**НЕОТЛОЖННАЯ I
ПОМОЩЬ И ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Врач-стоматолог часто не имеет рядом врачей других специальностей и должен быть ориентирован в клинических проявлениях возможных сопутствующих заболеваний и тактике оказания неотложной помощи.

**Заболевания сердечно-сосудистой системы**

**Ишемическая болезнь сердца**

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы ишемическая (коронарная) болезнь сердца (ИБС) занимает доминирующее положение. На ее долю приходится более половины всех случаев болезней сердца и сосудов. Общепризнано, что в основе ИБС лежит атеросклеротическое сужение коронарных артерий сердца, ограничивающее кровоснабжение миокарда и способствующее возникновению коронаротромбозов.

Согласно рекомендации рабочей группы экспертов ВОЗ (1979), различают 5 классов, или форм, ИБС.

1. Первичная остановка кровообращения.

2. Стенокардия.

3. Инфаркт миокарда.

4. Сердечная недостаточность.

5. Аритмия.

**Первичная остановка кровообращения (внезапная смерть при ИБС)**

С вопросами реанимации на догоспитальном этапе тесно связана проблема внезапной смерти при ИБС. Согласно определению группы экспертов ВОЗ, внезапной считается смерть ранее здорового человека или больного, находившегося в удовлетворительном состоянии, наступившая мгновенно либо в пределах 6 часов с момента появления симптомов заболевания. На долю ИБС приходится около 90% случаев внезапной смерти, происшедшей в течение 1 часа от возникновения соответствующей симптоматики. В это число включают не только больных, погибших от уже развившегося инфаркта миокарда, но главным образом лиц, у которых на аутопсии не находят признаков острого инфаркта миокарда, хотя и обнаруживают выраженные атеросклеротические изменения коронарных артерий или рубцы после перенесенных инфарктов миокарда.

Таким образом, в основе большинства случаев внезапной смерти при ИБС лежит острая ишемия миокарда, точнее — острая коронарная недостаточность. Наиболее вероятный механизм этой первичной остановки кровообращения — фибрилляция желудочков (Виноградов А.В., Вихерт А.М. и соавт., 1977; Малая Л.Т. и соавт., 1981).

Внезапная смерть от ИБС значительно чаще регистрируется вне лечебных учреждений, преимущественно у мужчин. Это осложнение ИБС преобладает в старших возрастных группах. Каждый четвертый такой больной погибает без свидетелей. У15-30% лиц, внезапно умерших от ИБС, смерти предшествует прием алкоголя. У женщин до 50 лет, страдающих ИБС, 59% случаев наступлению внезапной смерти также способствует и непосредственно предшествует употребление алкоголя (Руда М.Я., Зыско А.П., 1981; Чазов Е.И., 1988). В то же время прогноз этого осложнения нельзя считать безысходным: опыт работы скорой помощи г. С.Питербурга показывает, что примерно 1/3 больных, у которых фибрилляция желудочков в связи с инфарктом миокарда возникла в присутствии врачей, были возвращены к жизни.

**Стенокардия**

Стенокардия, angina pectoris — клинический сидром, возникающий как результат острой преходящей кратковременной ишемии миокарда, на фоне недостаточности коронарного кровообращения. Основное клиническое проявление данного заболевания — приступ внезапной боли в области сердца.

Характер боли — кратковременная, локализованная за грудиной или в области сердца, острая «сжимающая, давящая» с иррадиацией в левую руку (плечо, запястье), в левую лопатку, но иногда — в область нижней челюсти. Длительность болевого приступа — несколько минут (до 20 минут).

Одновременно с болью у пациента появляется чувство страха смерти, он «застывает» на месте, задерживает дыхание. Характерен внешний вид: больной бледен, покрыт холодным потом, отмечается тахикардия (Гасилин В.С., Сидоренко Б.А., 1981).

У пожилых и старых людей — эмоциональная окраска менее яркая, вегетативные проявления выражены слабо и часто вовсе отсутствуют

Различают стенокардию покоя и напряжения, первая форма говорит чаще об атеросклеротическом поражении коронарных сосудов.

Факторами, способствующими возникновению приступа, могут быть эмоциональное напряжение, страх в ожидании стоматологического приёма, физическое напряжение или боль во время проведения вмешательства.

 При безболевой форме «эквивалентом» боли, может быть, приступ одышки или нарушение ритма сердца. Приступ кончается внезапно, после чего больной чувствует некоторое время слабость, разбитость.

**Помощь**

При возникновении данного состояния врач должен как можно быстрее и полностью купировать болевой приступ, что предотвращает развитие некроза миокарда. Это достигается приданием пациенту спокойного, сидячего положения и применением валидола. Если первые 2-3 минуты валидол не помог, то для снятия приступа применяют нитроглицерин, нитросорбит, нитроглицерин в аэрозоле (при приеме нитроглицерина у пожилых пациентов возможны головокружения, головная боль, снижение АД) и успокаивающие средства (корвалол, валокордин). ***Следует помнить, что валидол и нитроглщерин имеют небольшой срок хранения.***При отсутствии эффекта от этих препаратов дополнительно используют анальгетики (Голиков А.П., Закин А.М., 1981).

При успешном лечении приступа больной **наблюдается в течение 1 часа** и при хорошем самочувствии, отсутствии аритмии, симптомов сердечной недостаточности (одышки, удушья), нормальном АД направляется на ЭКГ и на консультацию к кардиологу (терапевту).

Если после трехкратного применения нитратов у больного ангинозный приступ не купируется и затягивается более чем на 10-20 мин., возникают подозрения на развитие инфаркта миокарда, необходима срочная консультация терапевта или кардиолога, поскольку дальнейшие этапы неотложной терапии требуют участия специалиста.

**Тактика**

В **острой стадии** ишемической болезни сердца показан покой, стоматологические вмешательства в этот период **не допускаются**, а неотложная стоматологическая помощь должна носить только паллиативный характер, лучше в условиях стационара. **Санация** полости рта **возможна** по истечении 3-4 недель после приступа и лечения у терапевта-кардиолога.

Для правильного выбора тактики проведения обезболивания и стоматологического вмешательства необходимо выяснить, когда пациент проходил обследование у кардиолога, какие препараты принимает, принял ли их накануне и в день лечения, когда был последний приступ, особенности его течения, чем купировался.

Стоматологическое лечение проводится только под комбинированным обезболиванием: обязательная премедикация одним из препаратов бензодиазепинового ряда, наиболее часто используют препараты диазепама (седуксен, реланиум, сибазона) и адекватное местное обезболивание амидными анестетиками — препаратами артикаина, лидокаина, мепивакаина сминимальным содержанием вазоконстриктора в местно-анестезирующем растворе, препаратами выбора могут быть «Ультракаин DS» и мепивакаин без адреналина (Леонова Я.И., 2001).