повышенная потливость. Часто наблюдается брадикардия, снижение АД.

Атипичные формы инфаркта миокарда: - астматическая, протекающая по типу сердечной астмы или отека легких;

- абдоминальная, характеризующаяся болевым синдромом с локализацией боли в надчревной области;

- аритмическая, для которой характерно наличие различных нарушений ритма сердца - приступов мерцательной тахиритмии, наджелудочковой или узловой тахикардии, экстрасистолии.

- церебральная - характеризуется клинической картиной обморока или инсульта.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ (ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ, ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА)

Описание алгоритма выполнения навыка (8 шагов)

№ п/п	Критерии шагов задания
1	Определить сознание, АД, ЧДД, ЧСС. Контролировать их непрерывно
2	Прекратить проведение стоматологической помощи, вызвать СМП
3	Пациент в положении полусидя, освободить от стесняющей одежды, проводить ингаляцию кислородом
4	Катетеризировать периферическую вену и вводить 0,9% раствор натрия хлорида (Хлорида натрия [®]) 0,9%-500 мл с минимальной скоростью
5	Проводить антиангинальную терапию <ul style="list-style-type: none">– при нормотонии и гипертонии сублингвально нитроглицерин 500 мкг (1 таблетка) до 3-х раз с интервалом 3 минуты– при гипотонии - любой анальгетик
6	Проводить улучшающую кровоток терапию <ol style="list-style-type: none">1. антиагрегатную сублингвально<ul style="list-style-type: none">– ацетилсалициловая кислота (Аспирин[®]) 250 мг (1/2 таблетки)– клопидогрел (Клопидогрел[®]) 300 мг (4 таблетки)2. гипотензивную при гипертонии в/в медленно<ul style="list-style-type: none">– раствор эналаприла (Энап Р[®]) 1,25 мг, разведенного в растворе натрия хлорида (Хлорида натрия[®]) 0,9%-50 мл в течение 5 минут3. гипертензивную терапию при гипотонии в/в медленно<ul style="list-style-type: none">– раствор эпинефрина (Адреналина[®]) 0,1%-1,0 мл, разведенный в растворе натрия хлорида (Хлорида натрия[®]) 0,9% -100 мл
7	Проводить симптоматическую терапию <ol style="list-style-type: none">1. <i>седативную</i> внутрь ввести - 30-50 капель корвалола или валокордина2. <i>противоаритмическую</i> в/в ввести<ul style="list-style-type: none">– при тахиформах - раствор амиодарона (Кордарона[®]) 5 мг/кг (или 300 мг), разведенный в растворе декстрозы (Глюкозы[®]) 5% - 500 мл– при брадиформах - раствор атропина (Атропина сульфата[®]) 0,1% - 1,0 мл
8	При необходимости проводить сердечно-легочную реанимацию

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

ЦЕЛЬ: научить навыкам оказания экстренной помощи при клинической смерти, согласно протоколу:

С – обеспечить кровообращение

F – обеспечить дефибрилляцию

A – обеспечить проходимость дыхательных путей

B – обеспечить искусственную вентиляцию легких

D – обеспечить введение лекарственных средства

Описание алгоритма выполнения навыка (8 шагов)

№ п/п	Критерии шагов задания
1.	УБЕДИТЬСЯ В ОТСУТСТВИИ ОПАСНОСТИ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ! Определить наличие сознания – задать любой вопрос – слегка потрясти пациенту за плечо <i>нет ответной реакции = сознание отсутствует</i> ПОЗВАТЬ НА ПОМОЩЬ
2.	Определите наличие дыхания 1. восстановить проходимость дыхательных путей – запрокинуть голову – выдвинуть вперед нижнюю челюсть 2. применить прием «смотрю, слушаю, чувствую» – наклониться к лицу пациента – прислушиваясь к дыхательным шумам – пытаться кожей ощутить движения воздуха около носа – следить за движением грудной клетки <i>нет движения воздуха около носа и движения грудной клетки = дыхание отсутствует</i>
3.	Определите наличие сердечной деятельности (одновременно с определением наличия дыхания) – определить наличие пульсации над общей сонной артерией (пальцы одной руки, за исключением большого, расположить вдоль переднего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы от угла нижней челюсти) <i>нет пульсации = сердечная деятельность отсутствует</i> ВЫЗВАТЬ СМП, ПОПРОСИТЬ ПРИНЕСТИ ДЕФИБРИЛЛЯТОР
4.	Пациент на спине в горизонтальном положении, освободить грудную клетку от одежды и приступить к проведению СЛР ПАРАЛЛЕЛЬНО ПОМОЩНИКИ ДОЛЖНЫ: – катетеризировать периферическую вену

- в/в вводить раствор натрия хлорида (Хлорида натрия[®]) 0,9%-500 мл
 - освободить рот от съемных конструкций
 - настроить дефибриллятор в рабочее состояние
5. Провести непрямой массаж сердца
- глубина компрессии 5-6 см
 - частота 100-120 в минуту
 - обеспечивать полное расправление грудной клетки во время декомпрессии
 - продолжительность компрессии = продолжительности декомпрессии
 - бескомпрессионный период не более 5 секунд
- Соотношение компрессий к ИВЛ = 30:2
6. Провести искусственную вентиляцию легких («изо рта в рот», «изо рта в нос» или с помощью лицевой маски и мешка типа АМБУ)
- восстановить проходимость дыхательных путей
 - зажать нос (или рот) пациента
 - сделать глубокий вдох
 - плотно обхватить своими губами рот (или нос) пациента
 - сделать плавно в течение 1 секунды выдох
 - объем выдоха 500-600 мл
 - освободить рот (или нос) пациента, обеспечив ему в течение 1 секунды выдох
- на лицо пациента накладывают защитную лицевую пленку с бактерицидным фильтром или лицевую дыхательную маску*
7. Провести дефибрилляцию (как только дефибриллятор подготовлен к работе)
- наложить электроды (справа - под ключицей, слева – VI-VII межреберье по переднеподмышечной линии)
 - нажать на кнопку «разряд» по команде дефибриллятора, не прикасаясь к пациенту
- СЛЕДОВАТЬ ГОЛОСОВЫМ ИНСТРУКЦИЯМ ДЕФИБРИЛЛЯТОРА!**
8. Проводить повышающую энергетический потенциал сердца терапию
1. при асистолии
 - эпинефрин (Адреналин[®]) 0,1%-1,0 мл как можно раньше, повторять через 3-5 минут до 3 раз
 2. при фибрилляции предсердий
 - эпинефрин (Адреналин[®]) 0,1%-1,0 мл до третьего разряда дефибриллятора, повторять через 3-5 минут до 3 раз
 - амидарон (Кордарон[®]) 300 мг, разведенный в 10 мл 5% раствора глюкозы в течение 3 минут
 - раствор атропина (Атропина сульфата[®]) 0,1% - 1,0 мл (при брадикардии)
- Проводить симптоматическую терапию в случае успешной СЛР
- МИНИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СЛР - 30 МИНУТ**

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ОБТУРАЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Описание алгоритма выполнения навыка (8 шагов)

№ п/п	Критерии шагов задания
1.	Определить сознание, АД, ЧДД, ЧСС. Контролировать их непрерывно
2.	Прекратить проведение стоматологической помощи, вызвать СМП
3.	ПРИ СОХРАНЕННОМ СОЗНАНИИ Выполнить прием Хеймлиха в вертикальном положении: <ul style="list-style-type: none">– встать вплотную к спине пациента– обхватить его двумя руками на уровне реберной дуги– сжать одну руку в кулак, и большим ем прижать ее в эпигастральной области– ладонью другой руки обхватить кулак нижележащей руки– резко согнуть руки в локтях, не сдавливая грудную клетку, при этом кулак нужно перемещать вверх по направлению к голове пациента– при необходимости повторять прием до освобождения дыхательных путей
4.	ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ Параллельно с п.5. катетеризировать периферическую вену и вводить 0,9% раствор натрия хлорида (Хлорида натрия [®]) 0,9%-500 мл с минимальной скоростью
5.	ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ Выполнить прием Хеймлиха в горизонтальном положении: <ul style="list-style-type: none">– сесть лицом к голове пациента на колени, обхватив ногами его бедра– положить одну руку на другую и поместить основание ладони нижней руки в эпигастральную область– используя вес тела, энергично надавить в направлении вверх к диафрагме пациента– после этого проводите контроль ротоглотки с целью поиска инородного тела, при обнаружении его удалить– при неэффективном дыхании пациента проводить ИВЛ, чередуя его с проведением приема
6.	ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ Выполнить коникотомию: <ul style="list-style-type: none">– пациент на спине на твердой горизонтальной поверхности,

голова максимально запрокинута, под плечи положен валик

- прощупать перстнещитовидную мембрану (промежуток между щитовидным и перстневидным хрящами)
- зафиксировать щитовидный хрящ пальцами недоминантной руки
- доминантной рукой взять скальпель на 2 см выше его кончика
- провести поперечный разрез длиной 2 см с одномоментным рассечением кожи и конической связки
- сбоку в разрез ввести расширитель трахеи (Труссо)
- перпендикулярно между браншами расширителя трахеи ввести дыхательную трубку
- повернуть расширитель трахеи вместе с дыхательной трубкой в направлении киля трахеи
- удалить расширитель трахеи
- провести дыхательную трубку на всю длину вглубь трахеи параллельно удаляя из нее зонд
- зафиксировать дыхательную трубку тесьмой или бинтом вокруг шеи пациента
- присоединить к коннектору дыхательной трубки мешок Амбу и проводить ИВЛ

7. При необходимости проводить весь комплекс СЛР

8. При необходимости проводить симптоматическую терапию

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Описание алгоритма выполнения навыка (8 шагов)

№ п/п	Критерии шагов задания
1.	Определить сознание, АД, ЧДД, ЧСС. Контролировать их непрерывно
2.	Прекратить проведение стоматологической помощи, вызвать СМП
3.	Пациент в положении сидя или стоя с наклоном вперед, освободить от стесняющей одежды, проводить ингаляцию кислородом
4.	Катетеризировать периферическую вену и вводить 0,9% раствор натрия хлорида (Хлорида натрия*) 0,9%-500 мл с минимальной скоростью
5.	Проводить бронхолитическую терапию ввести при помощи аэрозольного ингалятора не более 2 вдохов с интервалом в 15 минут - раствор салбутамола (Сальбутамол®) 100 мг/доза или - раствор ипратропия бромид моногидрата (Атровента®) 0,021 мг/доза или - раствор будесонида (Пульмикорт®) 50 мкг/доза
6.	При отсутствии/недостаточности эффекта в/в ввести - раствор аминофиллина (Эуфиллина®) 240 мг (2,4% - 10 мл) - раствор преднизолона (Преднизолона®) 90-120 мг (3-4 мл)
7.	ПРИ ОТСУТСТВИИ СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ И НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ Выполнить коникотомию: <ul style="list-style-type: none">- пациент на спине на твердой горизонтальной поверхности, голова максимально запрокинута, под плечи положен валик- прощупать перстнещитовидную мембрану (промежуток между щитовидным и перстневидным хрящами)- зафиксировать щитовидный хрящ пальцами недоминантной руки- доминантной рукой взять скальпель на 2 см выше его кончика- провести поперечный разрез длиной 2 см с одномоментным рассечением кожи и конической связки- сбоку в разрез ввести расширитель трахеи (Труссо)- перпендикулярно между браншами расширителя трахеи ввести дыхательную трубку- повернуть расширитель трахеи вместе с дыхательной трубкой в направлении кля трахеи- удалить расширитель трахеи- провести дыхательную трубку на всю длину вглубь трахеи параллельно удаляя из нее зонд- зафиксировать дыхательную трубку тесьмой или бинтом вокруг шеи пациента- присоединить к коннектору дыхательной трубки мешок Амбу и проводить ИВЛ
8.	При необходимости проводить симптоматическую терапию и весь комплекс СЛР

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ.

1. Соотношение компрессий грудной клетки к количеству выдохов (вдохов для пострадавшего) составляет

1. 5:2
2. 10:3
3. 15:2
4. 20:5
5. 30:2

2. Компрессию грудной клетки при проведении непрямого массажа сердца проводят на глубину

1. 2 см
2. 3 см
3. 4 см
4. 5 см

3. Сердечно-легочную реанимацию начинают с

1. восстановления проходимости дыхательных путей
2. искусственной вентиляции легких
3. непрямого массажа сердца
4. дефибрилляции
5. прекардиального удара

4. Показанием для проведения сердечно-легочной реанимации является

1. биологическая смерть
2. клиническая смерть
3. анафилактический шок
4. острая дыхательная недостаточность
5. острое нарушение мозгового кровообращения

5. «Скорую медицинскую помощь» немедленно вызывают при

1. клинической смерти
2. обмороке
3. шоке
4. истерии
5. всегда

6. Признаки клинической смерти это

1. *отсутствие зрачкового рефлекса, апноэ, асистолия*
2. *отсутствие роговичного рефлекса, апноэ, асистолия*
3. *отсутствие сознания, апноэ, асистолия*
4. *атония, апноэ, асистолия*
5. *отсутствие сознания, арефлексия, атония*

7. Диагностику апноэ осуществляют при помощи

1. *пробы с ватой*
2. *пробы с зеркалом*
3. *визуального контроля экскурсии грудной клетки*
4. *приема «Смотрю, слушаю, чувствую»*
5. *последовательного проведения перечисленных выше приемов*

8. Дислокационную асфиксию устраняют

1. *резким наклоном*
2. *поколачиванием в межлопаточной области*
3. *приемом Геймлиха*
4. *выдвижением нижней челюсти кпереди*
5. *выведением кпереди языка*

9. При вызове «скорой медицинской помощи» сообщают

1. *точный адрес нахождения пострадавшего*
2. *количество пострадавших*
3. *возраст пострадавшего*
4. *пол пострадавшего*
5. *все выше перечисленное*

10. Объем выдоха (вдоха для пострадавшего) при проведении ИВЛ составляет

1. *200 мл*
2. *300 мл*
3. *400 мл*
4. *500 мл*
5. *600 мл*

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-стоматолог" (подготовлен Минтрудом России 25.12.2019)
2. Методическое руководство МЗ РФ N41.3/029.3/074.4/089.3 «Системная токсичность местных анестетиков», год утверждения 2018
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2011 г. №1496н

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ.
М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО»

АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ
СОСТОЯНИЯХ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЁМА

Учебное пособие

Амхадова М.А. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Лосев Ф.Ф. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Ризаев Ж.А. - д.м.н., профессор, ректор Самаркандского государственного медицинского института

Егоров В.И. - д.м.н., профессор, заведующий отделом головы и шеи, заведующий кафедрой оториноларингологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Заводиленко Л.А. – к.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог, ассистент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Жаналина Б.С. – д.м.н., профессор, профессор кафедры стоматология интернатуры и послевузовского образования ЗКМУ имени Марата Оспанова

Бекжанова О.Е. - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии Ташкентского стоматологического института

Боговская А.А. - заместитель декана ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Амхадов И.С. - ассистент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского».

Гергиева Т.Ф. - ассистент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Абдурахманова М.Ш. - ассистент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Атаманчук А.А. - ассистент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Смирнов А.Д. - лаборант кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

**Отпечатано в типографии Самаркандского
государственного медицинского института 140100.**

г. Самарканд, ул. Амир Темура, 18.

Формат 60x84^{1/16}. Гарнитура "Times New Roman". усл. печ. л. 1,86

Тираж: 90 экз. Заказ № 131 от 19.03.2021 г.

Тел/факс: 0(366)2330766 e-mail: samgmi@mail.ru, www.sammi.uz

