**Конспект лекции 1. Тема: Терапевтические состояния, угрожающие жизни больного возникающие в терапевтическом кабинете: острая дыхательная недостаточность, ларингоспазм, приступ бронхиальной астмы, анафилактический шок. Неотложная помощь. Тактика врача-стоматолога. Профилактика состояний, угрожающих жизни больного.**

**Острая дыхательная недостаточность (ОДН)** – патологический синдром, характеризующийся резким снижением уровня оксигенации крови. Относится к жизнеугрожающим, критическим состояниям, способным привести к летальному исходу.  
В основе ОДН центрального генеза лежит угнетение деятельности дыхательного центра, которое, в свою очередь, может быть вызвано отравлениями (передозировкой наркотиками, транквилизаторами, барбитуратами, морфином и др. лекарственными веществами)  
Наиболее обширную патогенетическую группу составляет бронхо-легочная острая дыхательная недостаточность. ОДН по обструктивному типу развивается вследствие нарушения проходимости дыхательных путей на различном уровне. Причиной обструкции могут послужить инородные тела трахеи, бронхов, ларингоспазм, астматический статус, бронхит с гиперсекрецией слизи и др. Рестриктивная ОДН возникает при патологических процессах, сопровождающихся снижением эластичности легочной ткани (крупозной пневмонии, ателектазах лёгкого и т. д.).

**Симптомы ОДН**

**ОДН I степени** (компенсированная стадия) сопровождается ощущением нехватки воздуха, беспокойством пациента, иногда эйфорией. Кожные покровы бледные, слегка влажные; отмечается легкая синюшность пальцев рук, губ, кончика носа. Объективно: тахипноэ (ЧД 25-30 в мин.), тахикаржия (ЧСС 100-110 в мин.), умеренное повышение АД.

При **ОДН II** **степени**(стадия неполной компенсации) развивается психомоторное возбуждение, больные жалуются на сильное удушье. Возможны спутанность сознания, галлюцинации, бред. Окраска кожных покровов цианотичная (иногда с гиперемией), наблюдается профузное потоотделение. На II стадии острой дыхательной недостаточности продолжают нарастать ЧД (до 30-40 в 1 мин.), пульс (до 120-140 в мин.); артериальная гипертензия.

**ОДН III степени** (стадия декомпенсации) знаменуется развитием гипоксической комы и тонико-клонических судорог, свидетельствующих о тяжелых метаболических расстройствах ЦНС. Зрачки расширяются и не реагируют на свет, появляется пятнистый цианоз кожных покровов. ЧД достигает 40 и более в мин., дыхательные движения поверхностные. Грозным прогностическим признаком является быстрый переход тахипноэ в брадипноэ (ЧД 8-10 в мин.), являющийся предвестником остановки сердца. Артериальное давление критически падает, ЧСС свыше 140 в мин. с явлениями аритмии. Острая дыхательная недостаточность III степени, по сути, является преагональной фазой терминального состояния и без своевременных реанимационных мероприятий приводит к быстрому летальному исходу.

**Неотложная помощь при ОДН.**

В первую очередь врач-стоматолог должен вызвать «Скорую помощь».

Последовательность мероприятий первой помощи определяется причиной острой дыхательной недостаточности, а также ее тяжестью. Общий алгоритм включает обеспечение и поддержание проходимости дыхательных путей, восстановление нарушений легочной вентиляции и перфузии, устранение сопутствующих гемодинамических нарушений.

На первом этапе необходимо осмотреть ротовую полость пациента, извлечь инородные тела (если таковые имеются), произвести аспирацию содержимого из дыхательных путей, устранить западение языка. С целью обеспечения проходимости дыхательных путей может потребоваться наложение трахеостомы. При бронхоспазме применяются глюкокортикостероиды и бронходилататоры. Следует незамедлительно обеспечить подачу увлажненного кислорода.

**Ларингоспазм** – патологическое состояние, характеризующееся неконтролируемым сокращением гортани. Возникает внезапно и вызывает сужение или же полное перекрытие голосовой щели. На фоне данных патологических изменений возникает инспираторная одышка.

**Этиология ларингоспазма у взрослых**.

Спазм гортани наступает при :

Обработке слизистой гортани различными лекарствами;

вдыхании воздуха, который содержит определённое количество аллергенов (ароматические вещества, пыть, пыльца и др.);

отёке поверхности гортани;

воспалении поверхности гортани;

раздражении возвратно-гортанного и блуждающего нервов (вследствие стрессов, сопровождающихся сильным волнением).

**Симптомы.**

Шумный затруднённый вдох. На этм фоне появляется цианоз кожи, особенно - губ, напрягаются мышцы.

Симптомы во время приступа:

рот широко открыт;

усилено потоотделение;

пульс приобретает нитевидный характер

В случае прогрессирования истерического ларингоспазма у пациента наблюдается появление судорог пищевода, глотки, а также – ног. При лёгкой форме – непродолжительное сужение голосовой щели. На этом фоне сначала бледнеют кожные покровы, а потом приобретают цианотичный оттенок. Дыхание напоминает всхлипывание.

Если больного настиг приступ, то важно своевременно оказать ему неотложную помощь.

При появлении первых симптомов, нужно незамежлительно вызвать «Скорую помощь».

Необходимо успокоить человека, не дать ему метаться и паниковать, так как это только усугубляет его состояние.

**Первая помощь при ларингоспазме:**

- обеспечить пациента доступом свежего воздуха (открыть окна и форточки);

- дать выпить ему воды;

- водой побрызгать лицо;

- ущипнуть или пощекотать пациента;

- попросить задержать дыхание (за это время в организме накопится углекислота, раздражающая дыхательный центр;

- при обморочном состоянии показано дать вдохнуть пары нашатырного спирта.

Медикаментозное лечение проводят врачи «Скорой помощи».

**Приступ бронхиальной астмы.**

Бронхиальная астма – это достаточно распространенное современное заболевание дыхательных путей. Проявляется в виде периодических приступов одышки, сильного кашля, иногда способных перерасти в приступ удушья. Причиной тому служит реакция дыхательных путей на какой-либо раздражитель, попавший в них. Из-за этого бронхи сильно сужаются, вырабатывая при этом большое количество слизи, которая мешает больному Бронхиальная астма нормально дышать, затрудняет поступление воздуха в легкие.

Причины, из-за которых возникают приступы астмы, могут быть различными. Исходя из этого выделяют неаллергическую астму, возникающую в результате воздействия внешнего раздражителя на дыхательные пути, и аллергическую астму, которая является следствием попадания в организм через бронхи частиц, вызывающих аллергическую реакцию.

Приступы при аллергической астме могут быть вызваны конкретными раздражителями (пыльца, продукты питания, лекарственные аэрозоли, шерсть, домашняя пыль и т.д.), при контакте с которыми возникает обострение заболевания. Нередко такие приступы имеют сезонный характер и выражаются чрезмерной слезоточивостью, крапивницей, насморком, кашлем.

Некоторые основные причины, способные вызвать приступ бронхиальной астмы:

* табачный дым;
* специфический запах моющих средств, бытовой химии;
* выхлопные газы;
* прием некоторых лекарственных препаратов;
* мыло с отдушкой;
* приторные запахи;
* резкий парфюм и т.д.

**Предвестники приступа.**

Предвестники приступа бронхиальной астмы будут у каждого больного проявляться по-разному. Очень важно знать их и вовремя принять необходимые лекарства. Предвестники приступа бронхиальной астмы проявляется приблизительно за 0,5-1 час.

Наиболее часто встречающиеся предвестники перед приступами астмы аллергического характера:

* частое чихание;
* сильный кашель;
* боль и першение в горле;
* сильный насморк с водянистой слизью;
* [головная боль](https://www.ayzdorov.ru/Bolezn_golovnaya-bolj.php).

Если врач стоматолог стал свидетелем приступа бронхиальной астмы, то ему, прежде всего, необходимо оказать больному помощь до приезда скорой помощи. Нужно помнить, что помощь при астме до приезда специалистов терапевтического профиля, поможет лишь на некоторое время улучшить его самочувствие. Поэтому, в первую очередь, врач стоматолог должен вызвать «Скорую помаощь».

**Доврачебная помощь при приступе бронхиальной астмы.**

При приступе астмы больному нужно помочь расстегнуть ворот рубашки или ослабить галстук, снять все, что может мешать свободному дыханию. Затем помочь принять правильное положение: стоя или сидя, упираясь в поверхность обоими руками, локти расставлены в разные стороны. Это поможет задействовать вспомогательные дыхательные мышцы. Помогите больному успокоиться и постараться дышать равномерно. Откройте окно, чтобы в помещение был поток свежего воздуха.

Легкий приступ можно купировать, если больному сделать горячую ванночку для рук или ног, приложить горчичники к стопам. Помогите воспользоваться больному ингалятором, который использует больной, достаньте его из упаковки, закрепите насадку и переверните. Если человек самостоятельно не может нажать на аэрозоль, сделайте это вместо него. Повторять применение ингалятора можно 2-3 раза каждые 20 минут.

**Экстренная врачебная помощь**

 Вводится 0,7 мл 0,1% раствора адреналина, который помогает убрать спазм дыхательных путей и снизить выделение слизи бронхами. Второй препарат, который следует использовать для купирования приступа бронхиальной астмы – это эфедрин. Вводится под кожу в виде 1% раствора не более 1 мл. Если длительное время не удаётся устранить приступ, то вводится эуфиллин в/в медленно.

**Анафилактический шок** - это тяжелое, угрожающее жизни больного патологическое состояние, развивающееся при контакте организма с некоторыми чужеродными веществами (антигенами). Анафилактический шок относится к аллергическим реакциям немедленного типа, при которых соединение антигена с антителами вызывает выброс в кровеносное русло ряда биологически активных веществ (гистамин, серотонин, брадикинин). Эти вещества обуславливают повышение проницаемости кровеносных сосудов, нарушение циркуляции крови в мелких кровеносных сосудах и спазм мышц внутренних органов. Кровь скапливается на периферии, артериальное давление падает, внутренние органы и мозг не получают достаточного количества кислорода, что и является основной причиной [потери сознания](https://health.mail.ru/disease/poterya_soznaniya/).

Клиническая картина анафилактического шока характеризуется быстротой развития, симптомы появляются уже через несколько секунд или минут после контакта с аллергеном.

* угнетение сознания;
* падение артериального давления;
* судороги;
* непроизвольное мочеиспускание.

У большинства пациентов заболевание начинается с появления чувства жара, гиперемии кожи, страха смерти, головной боли, боли за грудиной. Артериальное давление резко падает, пульс становится нитевидным.

Возможны варианты анафилактического шока с преимущественным поражением:

* кожных покровов с нарастающим кожным зудом, гиперемией, появлением распространённой крапивницы и отёков Квинке;
* нервной системы (церебральный вариант) с развитием сильной головной боли, появлением тошноты, повышенной тактильной чувствительности, судорог с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, потерей сознания;
* органов дыхания (астматический вариант) с доминирующим удушьем вследствие отёка слизистой оболочки и спазма гладкой мускулатуры верхних дыхательных путей;
* сердца (кардиогенный) с развитием картины острого миокардита или инфаркта миокарда.

Диагноз, как правило, ставится по клинической картине.

## Что может сделать врач стоматолог (первая помощь при анафилактическом шоке).

При малейшем подозрении на развитие анафилактического шока, следует незамедлительно вызывать «Скорую помощь». До приезда врача нужно постараться прекратить дальнейшее поступление аллергена в организм. Если анафилактический шок случился вследствие инъекции лекарственного вещества, следует наложить жгут выше места инъекции. Таким образом, вы прекратите поступление аллергена в общий кровоток. Постарайтесь придать пострадавшему горизонтальное положение на спине с наклоненной на бок головой, для предупреждения асфиксии вследствие западения языка или аспирации рвотных масс, далее освобождают шею, грудную клетку, живот, обеспечивают приток кислорода.

## Специализированная помощь

## направлена на предотвращение дальнейшего поступления аллергена в кровоток: зона выше места введения препарата обкалывается раствором адреналина, вводятся противоаллергические средства.