

Неотложная
кардиологическая помощь в практике
стоматолога

Доцент Журавлева Н.В.

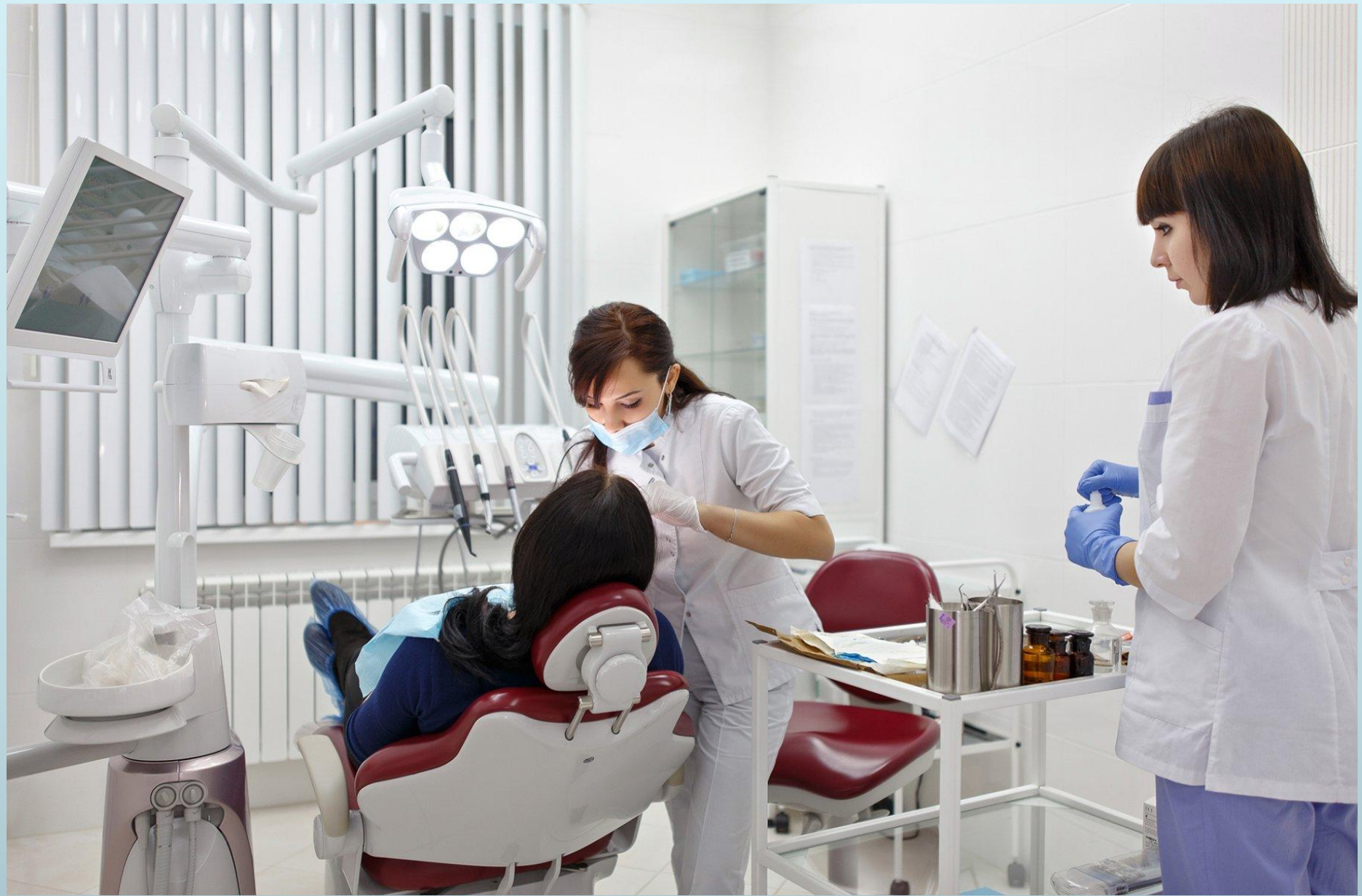


Приказ о неотложной помощи в стоматологии № 1496н от 07.12.2011 “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях”.

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 обуславливает 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-болевым синдромом
- 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 психосоматическим 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 тренировочных 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 мониторингом, 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?
- Бойтесь 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 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 крайней 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
 - Внутрочерепное 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 за грудиной или в передних отделах грудной клетки, иногда иррадирует в плечи, руки, шею, лопатку, нижнюю челюсть или в верхние отделы живота
- **боль интенсивная или умеренной интенсивности, иногда вместо боли ощущается дискомфорт**
- **продолжительность** – 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).

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ (ОКС)



- **В течение 24 ч диагноз должен быть уточнен**
-
-
- A small blue triangle pointing right, located at the bottom left of the slide.

У пациента с подозрением на ОКС



- Многоканальная ЭКГ, многоканальный мониторинг ST (либо повторные ЭКГ, если проведение мониторинга невозможно)
- Тропонин T 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** (*пропранолол 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 тромболитика 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 капиллярно-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% увлажненным кислородом пациента переводят на ИВЛ

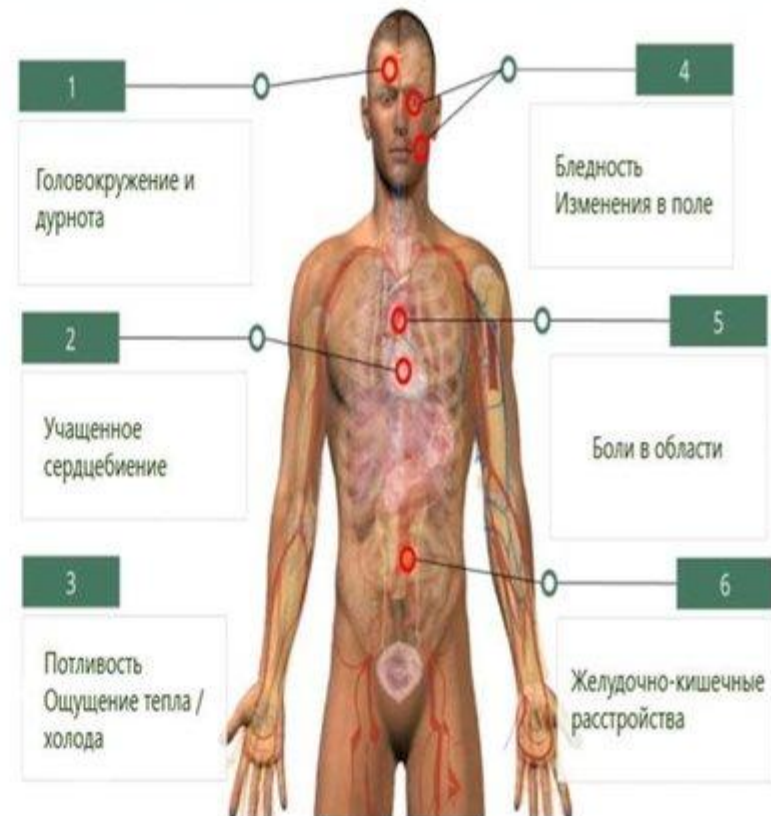
Синкопе. Определение

- **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, эпилепсия. Общее – судороги, потеря сознания. Отличие - при гипогликемии, эпилепсии пульс учащен, АД не снижается.

■ Симптомы вазовагального обморока



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 5-20 минут.
- 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, Мepivastesin (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 ($1,0 \times 0,8$ 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 растереть 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 диагноз
- 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 заболеваний
 - 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

