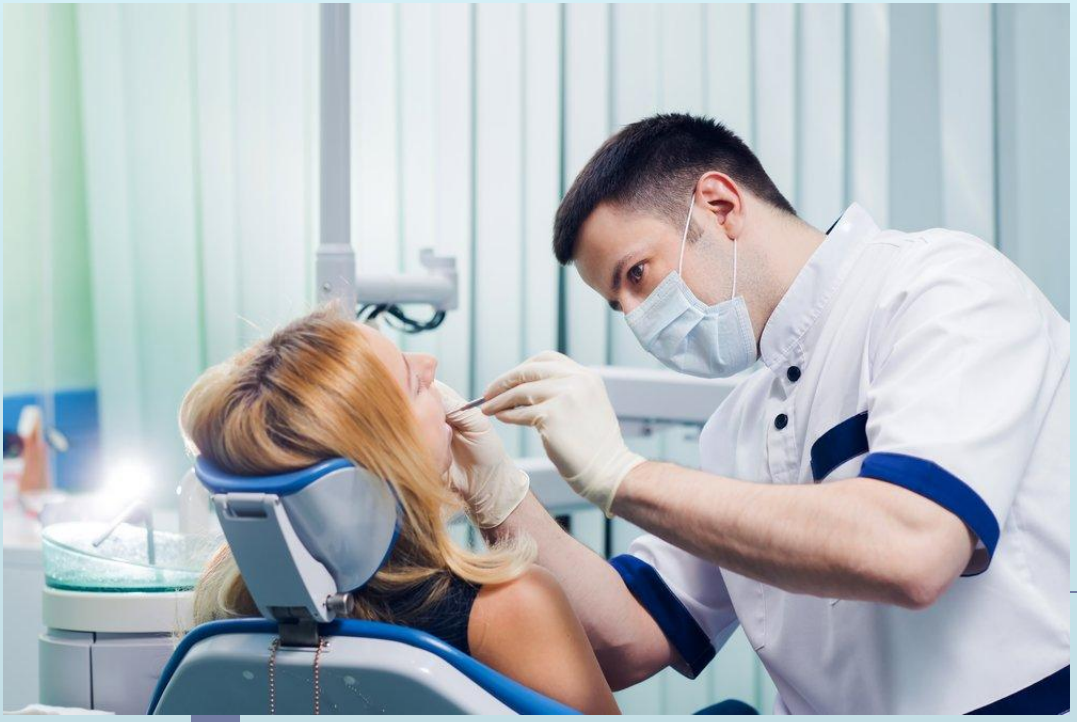


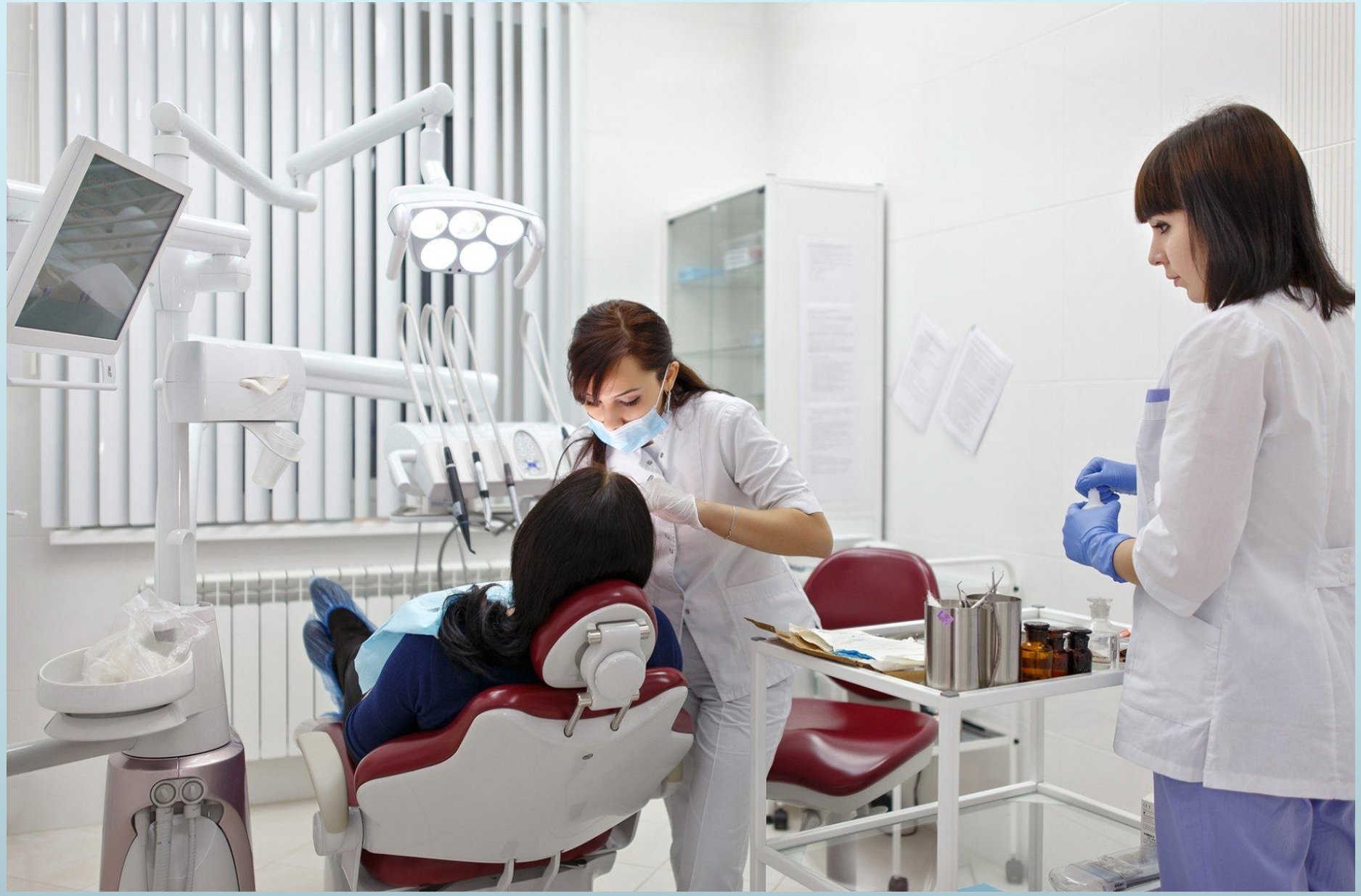
Неотложная кардиологическая помощь в практике стоматолога

Доцент Журавлева Н.В.

Приказ о неотложной помощи в стоматологии № 1496н от 07.12.2011 “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях”.

По времени развития неотложных состояний

- До лечения -1,5 %
- Во время или после местной анестезии -54,9 %
- Во время лечения- 22%
- После лечения -15,5 %
- После выхода из кабинета -155 %



- В современной стоматологической практике возникновение неотложных состояний достаточно распространённое прогнозируемое явление :
- специфические факторы амбулаторного стоматологического приёма
- массовый вид амбулаторной медицинской помощи, находящийся по обращаемости на втором месте после общетерапевтического
- времени для всестороннего обследования больного не всегда хватает.

- Высок процент пациентов с наличием сопутствующей соматической патологии

- Стоматологическое вмешательство у многих больных проводится при значительном психо-эмоциональном напряжении, связанном с длительно продолжающимся болевым синдромом

- Это обусловливает снижение порога восприятия раздражений и повышает стресс-реакции организма до патологического уровня

- Значительная часть сегодняшних пациентов имеет отрицательные эмоциональные воспоминания о посещении стоматологического кабинета в прошлом

- Не следует забывать и о возможности токсического действия анестезирующих препаратов, способных вызывать тяжёлые осложнения, опасные для жизни пациента

- Каждый врач- стоматолог должен уметь распознать наиболее часто встречающиеся неотложные состояния и уметь оказать первую помощь

Причины возникновения неотложных состояний

- Эмоционально-болевой синдром
- Стоматологическое вмешательство - эмоционально травматическое мероприятие для большинства пациентов

.

Причины подобных реакций

- - ранее проведённые болезненные манипуляции,
- - страх перед медицинским вмешательством,
- - особенности темперамента пациентов,
- - пациенты с лабильной психикой и психо-соматическим статусом,
- - страх перед возможной болезненностью стоматологических манипуляций

- Соматические заболевания пациента влияют на исход стоматологического лечения
- Стоматологическое лечение может спровоцировать обострение заболевания, вплоть до терминальных состояний
- Стоматолог обязан еще до лечения провести консультацию с соответствующими специалистами о необходимой премедикации.

Организация неотложной помощи

1.Подготовка персонала к внештатным ситуациям

- проведение тренеровочных мероприятий «работа в команде», наличие наборов для оказания неотложной помощи, стандартные операционные процедуры (СОПы) при развитии неотложных ситуаций

2. **Отбор клиентов для стоматологического лечения**

- минимизировать выявленные факторы риска еще до начала стоматологического лечения. Экстренная стоматологическая помощь должна проводиться с соответствующим мониторированием, адекватным применением системно действующих препаратов.

Организация неотложной помощи

- **Что учитывать при амбулаторных стоматологических вмешательствах?**

-Возраст

-Продолжительность манипуляции

-Наличие взрослого сопровождающего

- Воздерживаться от амбулаторных манипуляций, при которых высока вероятность развития интенсивной послеоперационной боли

- Избегать амбулаторных процедур, которые могут сопровождаться значительным послеоперационным кровотечением

Организация неотложной помощи

- **Оценка пациента (не более чем за 2-4 недели). Вопросы клиенту (с использованием карты):**
- Проводилось ли Вам когда-либо стоматологическое вмешательство?
- Боитесь ли Вы предстоящего лечения?
- Были ли у Вас неприятные впечатления от посещения стоматолога ранее?
- Принимаете ли Вы какие – либо лекарства постоянно (включая оральные контрацептивы)?
- Лечились ли Вы у врача за последние два года?
- Есть ли у Вас аллергия (например, зуд, кожные высыпания, опухание рук, или глаз) или лекарственная болезнь от пенициллина, аспирина или других препаратов?
- Были ли у Вас сильные кровотечения, которые требовали специального лечения?
- Беременны ли Вы?
- Курите те ли Вы, злоупотребляете ли алкоголем?
- Страдаете ли ВЫ каким-нибудь серьезным заболеванием, таким как гипертензия, заболевания сердца, диабет, эпилепсия, астма (подробно в разделе профилактика)
- Были ли у Ваших родственников тяжелые осложнения во время анестезии?

Профилактика неотложных состояний

- **Профилактика -** наилучший способ избежать неотложных состояний. Клиническое обследование – исходная база для ведения больных с ургентными состояниями.

Стратегия неотложной помощи

- Лечить медикаментозно
- Наблюдать/ обследовать
- Если исключить опасное заболевание нельзя- вести как опасное
- Успокоить
- Пациент , доверяя врачу успокаивается

Артериальная гипертензия

- Лечение пациентов с хорошо компенсированной гипертензией (< 140/90 mm Hg) имеет мало отличий от оказания стоматологической помощи обычных клиентам. Осложнений обычно не наблюдается.
- Больных АГ лучше принимать во вторую половину дня. Гипертоникам с избыточной тревогой назначьте транквилизаторы на ночь перед визитом.
- Измеряйте всякий раз АД перед процедурой у человека с известной гипертензией.
- По крайне мере один раз в год измеряйте АД другим клиентам, не имеющим сердечно-сосудистых заболеваний.

Артериальная гипертензия

- Плановая стоматологическая помощь должна быть отложена при АД **постоянно** >**160/100**, **экстренная - при АД >180/110**. Направьте пациентов к терапевту/кардиологу
- Вызовите скорую медицинскую помощь (СМП), если у пациента тяжелая бессимптомная АГ с **АД >240/130 мм Hg** без или симптоматическая АГ (повышенное АД в сочетании с головной болью, сердечной недостаточности, стенокардией)

Гипертонический криз

Гипертонический криз – внезапное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного его снижения

Определение ГК (ВОЗ)

Клиническая картина

- Внезапное начало.
- Высокий (относительно привычных цифр) подъем АД
- Церебральные, кардиальные и вегетативные симптомы.

Цель терапии ГК - плавное снижение АД на 25% в течении 2-6 часов

Осложненные гипертонические кризы

- Гипертоническая энцефалопатия
- Инфаркт головного мозга
- Внутричерепное кровоизлияние
- Расслоение аорты
- Острая левожелудочковая недостаточность
- Отек лёгких
- Расслоение аорты
- Почечная недостаточность
- Эклампсия

Перед лечением криза врачу необходимо решить вопрос о наличии осложнений

Неосложненный ГК

- нифедипин 5-20 мг
- каптоприл 25-50 мг
- пропранолол 20-40 мг (при тахикардии)
- Эналаприлат **в дозе 0,625–1,25 мг** в\в струйно

Неосложненное течение гипертонического криза

- состояние, при котором требуется снижение АД в течение нескольких часов и которое не сопровождается появлением признаков поражения органов-мишеней

- **В этом случае ГК может быть купирован с помощью приема одного из антигипертензивных препаратов, начало действия которого варьирует от 5 до 60 мин после приема**

Лечение неосложненного гипертонического криза

- В случае отсутствия эффекта снижения АД через 30–40 мин на 10–15% к исходному уровню следует повторить прием того же антигипертензивного препарата или принять препарат из другой группы

- ***Лечение неосложненного ГК может проводиться в амбулаторных условиях !!!!!***

- **При ГК, не купирующемся на догоспитальном этапе, а также сочетающемся с выраженной энцефалопатией и другими осложнениями, требуется экстренная госпитализация в специализированный стационар**

Гипертонические кризы осложненные (жизнеугрожающие)

- **Осложненное течение ГК** – состояние, при котором требуется экстренная терапия (снижение АД в течение первых минут и часов при помощи парентерально вводимых препаратов)
- сопровождается появлением или усугублением признаков поражения органов-мишеней:

- ***нестабильная стенокардия***
- ***инфаркт миокарда***
- ***острая левожелудочковая недостаточность***
- ***расслаивающая аневризма аорты***
- ***эклампсия, инсульт***
- ***отек диска зрительного нерва***

- Пациенты с осложненным течением ГК должны быть **госпитализированы в специализированный стационар**
- Применяют лекарственные препараты, начало действия которых варьирует **от 1 до 10–20 мин после введения**

Гипертонические кризы осложненные (жизнеугрожающие)

- При систолическом АД более 200 мм рт. ст. и/или диастолическом АД более 120 мм рт. ст. показана *интенсивная антигипертензивная* терапия
- В течение первых 30 мин АД следует снижать не более *чем на 25%* от исходного уровня
- в последующие 2 часа – систолическое АД до 160 мм рт. ст., диастолическое АД – до 100 мм рт. ст.
- Не следует снижать уровень АД слишком быстро (во избежание ишемии головного мозга, почек, миокарда)

Особенности оказания неотложной помощи в зависимости от осложнений ГК

- *острый коронарный синдром:*
- **нитраты** *в/в* (изокет по 10 мл 0,1% раствора развести в 200–400 мл 0,9% раствора хлорида натрия и вводить в/в капельно с начальной скоростью 10 мкг/мин, постепенно увеличивая дозу до 75–100 мкг/мин)
- **БАБ в/в** (0,1% раствор обзидана по 1 мл под контролем ЧСС и АД);

Гипертонические кризы осложненные (жизнеугрожающие)

- *острая левожелудочковая недостаточность и отек легких:*

- **нитраты** в/в капельно (изокет по 10 мл 0,1% раствора развести в 200–400 мл и 0,9% раствора хлорида натрия и вводить в/в капельно с начальной скоростью 10 мкг/мин, постепенно увеличивая дозу до 75–100 мкг/мин)
- **фуросемид** в/в 40–80 мг и более под контролем АД; эналаприлат в/в 1,25 мг (1 мл)
- при недостаточном эффекте – **нитропруссид натрия** в/в капельно из расчета 0,5–10 мкг/кг/мин, растворив в 250–500 мл 5% глюкозы, под контролем АД

Гипертонические кризы осложненные (жизнеугрожающие)

- **острая гипертоническая энцефалопатия**:
- **нитропруссид** *натрия* в/в 0,5–10 мкг/кг/мин растворить в 250–500 мл 5% глюкозы, под контролем АД
- *фуросемид в/в 40 мг*
- **25% раствор сульфата магния в/в струйно** по 5–10 мл, при необходимости в/в капельно по 1–2 г/ч
- **при судорожном синдроме 0,5% раствор диазепама** (реланиум) в/в по 2–4 мл;

Гипертонические кризы осложненные (жизнеугрожающие)

- **феохромоцитомные кризы:**
- **α-адреноблокаторы** (фентоламин в/в 5–20 мг); нитропруссид натрия в/в 0,5–1,0 мкг/кг/мин, растворив в 250–500 мл 5% глюкозы, под контролем АД
- **нифедипин** по 10 мг пож язык.

- ***Противопоказаны БАБ в качестве первоначального средства***

ГК при беременности

- **АД 160/100 мм рт. ст. и выше у беременных женщин должно рассматриваться как неотложная ситуация, требующая немедленной госпитализации даже при отсутствии симптоматики !!!!!**
- *В зависимости от тяжести состояния, срока предполагаемого родоразрешения выбирается парентеральный или пероральный путь введения препаратов*
- **Допустимые препараты: метилдопа (допегит) 750–2000 мг/сут в 3–4 приема; сульфат магния в/в в начальной дозе 4–6 г за** *15–20 мин, затем возможен переход на в/в капельное введение 1,5–2 г/ч (профилактика судорог); нифедипин 10 мг внутрь*
- ***Противопоказаны: ИАПФ, ангиотензиновые блокаторы !!!!!***

ИБС (стабильная стенокардия, инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия)

- Сбор анамнеза: плановая антиангинальная терапия(бета адреноблокаторы, нитраты, блокаторы кальциевых каналов) , наличие препаратов самопомощи (нитроглицерин)
- Применение транквилизаторов у тревожных пациентов с ИБС накануне лечения.

ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ

- **Ишемическая (коронарная) болезнь сердца** – это *заболевание, в основе которого лежит несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и уровнем его поступления с коронарным кровотоком*

- **Стабильная стенокардия – хронический тип преходящей стенокардии, провоцируемый физической активностью или эмоциями и купируемый в течение нескольких минут в покое**

- **Эпизоды стенокардии часто сопровождаются преходящей депрессией сегмента ST на ЭКГ, но стойкое повреждение миокарда при этом не развивается**

Характерные симптомы стабильной стенокардии

- характер ощущений – *давящая, сжимающая, иногда жгучая боль, а также ощущение тяжести*
- локализация – *боль загрудинная или в передних отделах грудной клетки, иногда иррадиирует в плечи, руки, шею, лопатку, нижнюю челюсть или в верхние отделы живота*
- боль интенсивная или умеренной интенсивности, иногда вместо боли ощущается дискомфорт
- продолжительно*сть* – *обычно от 1–3 до 20 мин*
- факторы, провоцирующие боль – *физическая нагрузка, холодный воздух, обильный прием пищи, волнение*
- *факторы, облегчающие боль, – покой, прием*

Купирование приступа стенокардии

- Быстродействующие нитраты (*нитроглицерин по 1 таблетке 0,5 мг с интервалом 5 мин – до 3-х раз, либо нитросорбид по 10 мг 1–2 таблетки, либо аэрозольные формы нитроглицерина или изосорбида динитрата по 1 дозе 2–3 раза)*

- *Эффект наступает обычно через 1–3 минуты, продолжительность действия до 30 мин*

- ***Если в течение 15 мин после повторных приемов нитроглицерина приступ не купируется или нарастает, то имеется большая вероятность развития некроза (инфаркт) миокарда и требуется срочная госпитализация больного !!!!!***

Острый коронарный синдром

"Острый коронарный синдром (ОКС) – любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих ***подозревать*** острый инфаркт миокарда (ОИМ) или нестабильную стенокардию (НС)"

Включает в себя ОИМ

и нестабильную стенокардию (НС).

** по руководству АКК/ААС, 2000 г*

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ (ОКС)

- **В течение 24 ч диагноз должен быть уточнен**

У пациента с подозрением на ОКС

- Многоканальная ЭКГ, многоканальный мониторинг ST (либо повторные ЭКГ, если проведение мониторинга невозможно)
- Тропонин Т или I в момент поступления; при нормальном уровне через 6 и 12 часов
- Миоглобин или МВ-КФК (масс-метод) в первые 6 часов или в случае недавно (менее 2 недель) перенесенного ИМ.

Нестабильная стенокардия

- Нестабильная стенокардия – острый процесс ишемии миокарда, тяжесть и продолжительность которого недостаточны для развития некроза миокарда

- Обычно на ЭКГ нет подъема сегмента ST

- *В крови количество маркеров миокарда не достигает диагностического уровня для ИМ*

У пациентов с нестабильной стенокардией существует высокий риск развития ИМ в первые недели и месяцы

ВСЕ

пациенты с подозрением на ОКС должны быть немедленно госпитализированы

! ! !

Диагноз уточняют

- В большинстве случаев острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST формируется инфаркт миокарда с зубцом Q
- при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST при повышении уровня маркеров некроза диагностируется инфаркт миокарда без зубца Q
- а при нормальном их уровне – нестабильная стенокардия

Бригада «03»

- **быстрая госпитализация в профильное отделение!!!!!**
- **ацетилсалициловая кислота и БАБ** (*пропроналол 20–40 мг, метопролол 50 мг), если не получал на предыдущем этапе оказания помощи*
- **клопидогрель 300 мг,** *если не получал на предыдущем этапе оказания помощи*
- **морфин 2–4 мг внутривенно при сохраняющемся болевом синдроме** *после приема нитроглицерина*
- **срочная регистрация ЭКГ**
- **тропониновый тест**
- **гепарин нефракционированный** *70 МЕ/кг (не более 5000 МЕ) в/в при изменениях на ЭКГ;*
- **при наличии элевации сегмента ST –** *проведение системного тромболизиса и срочная госпитализация в сосудистый центр.*

Кардиогенный шок

- **Кардиогенный шок (КШ)** – *это осложнение острого ИМ, связанное со значительным снижением сердечного выброса, приводящее к системной гипотензии и нарушению перфузии органов и тканей*

Критерии диагностики КШ

- систолическое АД ниже 90 мм рт. ст. на протяжении
  30–60 мин и более

- (о КШ следует думать и в тех случаях, если для поддержания АД выше 90 мм рт. ст. требуется внутривенное введение инотропных средств либо баллонная контрапульсация аорты)

Лечение КШ

- *При достижении систолического АД выше 90 мм рт. ст.* допустимо параллельное введение нитратов в/в (изосорбида динитрат 0,1% 10–20 мл с начальной скоростью 5–10 мкг/кг/мин)

- *При низком напряжении кислорода (60 мм рт. ст. и ниже) – респираторная поддержка (ИВЛ)*

Лечение КШ

- КШ является показанием для проведения баллонной контрапульсации аорты с последующим экстренным осуществлением чрескожных коронарных интервенционных вмешательств (ангиопластика, стентирование) либо коронарного шунтирования

- *Лечение проводится в ОРИТ*

КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ

- **Это** осложнение различных заболеваний и состояний, характеризующееся снижением насосной функции *левого желудочка или его наполнения кровью и/или чрезмерным увеличением постнагрузки, приводящим к острому венозному застою в легких*

- Выделяют *интерстициальный отек (клинический эквивалент – сердечная астма) и альвеолярный (развернутая картина отека легких)*

Клиническая картина отека

- одышка вплоть до удушья
- ортопноэ
- кашель (сначала сухой, затем с пенистой мокротой, нередко окрашенной в розовый цвет), в далеко зашедших случаях – выделение пены изо рта и носа
- бледность кожных покровов, акроцианоз, гипергидроз

- Возбуждение, чувство страха смерти

Неотложные мероприятия при отеке легких

- Положение с возвышенным головным концом
- Приподнятое положение туловища (при развернутом отеке легких – положение сидя со спущенными ногами)
- быстродействующие нитраты сублингвально: нитроглицерин 2 таблетки или нитроспрей 1–2 дозы или нитросорбид 10 мг
- увлажненный кислород, пропущенный через 70% спирт, через носовой катетер или дыхательную маску

Неотложные мероприятия при отеке легких

- наркотические анальгетики: в/в морфин 1% 1 мл дробно по 0,2–0,5 мл, промедол 2% 1 мл

- Применение наркотических анальгетиков следует избегать при угнетении дыхательного центра, ХОБЛ, нарушениях мозгового кровообращения, отеке мозга

- петлевые диуретики: фуросемид в/в струйно в дозе
  40–80–120 мг и более в зависимости от тяжести состояния и ответа на проводимую терапию

Неотложные мероприятия при отеке легких

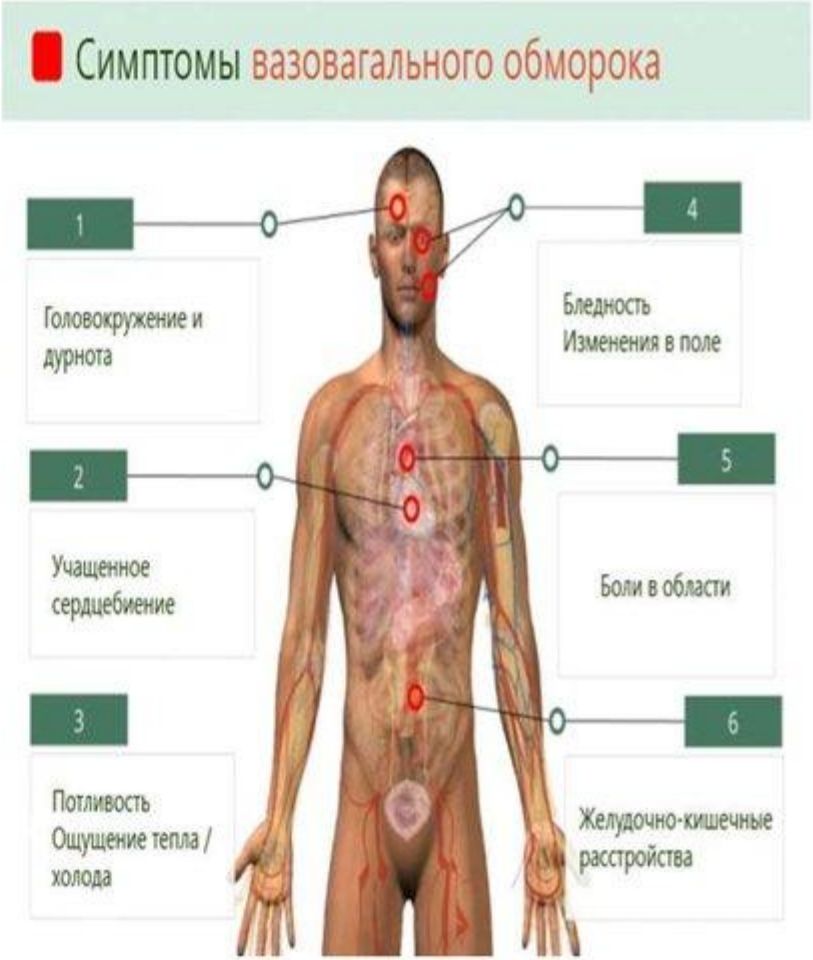
- при развитии отека легких на фоне ГК дополнительно вводят эналаприл 0,5–1 мл в/в струйно
- нитропруссид натрия 0,1–5 мкг/кг/мин (50 мг препарата разводят в 200–400 мл 5% раствора глюкозы) при резистентной гипертонии
- при сохранении признаков отека легких на фоне стабилизации гемодинамики с целью уменьшения капилярно-альвеолярной проницаемости возможно в/в введение ГКС: преднизолон 30–90 мг
- при напряжении кислорода 60 мм рт. ст. и ниже на фоне проводимой терапии и ингаляции 100% у*влажненным* кислородом пациента переводят на ИВЛ

Синкопе. Определение

- **Обморок или синкопальное состояние** — это преходящая потеря сознания, связанная с временной общей гипоперфузией головного мозга. Обморок характеризуется быстрым развитием, короткой продолжительностью и спонтанным восстановлением сознания.

Синкопе в стоматологии

- Причина. Вазовагальный синкопе– тревога, страх, боль. Ортостатический синкопе – резкое вставание.
- **Симптоматика:**
- Потеря сознания на несколько сек/мин. Предвестники: головокружение (часто с тошнотой), слабость, бледность, расстройства зрения, потливость. Снижение АД, часто брадикардия (ЧСС<60/мин). Иногда кратковременные судороги. После обморока уровень сознания быстро (1-2 мин) возвращается к исходному. Симптомы, указывающие на кардиальную этиологию обморока: анамнез, жалобы со стороны сердца, тахикардия, брадикардия, шум в сердце.
- **Дифференциальный диагноз:** гипогликемия, эпиприпадок. Общее – судороги, потеря сознания. Отличие - при гипогликемии, эпиприпадке пульс учащен, АД не снижается.



Неотложная помощь при синкопе в стоматологическом кабинете

- Прекратите медицинские манипуляции, если нет срочности.
- Удалите любые посторонние предметы из полости рта.
- Уложите на спину, приподнять ноги, опустить голову.
- АД, характеристики пульса.
- Кислород - 3-4л/мин через носовые канюли.
- Нашатырь.
- Следить за жизненно важными показателями (пульс, АД).
- Полностью регуляция АД восстанавливается в течение 5-20минут.
- Если, несмотря на проводимые мероприятия улучшения состояния пациента не происходит, пересмотрите диагноз.
- В/В доступ,
- Коматозная позиция,
- Сохраняющаяся гипотония - В/В- 250-500мл физиологического раствора.
- Подозрение на гипогликемию - В/В 40% 20-40 мл глюкозы.

- **Госпитализация при синкопе.**
- Вопрос решает СМП

СЛР должна начаться

при любой внезапной остановке кровообращения

По ходу реанимации должны выясняться обстоятельства остановки кровообращения и наличие показаний для СЛР

Если реанимация не была показанной, её прекращают.

Задача 1

- На прием к стоматологу-хирургу в условиях городской стоматологической поликлиники обратилась пациентка З., 60 лет, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.6 вне обострения.
- Из анамнеза известно, что пациентка 8 лет назад перенесла инсульт.
-
- Вопрос :
- Какие анестетики могут быть использованы для проведения местной (проводниковой и инфильтрационной) анестезии у пациентки

Ответ к задаче 1

- У пациентки рекомендуется использовать анестетики без вазоконстриктора, с фенипрессином или адреналином в концентрации не более 1 : 200 000; карпулированные препараты: Septanest (1 : 200 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 3 % plain, Mepivastesin (на основе мепивакаина без вазоконстриктора), лидокаин без вазоконстриктора (только при кратковременных вмешательствах и манипуляциях).

Задача 2

- На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Л., 64 года, у которого по ортопедическим показаниям в плановом порядке должен быть удален зуб
- Из анамнеза жизни пациента известно, что ему 10 лет назад диагностирована ишемическая болезнь сердца и по поводу данного заболевания он постоянно принимает лекарственные средства (поддерживающая терапия).
- Вопросы :
- 1. Можно ли приступить к операции удаления зуба 1.8 сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу?
- 2. Каким должен быть алгоритм диагностических и лечебных мероприятий, проводимых пациенту с ишемической болезнью сердца перед указанным оперативным вмешательством?

Ответ на задачу 2

- 1. В данной клинической ситуации сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу приступить к операции удаления зуба невозможно.
- 2. Оперативному вмешательству у лиц с ишемической болезнью сердца, осуществляемому стоматологом-хирургом в плановом порядке в амбулаторных условиях, обязательно должны предшествовать диагностическое обследование и лечебные мероприятия, выполняемые по следующему плану:
- – стандартное физикальное обследование терапевтом с оценкой нейропсихологического статуса пациента;
- – дополнительное обследование пациента у кардиолога (ЭКГ)
- – коррекция лекарственной кардиотропной терапии перед амбулаторным хирургическим вмешательством.

Задача 3

- В поликлинике на прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 58 лет, с диагнозом радикулярная киста (1,0 × 0,8 см) нижней челюсти в области апекса зуба
- Анамнез . На учете у ревматолога с д-зом ХРБС, митральный стеноз. Получает базисную терапию
- Хирург назначил пациентке операцию в плановом порядке, указав в перечне необходимое предоперационное обследование: осмотр терапевта и ЭКГ.
- Вопросы :
- 1. Можно ли считать действия врача правильными
- 2. Каким должен быть алгоритм диагностических и лечебных мероприятий у пациентки с ревматическим пороком сердца при подготовке к оперативному вмешательству?

Ответ к задаче 3

- 1. Пациента следует отнести к группе со значительным риском развития бактериального эндокардита.
- 2. Пациенту необходимо назначить следующий комплекс лечебнопрофилактических мероприятий:
- – обязательное лечение всех пораженных кариесом зубов;
- – эндодонтическое лечение по показаниям в сочетании с антибактериальной терапией;
- – хирургическую санацию полости рта по расширенным показаниям к удалению зубов с очагами хронической одонтогенной инфекции;
- – комплексное лечение заболеваний периодонта в сочетании с рациональной бактериальной терапией.

Задача 4 Больной К., 56 лет, обратился к стоматологу. При осмотре стоматолог обратил внимание на эмоциональное волнение пациента, а также пациент пытается растирать рукой область грудины.

При активном опросе выявлены следующие жалобы: тяжесть за грудиной, с иррадиацией в левое плечо, ощущение нехватки воздуха.

Данная симптоматика появилась в течение нескольких минут перед назначенным визитом к стоматологу.

- Из анамнеза : кратковременные сжимающие, давящие боли за грудиной при подъеме на 3-й этаж лестницы, ходьбе на расстояние до 250 м, проходящие после небольшого отдыха, отмечает в течение 2-х лет Состояние удовлетворительное. ИМТ 26,1 кг/м2 Периферических отеков нет.
- Дыхание везикулярное,, хрипов нет. Частота дыхания -17 в мин.
- Ритм сердца правильный , тоны приглушены акцент II тона на аорте, патологических шумов нет. Пульс- 88 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги
- *В амбулаторной карте :сахар крови 6,1 ммоль/л, общий холестерин 7,5 ммоль/л. ЭКГ- синусовый ритм, отклонение электрической оси сердца влево, нарушение процессов реполяризации в миокарде*.
- Вопросы :
- 1 Укажите предварительный дигноз
- 2 . Тактика оказания неотложной помощи

Выводы

- В рамках проведения терапии каждый стоматолог должен обязательно быть готов к тому, что у его пациента могут возникнуть любые неотложные состояния

- Непосредственно перед началом оперативного , консервативного лечения пациент должен поставить своего стоматолога в известность :

- О наличии у него хронических заболеваниях
- указать базисную терапию по соматической патологии

Выводы

- Если пациент относится к группе риска, его лечение должно осуществляться под строгим присмотром и с осторожностью во избежание появления тяжелых осложнений

- Несвоевременное оказание медицинской помощи нередко влечет за собой крайне тяжелые последствия