

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)**

Кафедра стоматологии №2

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по «**Стоматологии**»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной
24.05.2023г.

Методические материалы предназначены для обучения студентов 5 курса (10 семестр) педиатрического факультета ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России по дисциплине «Стоматология»

Разработчики:

Заведующий кафедрой стоматологии № 2
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Г. В. Тобоев

Ассистент кафедры стоматологии №2
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Р. К. Есиев

Рецензенты:

Заведующая кафедрой стоматологии №1
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, д.м.н., доцент

Дзгоева М. Г.

Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО СОГУ им. К.Л. Хетагурова, д.м.н., доцент

Золоев Р.В.

ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ: (с приложением всех методических материалов кафедры по дисциплине)

1. Методическое пособие «Оказание помощи больным при неотложных состояниях. Реанимация в стоматологии» для студентов педиатрического факультета по дисциплине «Стоматология»

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)**

Кафедра стоматологии №2

**ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ
СОСТОЯНИЯХ. РЕАНИМАЦИЯ В СТОМАТОЛОГИИ.**

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

ВЛАДИКАВКАЗ

ОБМОРОК

Обморок — это кратковременная потеря сознания, обусловленная проходящей ишемией головного мозга чаще в результате спазма сосудов, с ослаблением сердечной деятельности и дыхания.

Клиника: Обморок обычно предшествует предобморочное состояние. Субъективно больной ощущает дискомфорт, нарастание слабости, появление головокружения, тошноты, неприятного ощущения в области сердца и живота. Предобморок завершается потемнением в глазах, появлением шума или звона в ушах. Объективно определяется побледнение кожных покровов и слизистых, появлением капелек пота на теле (раньше всего на лбу и губах), лабильностью пульса и дыхания. Это состояние продолжается несколько секунд, и больные обычно успевают пожаловаться врачу на ухудшение самочувствия.

При неблагоприятном развитии обморока общее состояние ухудшается, наступает резкое побледнение кожи, снижение мышечного тонуса, определяется частый, слабого наполнения пульс, дыхание становится поверхностным, больной теряет сознание. В период потери сознания зрачки расширены, реакция на свет замедленная, рефлекс с роговицы отсутствует. Обморок может быть простым и судорожным (конвульсивным). Простой обморок обычно продолжается 30-40 секунд, а судорожный от 30 секунд до нескольких минут.

Квалификация стоматолога определяется умением диагностировать предобморочное состояние и проведением необходимых профилактических мероприятий по предупреждению развития обморока.

Лечение:

1. Придать больному горизонтальное положение.
2. Расстегнуть воротник, снять теплую одежду.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Протереть лицо влажной салфеткой или оросить холодной водой.
5. Дать вдохнуть пары нашатырного спирта.

При неэффективности перечисленных мероприятий:

6. Кофеин 10% - 1-2 мл п\к или
7. Кордиамин 1 мл п\к.
8. Эфедрин 5% - 0,5 мл п\к (по показаниям).

При выходе из обморочного состояния - покой, оксигенотерапия, горячий чай.

9. Атропин (при брадикардии) 0,1% 0.5-1 мл п\к.
10. ЭКГ (если такая возможность имеется).

КОЛЛАПС

— тяжелая форма сосудистой недостаточности (уменьшение сосудистого тонуса), проявляющаяся снижением артериального давления, расширением венозных сосудов, уменьшением объема циркулирующей крови и скоплением ее в кровяных депо - капиллярах, печени, селезенке.

В стоматологической практике коллапс встречается редко. Причиной его является интоксикация, инфекции, кровопотеря, аллергия. При неадекватной терапии возможен летальный исход.

Клиника: Сознание сохранено. Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Больной вял, апатичен. Отмечается головокружение. Артериальное давление низкое, дыхание поверхностное. Пульс нитевидный, частый, слабого наполнения.

Лечение:

1. Больного перевести в горизонтальное положение—на спине, голову на бок.
2. Обеспечить приток свежего воздуха.
3. Полиглюкин 400 мл в\в капельно.
4. Норадреналин 0.2S4 - 1 мл в\в кап. на 5 проц. глюкозы 250 мл - 50-60

кап/мин, или

5. Мезатон 1% 1 мл в\в на 5 проц. - 250 мл глюкозы 50-60 кап.Лмин.

6. Преднизолон 90—120 мг (23 мг на кг веса) в\в

7. Глюкоза 5% - 400 мл в\в (по показаниям).

8. Натрия хлорид 0,89% [400 мл в\в (по показаниям).

9. Коргликон 0,06% - 0,5-1,0 мл в\в на 0,89 проц. растворе натрия хлорида.

10. Кальция хлорид 10%—10 мл в\в медленно в разведении на 0,89 проц.—10 мл натрия хлорида.

11. Целесообразна госпитализация.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК

- представляет собой резкое снижение всех жизненных функций, в первую очередь кровообращения и дыхания в результате перераздражения центральной нервной системы при повреждениях центростремительных периферических нервов, что может иметь место при значительных по своему объему травмах.

В стоматологической практике встречается крайне редко, как правило у больных с травмой лица, сопровождающейся значительной кровопотерей (геморрагический шок)

Клиника: Сознание сохранено. В начальной стадии возможно возбуждение, переходящее затем в стадию угнетения. Кожные покровы бледные, холодные и влажные. Дыхание поверхностное. Пульс слабый, частый, нитевидный. Артериальное давление снижено.

Лечение:

Терапия травматического шока включает остановку кровотечения, восполнение объема циркулирующей крови, уменьшение болевой чувствительности, либо устранения причины, вызывающей раздражение периферических нервных волокон.

1. Остановка кровотечения.

2. Полиглюкин 400 мл в\в капельно.

3. Желатиноль 400 мл в\в капельно.

4. Натрия хлорид 0,89% - 500—1000 мл в\в.

5. Глюкоза 5 проц,- 10 проц. 500-1000 мл в\в.

6. Преднизолон 90-120 мг (2-3 мг на кг веса) в\в

7. Адреналин 0,1% - 0,5-1,0 мл в\в капельно - (при отсутствии эффекта от инфузионной терапии)

8. Наркотические средства по показаниям.

9. Горизонтальное положение.

10. Местное обезболивание (новокаиновые блокады) - по показаниям.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

Нередко наблюдается в практике стоматолога при лечении больных с гипертонической болезнью, особенно в тех случаях, когда с целью обезболивания к анестетику добавляется адреналин или аналоги без учета основного заболевания пациента, либо при имеющем место дефекте сбора анамнеза.

Клиника: Недомогание, шум в голове, мелькание "мушек" перед глазами, головная боль, слабость, беспокойство.

Если в анамнезе у больного имеется гипертоническая болезнь, то добавление к анестетику адреналина представляет собой известный риск (и вряд ли является оправданным).

Лечение:

1. Успокоить больного.

2. Дибазол 1% — 314 мл п\к, в м, 1/в на 10 мл физ. р-ра.

3. Папаверин 1% — 2 мл п\к, в м, в\в.

4. Клофелин 0,01% — 1 мл п\к или в растворе натрия хлорида 0,96 проц.—10 мл. в в, или 0,5—1 табл. (0,015) внутрь.

5. Эуфиллин 2,4%—5 мл в в медленно в разведении на 5-процентной глюкозе — 5—10 мл, или 24%—1 мл в\м.

6. Адельфан 1 таблетка внутрь.
7. Фуросемид 2 таблетки внутрь.
8. Корвалол (валокордин) 30—40 капель внутрь.
9. Сульфат магнезии 25% — 10 мл в м.
10. Возвышенное положение головы.
11. Обложить конечности теплыми грелками.

АНГИНОЗНЫЙ СИНДРОМ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА

Одним из наиболее часто встречающихся в практике стоматолога сопутствующим патологическим состоянием является: ишемическая болезнь сердца (ИБС). Ишемическая болезнь сердца — группа заболеваний коронарных артерий сердца и миокарда, связанных в основном с атеросклерозом и ишемией миокарда. Причины болевого синдрома в области сердца могут быть различными, чаще всего имеет место приступ стенокардии. При оказании помощи этой категории больных следует иметь в виду то обстоятельство, что диагностика и лечение в условиях стоматологического кабинета далеки от идеала и для предупреждения серьезных осложнений наиболее целесообразным следует считать отказ от стоматологических манипуляций, вызов терапевта, либо специализированной кардиобригады.

Лечение:

1. Покой, снятие эмоционального напряжения.
2. Горчичник на область сердца.
3. Кислород, проветривание помещения.
4. Нитроглицерин 1 таблетка под язык.
5. Сустанг, нитронг, тринитролонг, эринит (при отсутствии нитроглицерина один из перечисленных препаратов по показаниям). Корвалол (валокордин) 30—40 капель внутрь, или
6. Настойка валерьяны 30—40 капель внутрь, или
7. Настойка пустырника 30—40 капель внутрь
8. Папаверин 2%—2 мл в м, п\к.
10. Но-шпа 2% — 2—4 мл в м, п\к.
11. Анальгин 50%—2 мл в м, п\к.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Приступ бронхиальной астмы не является редким явлением в практической деятельности врача-стоматолога. Используемые в кабинете фармацевтические средства, являясь аллергенами, способны вызвать приступ этого заболевания. Как правило, больные самостоятельно могут устранить приступ теми лекарственными средствами, которые всегда имеют при себе. Однако в некоторых случаях требуется вмешательство медработников.

Клиника: Предвестниками являются заложенность в носу, першение в горле, кожный зуд. Затем появляется сухой кашель, чувство нехватки воздуха, учащается дыхание, развивается удушье. Одышка — экспираторного характера (вдох короче выдоха). Больной принимает вынужденное положение — руки укладывает на подлокотники, наклоняется вперед.

Лечение:

1. Кислород.
2. Адреналин 0,1%—0,5 мл п\к, или
3. Эфедрин 5%—1 мл п\к,
4. Преднизолон 90—120 мг (2—3 мг на кг веса) в\в.
5. Эуфиллин 2,4% 10 мл медленно на 20 мл глюкозы в\в, или 24 процента—1 мл в\м.
6. Искусственная вентиляция легких (по показаниям).
7. Проветривание помещения.
8. При легком приступе: ингаляции Беротек, вентолин.
9. Глюкоза 5% — 400 мл в\в капельно.
10. Натрия хлорид 0,89—400 мл в\в капельно.

11. Гепарин 5000 ЕД—1 мл в\в.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИСТУП

В стоматологической практике больные с эпилепсией встречаются постоянно, однако приступы приходится наблюдать не часто. Как правило, возникают проблемы с лечением больных, скрывающих от врачей свое заболевание, либо в тех случаях, когда анамнез собирается врачом небрежно, наспех.

Клиника: Неожиданно больной закатывает глаза. Лицо бледнеет или краснеет. Теряет сознание. Появляются судороги (по характеру различные). Голова и глазные яблоки совершают вращательные движения. Язык периодически высовывается, отмечаются выделения пенистой слюны.

Лечение:

1. Срочно удалить из рта инородные тела.
2. Ввести в рот воздуховод или палку (как правило это удается сделать лишь при готовности врача к возможному приступу).
3. Исключить травму при падении больного, судорожных движениях —поймать больного при падении, подложить под голову мягкий предмет быстро отодвинуть, убрать в сторону оборудование, инструментарий.
4. С целью исключения травм конечностей, ребер, позвоночника пациента недопустима тактика его насильственного удержания.
5. Диазепам 10 мг в\в, или
6. Седуксен 10 мг в 40%— 20 мл физ. р-ре в\в.
7. Тиопентал-натрий 5% — 5—10 мл в\м, или
8. Гексенал 5% — 5—10 мл в\м.
9. Аспирация рвотных масс.
10. Ко времени окончания приступа необходимо удалить свидетелей приступа, лишний медицинский персонал, создать тишину и необходимые условия для отдыха пациента. Сбор анамнеза, собеседование с больным после приступа нецелесообразны.

ВВЕДЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ ЖИДКОСТЕЙ

Это осложнение имеет место в практике стоматолога очень редко и встречается как правило при небрежном выполнении местного обезболивания, когда вместо анестетика в мягкие ткани вводится раствор, предназначенный для других целей. Обычно этим раствором является спирт, перекись водорода, нашатырный спирт, эфир и т. п.

Клиника: В момент введения "анестетика" отмечается необычное поведение пациента. Отмечаются жалобы на распирающие боли, чувство жжения в области инъекции. В некоторых случаях боли очень сильные, что приводит к соответствующим реакциям пациента. Диагностика этого осложнения обычно проводится легко — обнаружение шприца с настоящим анестетиком, флакона или ампулы с остатками агрессивной жидкости не оставляет сомнений в причине беспокойства больного.

Лечение:

Местные мероприятия.

1. В зону инъекции вводится физиологический раствор, либо 0,5% раствор новокаина в количестве в 3—5 раз большем, чем количество введенной агрессивной жидкости.
2. В некоторых случаях целесообразно сделать разрез и промыть область введения раствора любой нейтральной жидкостью — фурациллином, физиологическим раствором. Общие мероприятия.
1. Димедрол 1%—2 мл в м, п к, или Тавегил 0,1%—2 мл в\м, п к, или Супрастин 2%—1 мл в м, п к,
2. Кальция хлорид 10%—10 мл на 10 мл физ. р-ре в\в.
3. Антидоты по показаниям.
4. Анальгин 50% — 2 мл в м по показаниям.

ТОКСИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА АНЕСТЕЗИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО

Новокаин, тримекаин, лидокаин — сравнительно малотоксичные соединения. Значительно

большой токсичностью обладают кокаин, дикаин и совкаин. В клинической практике наиболее часто приходится наблюдать токсические реакции при использовании новокаина. Причинами этого является доступность, дешевизна, популярность новокаина, недостаточно высокий анальгезирующий эффект, вследствие чего анестетик вводится в ткани в избытке. Имеет значение невнимательность и безалаберность медперсонала. Максимальные безопасные дозы для наиболее популярных в стоматологии анестетиков составляют соответственно: для новокаина 2% — 15|25 мл, для тримекаина 2 проц. — 10-20 мл, для лидокаина 2 проц. — 10-20 мл. При этом следует иметь в виду индивидуальную повышенную чувствительность к анестетику и зачастую имеющееся место неучитывание анестетика, попавшего на слизистую и в желудок.

Клиника: Беспокойство, тахикардия, затем головокружение, общая слабость. Цианоз. Мышечный тремор, озноб, судороги. Тошнота, иногда рвота. Расстройство дыхания. Снижение артериального давления. Коллапс.

Лечение: При незначительной передозировке:

1. Удалить остатки анестетика со слизистой (прополаскивание рта)
2. Придать больному горизонтальное положение, расстегнуть одежду.
3. Дать вдохнуть пары нашатырного спирта. Свежий воздух. Кислород.
4. Кофеин 10 проц. - 1-2 мл п[, или
5. Кордиамин 2,5 проц. — 1-2 мл п\к, или
6. Эфедрин 5 проц.- мл п\к
7. По показаниям—промывание желудка через зонд водой с активированным углем. Дача слабительного.
8. При угнетении дыхания — кислород, иногда искусственное дыхание.
9. При возбуждении и борьбы с судорогами фенотиазины и барбитураты, тиопентал-натрий - 5 проц. — 5-10 мл в\м.
10. По показаниям сердечно-сосудистые средства.
11. Адреналин 0.1 проц.- 0,5-1,0 мл на глюкозе, или физ. р-ре внутривенно.
12. Преднизолол 30-60-90 мг в в, в\м, п\к, в язык.
13. Тавегил. Супрастин. Димедрол в\в, в\м, п\к, в язык.
14. Форсированный диурез. Обильное питье. Внутривенные инфузии. Лазикс (фуросемид) 1 проц.—2 мл в\в.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Наиболее частой причиной анафилактического шока на стоматологическом приеме является введение больному раствора анестетика, или антибактериального средства без учета аллергологического анамнеза. В большинстве случаев смертельный исход наступает в первые 30 минут, что требует проводить диагностику и весь объем терапевтических мероприятий максимально быстро.

Клиника: Для анафилактического шока характерно разнообразие клинических вариантов течения. Наиболее распространен и типичен кардиоваскулярный вариант развития анафилаксии, для которого основным признаком является быстрое снижение артериального давления. Асфиксический вариант шока характеризуется удушьем и нарушением газообмена в результате бронхоспазма, иногда — отека гортани. При церебральном варианте развивается неврологическая симптоматика — возбуждение, резкая головная боль, потери сознания, судороги, напоминающие эпилептический статус или нарушение мозгового кровообращения. Для абдоминального варианта характерны боли в животе, тошнота, рвота и диарея. В отдельных случаях может развиваться гепаторенальный синдром, проявляющийся в гепатомегалии, желтушности, явлении нефропатии вплоть до развития печеночно-почечной недостаточности.

При всем многообразии форм анафилактического шока чаще клиника представляется следующим образом. Через несколько минут после введения лекарственного средства возникает чувство жара, иногда зуда во всем теле. Наблюдается возбуждение, беспокойство, затем общая слабость. Резко снижается артериальное давление. Появляется головная боль,

головокружение. Наблюдается затрудненное дыхание. Кожные покровы краснеют, увлажняются, появляются пятна на всем теле и в зоне введения препарата. Возникают боли в животе, тошнота. Лечение:

Одновременно и быстро проводятся общие и местные мероприятия.

1. Прекращение введения аллергена.

2. Обколоть место введения аллергена раствором адреналина—5-10 мл физ. раствора 0,2-0,3 мл 0,1 проц. адреналина

3. По возможности—рассечение слизистой, кожи и механическое удаление аллергена, предупреждение его проглатывания, промывания полости, лунки зуба и т. п.

4. Холод на область инъекции.

5. Наложение жгута (если аллерген вводится в руку) выше инъекции.

6. Удалить протезы и инородные тела изо рта.

7. Выдвинуть нижнюю челюсть.

8. При необходимости—вести воздуховод, прошить язык, произвести конико, конико-крикотомию, трахеостомию. Общая терапия: Все препараты вводятся внутривенно, при безуспешности попыток в\в введения внутриязычно, в[м, п|к.

1. Горизонтальное положение больного (на спине).

2. Адреналин 0,1 проц.—0,5 мл на 40 проц.—20 мл глюкозы, или на физ. р-ре. Через 5-10-15 мин. инъекции повторяют. Высшая доза адреналина 2—3 мл. Если в вену препарат ввести не удастся, а внутримышечная или подкожная инъекция не желательны из-за критического состояния больного, то адреналин 0,1 проц.—0,5 мл, разведенный в 5 мл физ. раствора вводят в язык, либо ИНТРАХЕАЛЬНО, что является наиболее целесообразным. Удобнее делать прокол трахеи в области щитовидноязычной (конической) связки, т. е. чуть ниже щитовидного хряща.

3. Преднизолон 90—120 мг п[в, или Дексаметазон 16—24 мг в\в или гидрокортизон 600—800 мг в\в. Доза вводимых гормонов может быть в 2—3 раза выше указанной, так например, преднизолон может вводиться из расчета 3—5 мг на кг веса.

4. Тавегил 0,1 проц.—2 мл в [в, или Супрастин 2 проц.—2 мл в[в, или димедрол 1 проц. — 3-4 мл в[в.

5. Эуфилин 2,4 проц.—10 мл на 20 мл глюкозы медленно в [в, или 24 проц.— 1 мл в м (при бронхоспазме).

6. Сердечные гликозиды по показаниям.

КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ

Остановка дыхательной и сердечной деятельности в практике стоматолога встречается крайне редко. Причины могут быть различны — инфаркт миокарда, анафилактический шок, асфиксия, раздражение рефлексогенных зон носоглотки, гортани, поражение электрическим током и т. п. В любом из этих случаев в распоряжении лица, производящего реанимацию, имеется лишь 3—4 минуты для постановки диагноза и восстановления кровоснабжения мозга.

Клиника: Потеря сознания. Отсутствие пульса и сердечных тонов. Остановка дыхания. Бледность и синюшность кожи и слизистых, отсутствие кровотечения из операционной раны (лунки зуба). Расширение зрачков. Остановка дыхания обычно предшествует остановке сердца (при отсутствии дыхания сохранен пульс на сонной артерии и зрачки не расширены), что учитывается при реанимации.

Реанимация:

1. Уложить на пол или кушетку, запрокинуть голову, выдвинуть челюсть.

2. Очистить воздушные пути.

3. Провести искусственную вентиляцию легких и наружный массаж сердца.

а) при реанимации одним человеком в соотношении: 2 вдоха на 15 сдавливаний грудины;

б) при реанимации вдвоем в соотношении: 1 вдох на 5 сдавливаний грудины

Учитывать, что частота искусственного дыхания— 12-18 в мин., а частота искусственного

кровообращения-80-100 в мин. Искусственная вентиляция легких и наружный массаж сердца проводится длительное время, без пауз до приезда «реанимации».

4. Во время реанимации все препараты вводятся только внутривенно, внутрисердечно (адреналин предпочтительней - интратрахеально). Через 5—10 мин. инъекции повторяют.

а) Адреналин 0,1 проц.—0,5 мл в разведении 5 мл физ. раствора или глюкозы. Препарат вводят внутрисердечно, либо через прокол трахеи в области щитоперстневидной (конической) связки. Прокол трахеи возможен также на любом уровне — от щитовидного хряща до яремной вырезки. Инъекция в трахею в области щитоперстневидной связки технически считается наиболее простой.

б) Лидокаин 2 проц.—5 мл (1 мг на кг веса) в\в, внутрисердечно.

в) Преднизолон 120—150 мг (2—4 мг на кг веса) в\в, внутрисердечно.

г) Натрий гидрокарбонат (сода) 4 проц.—200 мл в\в.

д) Аскорбиновая кислота 5 проц.—3-5 мл в\в.

е) Холод к голове.

ж) Лазикс по показаниям 40\80 мг (2—4 ампулы) в\в.

5. Реанимация проводится с учетом имеющейся асистолии или фибрилляции, для чего необходимы данные электрокардиографии. При диагностике фибрилляции применяется дефибриллятор (если последний имеется в наличии), предпочтительней до проведения медикаментозной терапии. На практике все перечисленные мероприятия проводятся одновременно.

АСФИКСИЯ

На амбулаторном стоматологическом приеме из всех видов асфиксии — дислокационной, obturационной, стенотической, клапанной, аспирационной, наиболее вероятной является obturационная. В экстренных ситуациях, обусловленных острым аллергическим отеком (отек Квинке) obturацией просвета гортани инородным телом (марлевым шариком, зубом, протезом и т. п.), когда нет времени на проведение операции трахеостомии, на выполнение которой требуется не менее 10—15 минут даже у профессионала, производится операция коникотомии — вскрытие гортани путем рассечения щитоперстневидной (конической) связки. Эта операция технически проста, обезболивания не требует, проводится одним движением скальпеля, ее должен уметь проводить любой медработник, либо «парамедик» (рис. 1).

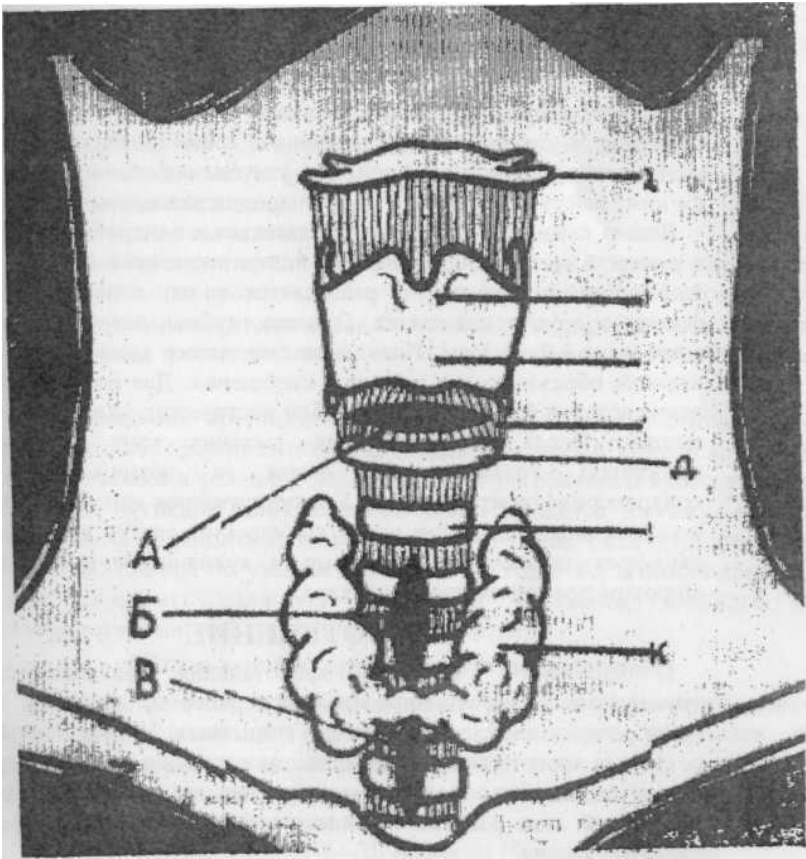


Рис. 1. Схема вариантов восстановления проходимости дыхательных путей

- а — подъязычная кость
- б — выступ трахеи
- в — щитовидный хрящ
- г — щитоперстневидная (коническая) связка
- д — перстневидный хрящ
- е — кольца трахеи (I кольцо)
- ж — щитовидная железа
- А — коникотомия
- Б — верхняя трахеотомия
- В — нижняя трахеотомия

Больному запрокидывают голову. Пальцами левой руки нащупывается углубление между нижним краем щитовидного и верхним краем перстневидного хрящей. Это углубление обычно находится на 2 см ниже выступа гортани (в простонародии называемого «кадыком»).

Лезвие скальпеля должно располагаться в поперечном направлении, а рукоятка — перпендикулярно к поверхности шеи. Резким, колющим движением одновременно рассекается кожа, подкожная клетчатка, фасция и коническая связка. Обычно глубина погружения скальпеля составляет 1,0—1,5 см. Появление свистящего дыхания подтверждает наличие образованного в трахею сообщения. Для свободного прохождения воздуха в разрез вводят любой инструмент, например: зажим или пинцет. После восстановления дыхания рану ушивают, либо производят трахеостомию, помня о возможности развития хондроперихондрита гортани. Конкурирующим коникотомии методом можно считать введение через коническую связку в просвет трахеи двух-трех заранее заготовленные и хранящихся в аптечке игл с широким просветом, либо троакара.

КРОВОТЕЧЕНИЕ

С проблемой остановки кровотечения сталкиваются врачи-стоматологи всех специальностей — терапевты, ортопеды, ортодонты и, конечно, хирурги. Если для опытных хирургов-стоматологов остановка кровотечения в большинстве случаев не является проблемой, то для тех из них, кто работает в небольших поликлиниках и имеет небольшой стаж работы, остановка кровотечения порой представляет сложную задачу.

Существуют следующие способы остановки кровотечения из ран на коже, слизистой, лунки зуба, костной раны:

1. Прижатие сухой марлей.
2. Прижатие марлей, смоченной кровоостанавливающим средством.
3. Прижатие марлей, смоченной физ. раствором.
4. Введение в рану гемостатического средства — гемостатической губки, желатиновой губки, фибриновой пленки, тромбина, гемофобина, амбена, капрофера, оксигелокса и т. п.
5. Электрокоагуляция.
6. Наложение зажима на сосуд.
7. Наложение зажима на сосуд и его выкручивание.
8. Перевязка сосуда в ране (использование лигатуры без иглы).
9. Прошивание сосуда в ране.
10. Ушивание раны и наложение давящей повязки.
11. Сдавливание сосуда в губчатой кости (щипцами, долотом и т. п.).
12. Вбивание фрагмента аутокости в кровоточащее отверстие челюсти.
13. Тугая тампонада раны.
14. Прошивание сосуда на протяжении.

В зависимости от локализации, глубины раны, характера патологического процесса, сопутствующей патологии (заболевания крови, печени, гипертоническая болезнь и т. п.) проблема остановки кровотечения решается легко, либо представляет собой сложную задачу.

При ранении крупного сосуда вряд ли следует считать целесообразным прошивание сосуда (лицевой, язычной, сонной артерии) на протяжении в условиях поликлиники. При обильном кровотечении из раны, функция амбулаторного врача сводится к тому, чтобы обнаружить и прошить кровоточащий сосуд в ране. Если предпринятая попытка успехом не увенчается, то

следует плотно затампонировать рану, наложить давящую повязку и доставить, больного в специализированный хирургический стационар.

Общая терапия при кровотечении включает:

Местные способы остановки кровотечения зачастую необходимо дополнять общими для скорейшего достижения результата и уменьшения вероятности повторного кровотечения:

1. Снижение артериального давления (по показаниям).
2. Возвышенное положение головы.
3. Хлористый кальций 10%—10 мл в|в на 10 мл физ. раствора, аскорбиновая кислота 5% — 5—10 мл в|в.
4. Витамин В12 — цианокобаламин 0,05%—1 мл в м, в в.
6. Витамин К—викасол 1 проц.—1 мл в|м, 0,015 гю 2 табл. 2 раза в день внутрь (эффект проявляется через 12—18 часов и более).
7. Витамин Р—рутин 0,05 по 1 табл. 3 раза в день внутрь.
8. Аскорут.ин—по 1 таблетке 3 раза в день внутрь.
9. Памба (амбен) 1%—10 мл в[в, по 1 табл. через 3—4 часа, или
10. Дицинон 12,5%—2 мл в[в.(эффект проявляется через 10 минут).

В амбулаторной хирургической стоматологической практике не редко встречаются больные, у которых стоматологическая патология сочетается с заболеванием крови с нарушением ее свертывания. Возможны несколько вариантов в тактике ведения таких больных в зависимости от характера заболевания, времени обращения в стационар, объема проведенного обследования.

1. При имеющемся упорном кровотечении и отсутствии в анамнезе данных о заболевании крови и при безуспешных попытках остановки кровотечения в амбулаторных условиях больного целесообразно направить на лечение в челюстно-лицевой стационар, где хирург совместно с терапевтом проводят необходимые обследования и лечебные мероприятия, с последующей консультацией гематологом.

2. Заболевание крови выявляется после хирургического вмешательства (чаще по вине больного). В таких случаях производится остановка кровотечения в условиях поликлиники, а при отсутствии эффекта в челюстно-лицевом стационаре и затем больной направляется в гематологическое отделение.

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

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

Список необходимого оборудования,
инструментария и лекарственных средств

1. Аппарат для измерения артериального давления.
2. Воздуховод.
3. Роторасширитель.
4. Одноразовые шприцы и иглы.
5. Одноразовые системы.
6. Трахеостомическая трубка.
7. Глюкоза 5% — 400 мл в заводской упаковке.
8. Физ. раствор 400 мл в заводской упаковке.

9. Полиглюкин 400 мл в заводской упаковке.
 10. Адреналин.
 11. Преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон.
 12. Кальция хлорид.
 13. Эуфиллин.
 14. Строфантин, коргликоин.
 15. Димедрол, тавегил, супрастин.
 16. Анальгин.
 17. Реланиум, диазепам, седуксен.
 18. Децинон.
 19. Папаверин, дибазол, но-шпа.
 20. Кофеин.
 21. Кордиамин.
 22. Эфедрин.
 23. Клофелин, адельфан.
 24. Нитроглицерин, валидол.
 25. Корвалол (валокардин).
 26. Настойка валерьяны, пустырника.
 27. Нашатырный спирт.
 28. Резиновый жгут.
 29. Кислородная подушка.
 30. Ручной респиратор (мешок Амбу).
 31. Викасол, рутин, памба (амбен).
 32. Эпсилонаминокапроновая кислота (100 мл р-р) амп. 100мл
- Примечание: Указанные средства и медикаменты обязательно должны находиться в аптечке стоматологического отделения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голиков С. Н. Неотложная помощь при острых отравлениях. -М.: Медицина, 1977 - 312 с.
2. Ожилви К. Экстренная помощь в медицинской практике (перевод с англ.) — М.: Медицина, 1987 - 672 с.
3. Машковский М. Д. Лекарственные средства. — М.: Медицина 1985-624 с.
4. Михайлович В. Л. Руководство для врачей скорой помощи. — М.: Медицина, 1989 - 544 с.
5. Ивасенко П. И. с соавт. Профилактика, неотложная помощь и реанимация при анафилактическом шоке и практике врача-стоматолога, Омск, 1994.
6. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. - М.: Медицина, 1990-576 с.
7. Рябов Г. Л. Критические состояния в хирургии. - М. Медицина, 1979.
8. Чазов Е. И. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь: Справочник — М.: Медицина, 1988-640 с.