

# НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ

## ПАМЯТКА

Для оказания своевременной медицинской помощи в клинике должна быть скомплектована укладка лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания неотложной помощи согласно Приказу от 30 октября 2020 г. №1183н

Состояние	Клинические признаки	Алгоритм неотложной помощи
Гипертонический криз	<p>Головная боль в затылочной области, тошнота, рвота, онемение губ, лба, гиперемия лица, мелькание мушек перед глазами, спутанное сознание, носовое кровотечение, кровотечение в области операционного поля.</p> <p><b>NB!</b> Во время гипертонического криза может развиваться нарушение мозгового кровообращения динамического характера или инсульт; нередко отмечается стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная астма и отек легких.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Вызов бригады СМП</li><li>2. До прибытия бригады СМП: <b>каптоприл</b> сублингвально 25 мг, при недостаточном эффекте повторно через 30 минут в той же дозе. <b>При отсутствии эффекта: нифедипин</b> по 10-20 мг сублингвально, при недостаточном эффекте повторно через 30 минут в той же дозе. При сочетании повышенного САД и тахикардии – <b>пропранолол</b> 10-40 мг сублингвально (противопоказан при бронхиальной астме и брадикардии).</li></ol> <p><b>NB! ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Анестетики и ретракционные нити с добавлением адреналина применяют по строгим показаниям.</li><li>2. Перед введением анестетика необходимо проведение аспирационной пробы.</li><li>3. При поступлении крови в карпулу обязательно изменить положение иглы, чтобы избежать внутривенного введения анестетика с адреналином.</li></ol>
Обморок	<p>Дискомфорт, ощущение дурноты, головокружение, шум в ушах, неясность зрения, нехватка воздуха, появление холодного пота, ощущение «комка в горле», онемение языка, губ, кончиков пальцев.</p> <p>Продолжается от 5 секунд до 2 минут.</p> <p>Кожа пациента бледнеет, покрывается испариной, пульс нитевидный или отсутствует, артериальное давление резко снижено или не определяется.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Уложить пациента в положение Тренделенбурга (лежа на спине под углом 20-45° с приподнятым тазом по отношению к голове).</li><li>2. Снять галстук, ослабить воротник, пояс — обеспечить доступ свежего воздуха и возможность свободного дыхания.</li><li>3. Рефлекторно воздействовать на дыхательный и сердечно-сосудистый центры (вдыхание паров 10% раствора <b>нашатырного спирта</b>).</li><li>4. При затяжном течении обморока ввести 10% р-р <b>кофеин-бензоата натрия</b> - 1 мл п/к. <b>При отсутствии эффекта:</b> 5% р-р <b>эфедрина</b> - 1 мл п/к или <b>мезатона</b> 1% - 1 мл п/к.</li><li>5. При выходе из обморочного состояния обеспечить проходимость дыхательных путей, затем покой, оксигенотерапия, горячий чай.</li></ol>

<p>Гипогликемическая кома</p>	<p>Общая слабость, профузная потливость, дрожь всего тела, чувство голода.</p> <p>Возможны: головная боль, сердцебиение, онемение губ, языка, парестезии, диплопия.</p> <p>У пациента наблюдается: расширенные зрачки, тонус глазных яблок не изменен, АД в норме, запах ацетона отсутствует.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Уложить пациента на бок.</li> <li>2. Внутривенно 40% р-р <b>глюкозы</b> в дозе 0,2-0,5 мл/кг или внутримышечно <b>глюкагон</b> 1 мг (детям с массой тела менее 20 кг — 20–30 мкг/кг).</li> </ol> <p><b>При восстановлении сознания</b> – перорально быстроусвояемые углеводы (1-2 куска сахара-рафинада или 1–2 чайные ложки сахара-песка, сладкий чай, сладкий сок, варенье).</p>
<p>Острый коронарный синдром</p>	<p>Давящая сжимающая боль за грудиной, в глубине грудной клетки, иррадирующая в левую лопатку, плечо, предплечье, эпигастральную область, в левую половину шеи и нижней челюсти.</p> <p>Жалоба на чувство страха смерти.</p> <p>Характерный жест пациента при демонстрации локализации боли: ладонь или кулак на груди.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Уложить больного с приподнятой головой.</li> <li>2. Измерить АД.</li> <li>3. Вызвать бригаду СМП.</li> <li>4. Под язык – <b>нитроглицерин</b> по 0,4 мг каждые 5 минут трехкратно, под контролем ЧСС и АД. Снижение АД менее чем 90/60 мм рт. ст. требует отмены препарата.</li> <li>5. При сохранении боли более 10 минут – разжевать таблетку <b>ацетилсалициловой кислоты</b> в дозе 250-300 мг.</li> <li>6. В/в медленно – р-р <b>анальгина</b> 50% - 2 мл в разведении 0,9% - 10 мл физраствора.</li> <li>7. При отсутствии противопоказаний – <b>пропранолол</b> 10-40 мг сублингвально.</li> </ol> <p><b>NB! Противопоказания</b> – бронхиальная астма, брадикардия) САД менее 90 мм рт. ст.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Госпитализация.</li> </ol>
<p>Судорожные состояния</p>	<p>Проявляются непроизвольными сокращениями поперечнополосатой мускулатуры.</p> <p>Возможные причины:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Эпилепсия</li> <li>· Токсическое действие местных анестетиков</li> <li>· Нарушения сердечного ритма</li> <li>· Острое нарушение мозгового кровообращения</li> <li>· Тепловой удар</li> <li>· Гипертермия, лихорадка</li> <li>· Гипокальцемиа</li> <li>· Эклампсия</li> <li>· Черепно-мозговая травма</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ослабить галстук или воротник.</li> <li>2. Подложить под голову что-нибудь мягкое и плоское.</li> <li>3. Освободить рот от посторонних предметов (инструментов и материалов).</li> <li>4. Уложить пациента на бок во избежание аспирации.</li> </ol> <p><b>Вызов бригады СМП необходим, если приступ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Происходит у беременной.</li> <li>2. Длится дольше пяти минут.</li> <li>3. Новый приступ начинается вскоре после первого.</li> <li>4. После приступа сознание не восстанавливается.</li> </ol> <p><b>NB! ЗАПРЕЩЕНО!</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Фиксировать пациента.</li> <li>2. Вводить в полость рта различные устройства в фазе судорог.</li> <li>3. Насильно разжимать зубы.</li> </ol>

<p>Анафилаксия</p>	<p>Поражение кожи и/или слизистых: генерализованная крапивница, зуд и/или эритема, отек губ, языка.</p> <p>Респираторные проявления: затруднение дыхания, одышка, кашель, заложенность носа, чихание, хрипы в груди, стридор, гипоксемия.</p> <p>Внезапное снижение артериального давления.</p> <p>Персистирующие гастроинтестинальные нарушения: спастические боли в животе, рвота.</p> <p><b>NB! ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СОСТОЯНИЯ АНАФИЛАКСИИ НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ ДВУХ И БОЛЕЕ ПРИЗНАКОВ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вызвать реанимационную бригаду СМП.</li> <li>2. Уложить пациента в горизонтальное положение с приподнятыми ногами. Тепло укрыть.</li> <li>3. Обеспечить проходимость дыхательных путей.</li> <li>4. П/к, в/м, сублингвально ввести 0,3 - 0,5 мл 0,1% р-ра <b>адреналина</b>, вторую дозу можно вводить через 5 минут. Обколоть место инъекции 0,3 - 0,5 мл 0,1% р-ра адреналина при реакции на введение препарата. При отсутствии эффекта от в/м введения адреналина — в/в введение 1мл 0,1% адреналина на 9 мл 0,9% раствора хлорида натрия. При неэффективности наладить постоянное капельное вливание 2 мл 0,1% раствора <b>адреналина</b> или 1-2 мл <b>мезатона</b> или 5 мл 0,2% раствора <b>норадреналина</b> с 250 мл 5% раствора глюкозы.</li> <li>5. В/в струйно <b>преднизолон</b> 90-150 мг.</li> <li>6. В/в 0,9% р-р <b>хлорида натрия</b> – 400-800 мл.</li> <li>7. В/м 2 мл 2% <b>супрастина</b>.</li> <li>8. При бронхоспазме – в/в р-р <b>эуфиллина</b> 2,4% – 5-10 мл в 10 мл 40% раствора глюкозы</li> <li>9. До приезда реанимационной бригады — постоянный контроль АД, пульса, дыхания.</li> <li>10. При выраженном стридорозном дыхании — коникотомия, сердечно-легочная реанимация по необходимости.</li> </ol>
<p>Ангионевротический отек (отек Квинке)</p>	<p>Локальные отеки губ, век, слизистых оболочек полости рта (языка, мягкого неба, миндалин), дыхательных путей (гортани), желудочно-кишечного тракта, мочеполовой области.</p> <p>В области отека отмечается напряжение тканей эластической консистенции, при давлении ямки не остается, пальпация припухлости безболезненна.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вызвать бригаду СМП.</li> <li>2. Придать пациенту положение лежа, голову слегка запрокинуть.</li> <li>3. Измерять АД, при снижении – п/к 0,1-0,5 мл 0,1% р-ра <b>адреналина</b>.</li> <li>4. ГКС (<b>преднизолон</b> 60-90 мг в/м или в/в; <b>дексаметазон</b> 8-12 мг в/в).</li> <li>5. Антигистаминные (<b>супрастин</b> 2%-2,0 в/м).</li> <li>6. Мониторинг состояния до прибытия СМП.</li> </ol>
<p>Приступ бронхиальной астмы</p>	<p>Сухой кашель с незначительным количеством стекловидной мокроты, свистящее дыхание, значительно удлинение выдоха по отношению к вдоху.</p> <p>Пациент принимает вынужденное положение: сидит, опираясь на руки, вовлекая в акт дыхания дополнительные мышцы.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вызов бригады СМП.</li> <li>2. Применение индивидуального ингалятора.</li> <li>3. Госпитализация.</li> </ol> <p><b>При отсутствии эффекта от индивидуального ингалятора:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В/в 10-20 мл 2,4% р-ра <b>эуфиллина</b> или</li> <li>2. В/м или в/в <b>преднизолон</b> 60-90 мг или</li> <li>3. В/в р-р <b>адреналина</b> 1 мг на 10 мл изотонического р-ра хлорида натрия.</li> <li>4. При наличии – ингаляция увлажненного кислорода.</li> </ol>

# АВС: АЛГОРИТМ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА ПРИ РАЗВИТИИ НЕОТЛОЖНОГО СОСТОЯНИЯ

Цель: определение состояния ведущих витальных функций и необходимости реанимационных мероприятий.

Базовый алгоритм АВС является основой повышения выживаемости стоматологических пациентов, так как он наиболее приемлем и выполним в условиях амбулаторной стоматологии до проведения квалифицированного этапа оказания медицинской помощи.

**NB!** Обнаруженная проблема (А→В→С) должна быть решена немедленно, ДО перехода к следующему шагу.

## ⊖ А (AIRWAYS) — ОЦЕНКА ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (<10 СЕКУНД)

Оценивается	Выполняется
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Сначала визуально («смотрю») — наблюдение за движениями грудной клетки и живота.</li><li>2. Затем, наклонившись над лицом пациента («слушаю» — дыхательные шумы, «ощущаю» — дыхание): «щека ко рту» и «ухо к носу».</li><li>3. Если дыхательные пути полностью проходимы, продолжают дальнейшую оценку и переходят к этапу ⇒ В (Breathe support).</li></ol> <p>4. Если дыхательные пути непроходимы, и их проходимость может быть восстановлена, <b>ВЫПОЛНЯЕТСЯ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Приемы обеспечения проходимости дыхательных путей: тройной прием Сафара, введение воздуховода, ларингеальной маски, комбинированной пищеводно-трахеальной трубки, коникотомия.</li><li>2. Кислородотерапия (при SpO<sub>2</sub>&lt;92%).</li></ol>

## ⇒ В (BREATHE SUPPORT) — ОЦЕНКА ДЫХАНИЯ

Оценивается	Выполняется
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Частота дыхательных движений (тахипноэ, брадипноэ).</li><li>2. Характер движений грудной клетки (нормальное, парадоксальное).</li><li>3. Глубина дыхания.</li><li>4. Положение трахеи (пальпаторно) и наполнение вен шеи (с помощью фонарика).</li><li>5. Если дыхательная недостаточность отсутствует, продолжают оценку и переходят к этапу ↻ С (circulation).</li></ol> <p>6. Если дыхательная недостаточность диагностирована, <b>ВЫПОЛНЯЕТСЯ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Кислородотерапия (при I-II степени).</li><li>2. ИВЛ «рот в рот» (рот и нос) при III степени — количество вдохов/мин для взрослого человека 16-20. При наличии специального оснащения необходимо как можно раньше начать его использование (лицевые маски, мешки Амбу).</li></ol>

**Оценивается**

1. Периферический пульс на лучевых артериях (сначала определить симметричность пульса на обеих артериях, затем — на одной лучевой артерии в течение 10 секунд):
  - пульс на лучевой артерии хорошего наполнения — САД $\geq$ 80 мм рт. ст.;
  - пульс на лучевой артерии слабого наполнения, нитевидный — САД~60-70 мм рт.ст.;
  - пульс на лучевой артерии не определяется и есть только на сонной артерии — САД~20-40 мм рт. ст.
2. Пульс на сонной артерии не определяется — признак остановки сердца.
3. Симптом белого пятна (произвести сдавливание кожи кончиками пальцев: при нарушении кровообращения наблюдается исчезающее белое пятно в течение 5 секунд после сдавливания, в норме симптом сохраняется менее 2 секунд).
4. АД.

**Выполняется**

1. Остановка кровотечения при его наличии.
2. Обеспечение внутривенного доступа с последующим проведением инфузионной терапии.
3. При асистолии, шоковом ритме (фибрилляция желудочков, желудочковой тахикардии без пульса) — сердечно-легочная реанимация.

**Источники:**

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2020 № 1183н "Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослым в неотложной форме", дата опубликования 24.11.2020
2. Дружкин Е.В. Купирование неотложных состояний в стоматологии // БМИК. 2017. №11
3. Казанцев Д.А., Казанцева О.Н., Демьяненко С.А. «Неотложные состояния в стоматологической практике. Учебное пособие», изд. ФКГУ, г. Симферополь 2016 г.
4. Максимовский Ю.М. с соавт. Экстренные и неотложные состояния в практике стоматолога. Пособие для врачей. ОАО «Стоматология»
5. Кохан А.М. Первая помощь на амбулаторном стоматологическом приеме
6. Елисеева Е. В. с соавт. Алгоритм оценки угрожающего состояния пациента на стоматологическом приеме: литературный обзор, новые перспективы// Главврач Юга России. 2021. №3 (78)
7. Бичун А. Б., Васильев В. В., Михайлов А. Б. Экстренная помощь при неотложных состояниях в стоматологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 320 с.
8. Шугайлов И.А. Боль, обезболивание и неотложная помощь пациентам в стоматологической практике. РМАПО, 2012
9. Гольяпина И. А. Неотложная терапия критических состояний на догоспитальном этапе: учебное пособие. Изд. 2-е, доп. Ставрополь: Фабула, 2013. 147 с.
10. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке (АШ) у взрослых, 2022 год <https://www.dental86.ru/assets/files/stomsluzba/normativ/anafil.pdf?ysclid=lacb7cgu20609831321>
11. Геккиева А. Д. Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 128 с.: ил. Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460078.html>.
12. Первая помощь и медицинские знания: практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях [Электронный ресурс] / Под ред. Л. И. Дежурного, И. П. Миннуллиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
13. Сердечно-легочная и церебральная реанимация / В. В. Мороз, И. Г. Бобринская, В. Ю. Васильев, А. Н. Кузовлев, Е. А. Спиридонова, Е. А. Тишков. М.: НИИ ОР РАМН, ГОУ ВПО МГМСУ, 2011. 48 с.
14. Сафар П., Бичер Н. Дж. Сердечно-легочная и церебральная реанимация. М.: Медицина, 2003. 552 с.
15. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) / Под ред. чл.-корр. РАН В. В. Мороза 3-е издание, переработанное и дополненное. М.: НИИОР, НСР, 2016. 192 с. Полная версия Рекомендаций Европейского совета по реанимации 2015 г. доступна на сайте [www.cprguidelines.eu](http://www.cprguidelines.eu).
16. Обзор рекомендаций American Heart Association по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2010 г. Текст: электронный // URL: [https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm\\_317344.pdf](https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317344.pdf).
17. Обзор рекомендаций American Heart Association по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2015 г. Текст: электронный // URL: <https://bashgmu.ru/upload/New%20Folder/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Russian.pdf>
18. Обзор рекомендаций American Heart Association по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2020 г. Текст: электронный // URL: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/aha.pdf>.
19. Неотложная помощь в амбулаторной стоматологии: учеб.-метод. пособие / Р.Г. Хафизов, Д.А. Азизова, Ф.А. Хафизова, Э.М. Зарипова, А.К. Житко. Казань: Казан. ун-т, 2014.-24 с.