

А.Б. Бичун
А.В. Васильев
В.В. Михайлов



**БИБЛИОТЕКА
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА**

Экстренная помощь при неотложных состояниях в стоматологии



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторы	6
Список сокращений.....	7
Введение	9
Глава 1. Острая одонтогенная инфекция.....	11
Глава 2. Травмы челюстно-лицевой области	32
Глава 3. Соматические заболевания как дополнительный фактор риска при оказании стоматологической помощи.....	67
Глава 4. Тактика врача-стоматолога при оказании помощи пациентам с соматической патологией	73
Глава 5. Организация действий медицинского персонала при оказании неотложной помощи и правила личной безопасности.....	101
Глава 6. Ведение медицинской документации при неотложных состояниях.....	112
Глава 7. Семиотика основных проявлений патологических состояний и синдромов, требующих неотложной помощи	114
Глава 8. Оценка состояния и оказание помощи по алгоритму ABC(D)	124
Глава 9. Пути введения лекарственных средств при неотложных состояниях	152

Глава 10. Острые нарушения кровообращения	158
Глава 11. Синкопальные состояния (обморок) у детей и взрослых.....	186
Глава 12. Паническая атака и истерическая реакция у детей и взрослых	190
Глава 13. Судороги у детей и взрослых.....	196
Глава 14. Геморрагический синдром у детей и взрослых.....	202
Глава 15. Несчастные случаи	214
Глава 16. Неотложные состояния при сахарном диабете у детей и взрослых.....	237
Глава 17. Анафилаксия у детей и взрослых	241
Глава 18. Передозировка и отравление лекарственными препаратами.....	259
Глава 19. Парентеральное введение агрессивных жидкостей по неосторожности	267
Глава 20. Побочные эффекты местных анестетиков	270
<i>Приложение 1.</i> Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (часть 2).....	273
<i>Приложение 2.</i> Краткая характеристика происшедшего	277
<i>Приложение 3.</i> Детальное описание происшедшего	279
<i>Приложение 4.</i> Общий список оборудования и лекарственных средств для оказания неотложной помощи	281
<i>Приложение 5.</i> Разовые дозы лекарственных препаратов, применяемых при оказании неотложной помощи детям на догоспитальном этапе	283

<i>Приложение 6. Физиологические нормы детей разного возраста</i>	291
<i>Приложение 7. Укладки лекарственных средств для оказания экстренной помощи при наиболее часто встречающихся патологических состояниях в стоматологии</i>	293
<i>Приложение 8. Препараты для местной анестезии без адреналина</i>	313
<i>Приложение 9. Примеры СОП по острым аллергическим состояниям</i>	312
Предметный указатель	323
Список литературы	328

Глава 15

Несчастные случаи

15.1. ТРАВМЫ

Травма — воздействие на организм внешних агентов, приводящее к изменениям анатомического строения, физиологических функций органов и тканей и сопровождаемое местной или общей реакцией пострадавшего.

Черепно-мозговая травма

Иногда незначительная травма головы приводит к тяжелому повреждению мозга. Повышенный риск подобного у пожилых пациентов, а также у принимающих лекарства, которые снижают свертываемость крови.

ДИАГНОСТИКА

На ЧМТ указывают следующие признаки:

- потеря сознания сразу после травмы;
- жалобы на слабость, головокружение, головную боль;
- тошнота, рвота;
- зрачки разной величины;
- асимметрия лицевой мускулатуры, девиация языка;
- судороги, параличи;
- ухудшение координации движений;
- амнезия.

ПРОФИЛАКТИКА

- Состоит в принятии всех возможных мер безопасности во время пребывания пациента в лечебном учреждении, особенно это касается детей.
- В том случае, если за помощью обращается пациент с челюстной, лицевой травмой, с вывихами зубов и тому подобными повреждениями, следует исключить вероятную черепно-мозговую травму (см. «Диагностика»). Если исключить ЧМТ невозможно, плановую помощь следует отложить, при ургентной патологии оказывать помощь в условиях стационара.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Оценить состояние по алгоритму ABC(D).
- В случае выявления признаков нарушения по системе ABC осуществить восстановление и поддержание жизненно важных функций по системе ABC (см. «Коррекция по системе ABC»).
- Положить пациента на ровную поверхность, с приподнятым на 10–15° головным концом.
- Приложить к голове холод для уменьшения отека.
- Обеспечить доступ свежего воздуха, в случае потери сознания желательна оксигенотерапия с максимальным содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе.
- Запретить больному подниматься.
- Освободить от одежды, затрудняющей дыхание (воротник, галстук, пояс и т.п.).
- Медикаментозная терапия показана в случае сохраняющейся потери сознания, судорог, выра-

женного болевого синдрома, явной очаговой симптоматики (параличи, парезы, видная на глаз асимметрия лицевой и скелетной мускулатуры).

- При судорогах — медикаментозная терапия (см. «Судорожный синдром»).
- Для купирования головной боли — введение внутривенно метамизола натрия+питофенон+фенпивериния бромид (баралгина*) 5–10 мл, или метамизола натрия (анальгин*) 50% — 2 мл с дифенгидраминам (димедролом*) 1% — 2 мл.
- Глюкокортикоиды из расчета по преднизолону:
 - ◇ взрослым — 90–120 мг внутривенно струйно или внутримышечно;
 - ◇ детям — 3–5 мг/кг веса внутривенно струйно или внутримышечно.
- Внутривенное, внутримышечное введение этамзилата® (дицинона):
 - ◇ взрослым — 2 мл;
 - ◇ детям — 10 мг/кг веса.
- Передать пациента бригаде «скорой медицинской помощи».

Внимание! Сдавление головного мозга опасно остановкой дыхания и острой сосудистой недостаточностью. Признаки сдавления головного мозга могут проявляться через некоторое время (от 1 ч до недели и более):

- постоянные головные боли, рвота;
- нервное возбуждение, сменяющееся угнетением сознания вплоть до полной его потери;
- частое дыхание и замедление пульса;
- расширяются зрачки (часто широкий зрачок с одной стороны — анизокория);

- параличи скелетной мускулатуры на стороне, противоположной расширенному зрачку.

При выявлении признаков сдавления мозга оказание неотложной помощи соответствует таковой при ЧМТ, при этом особое внимание уделить постоянному контролю дыхания и гемодинамики пациента.

Ушибы

Ушибы — повреждения подкожной клетчатки, мышц, мелких кровеносных сосудов.

ДИАГНОСТИКА

- На месте ушиба возникает отек, кровоизлияние в поврежденные ткани.
- Место ушиба болит или боль возникает при ощупывании.
- При обширных ушибах возможно нарушение работы поврежденного органа:
 - при внутренних повреждениях грудной клетки в результате ушиба возможно появление кашля, мокроты с кровью, затрудненного болезненного дыхания;
 - при тяжелых ушибах живота — тошнота, рвота, возможно, с кровью, резкая боль;
 - при ушибах почек появляется кровь в моче.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Положите пузырь со льдом на место ушиба.
- Создайте покой организму.
- Если ушиблена конечность — наложите повязку, фиксирующую конечность.

- При подозрении на внутреннее кровотечение — оказание помощи см. по алгоритму в разделе «Геморрагический синдром у детей и взрослых».
- Для купирования болевого синдрома, при необходимости, введение внутривенно или внутримышечно:
 - метамизола натрия (анальгин[▲]) 50% — 2 мл:
 - ◇ взрослым — 2 мл;
 - ◇ детям — 0,1 мл на год жизни;
 - дифенгидрамина (димедрол[▲]) 1% — 1 мл:
 - ◇ взрослым — 2 мл;
 - ◇ детям — 0,05 мл на кг массы тела.

Повреждение глаза

ДИАГНОСТИКА

- Значительные болевые ощущения.
- Слезотечение, светобоязнь, блефароспазм.
- Ощущение инородного тела; боль, усиливающаяся при мигании.
- Сквозная рана в роговице или в склере; отверстие в радужке; выпадение внутренних оболочек или стекловидного тела.
- Надрыв зрачкового края радужки, изменение формы зрачка, помутнение хрусталика, гипотония глаза.

ПРОФИЛАКТИКА

Состоит в принятии всех возможных мер безопасности во время пребывания пациента в лечебном учреждении, особенно это касается детей.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Положить пациента на ровную поверхность, с приподнятым головным концом на 10–15°.
- Не промывайте поврежденный глаз (за исключением случаев ожога какой-либо жидкостью).
- Не удаляйте инородное тело из глаза.
- Инсталляция 2–3 капли 20–30% раствора сульфацила натрия* (сульфацетамид).
- Наложите на поврежденный глаз стерильную повязку.
- Для купирования болевого синдрома, при необходимости, введение внутривенно или внутримышечно медикаментов, как и в случае ушибов.
- Передайте пациента бригаде скорой медицинской помощи.

Ранения острыми предметами

Профилактика состоит в принятии всех возможных мер безопасности во время пребывания пациента в лечебном учреждении, особенно это касается детей.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Освободить раненый участок тела от одежды.
- Выполнить остановку кровотечения (см. «Геморрагический синдром у детей и взрослых»).
- Смазать кожные края раны дезинфицирующим раствором (2% спиртовой раствор йода).
- Аккуратно удалить из раны инородные тела. Не удаляйте глубоко погруженные инородные тела.
- Наложить стерильную повязку (см. «Правила наложения повязок»).

- Для купирования болевого синдрома, при необходимости, введение внутривенно или внутримышечно медикаментов, как и в случае ушибов.
- Передать пациента бригаде «скорой медицинской помощи».

Вывихи

В том случае, если человек падает на вытянутую руку, может произойти вывих большого пальца. Тогда большой палец значительно отведен у основания и короче обычного. Движения в суставе резко ограничены, беспокоит боль. При вывихе в локтевом суставе рука полусогнута, движения резко ограничены и болезненны.

ДИАГНОСТИКА

- Факт травмы (в случае привычного вывиха необязателен).
- Резкая боль в суставе и изменение его формы.
- Почти полная неподвижность сустава.
- Неправильное положение поврежденной конечности.

Профилактика состоит в принятии всех возможных мер безопасности во время пребывания пациента в лечебном учреждении, особенно это касается детей.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Не следует пытаться вправить вывих самостоятельно.
- Наложить шину, обеспечить покой поврежденного сустава.

- Для купирования болевого синдрома, при необходимости, введение внутривенно или внутримышечно медикаментов, как и в случае ушибов.
- Передать пациента бригаде «скорой медицинской помощи».

Переломы конечностей

ДИАГНОСТИКА ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ

- Факт травмы.
- Нарушение формы конечности (укорочение, изменение кривизны).
- Патологическая подвижность.
- Костная крепитация.
- Резкая болезненность.
- Нарушение функции конечности.
- Припухлость, гематома.

Профилактика состоит в принятии всех возможных мер безопасности во время пребывания пациента в лечебном учреждении, особенно это касается детей.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Обеспечение неподвижности поврежденной конечности — шинирование. Шина должна захватывать не только поврежденный участок конечности, но и по одному суставу выше и ниже перелома.
- Если перелом открытый, перевязать рану стерильным материалом, ни в коем случае не вправлять обломки костей внутрь.
- При кровотечении воспользоваться наиболее подходящим по ситуации методом остановки (см. «Геморрагический синдром у детей и взрослых»).

- Для купирования болевого синдрома, при необходимости, введение внутривенно или внутримышечно медикаментов, как и в случае ушибов.
- Передать пациента бригаде «скорой медицинской помощи».

ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗОК

- В том случае, если рана не слишком большая, а кровотечение остановлено, рану и окружающую ее кожу следует очистить 3% раствором перекиси водорода и дезинфицировать 2% спиртовым раствором йода.
- Повязка должна быть достаточно большой, чтобы накрыть рану с запасом около 2,5 см вокруг нее.
- Повязка должна быть стерильной.

ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО ПАКЕТА

- Удалите наружную и внутреннюю защитную оболочку.
- В одной руке нужно держать специальный бинт и сложенную повязку. Разверните короткий конец бинта.
- Держите концы бинта, чтобы повязка закрыла рану. Размотайте свернутый бинт.
- Оберните короткий конец бинта вокруг пораженной конечности, оставив немного (чтобы завязать в конце процедуры).
- Надежно обмотайте конечность длинным концом бинта, чтобы закрыть всю повязку.
- Для закрепления свяжите оба конца.

15.2. ПОРАЖЕНИЕ ЭЛЕКТРОТОКОМ

Поражающее действие тока зависит от силы тока, проходящего через тело пострадавшего, пути его распространения, продолжительности воздействия и состояния организма.

- Чем выше напряжение тока в электросети, тем больше сила тока, проходящего через тело пострадавшего и выше его повреждающее воздействие.
- Снижение электрического сопротивления в месте вхождения электротока (вода, пот) или более плотного контакта с токонесущим предметом способно в несколько раз увеличить повреждающее действие тока.
- Путь распространения тока через тело пострадавшего получил название «петля тока»; наиболее опасны петли, проходящие через сердце (например: левая рука—правая рука) или головной мозг (голова—рука).

ДИАГНОСТИКА

I степень тяжести электротравмы.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

- Жалобы на ощущение удара, кратковременное потемнение в глазах.
- Иногда кратковременное локальное судорожное сокращение мускулатуры, типично — кисть руки, со слов пострадавшего: «было трудно оторвать руку».
- Утраты сознания не было. Амнезии не отмечают.
- Гемодинамика стабильна, нарушений ритма сердца нет.

II степень тяжести электротравмы.

Состояние в момент осмотра удовлетворительное или средней тяжести. Сознание ясное.

Выявляют один или несколько следующих признаков:

- головная боль, тошнота, рвота;
- боль в грудной клетке или животе;
- кратковременная утрата сознания, амнезия;
- кратковременный спазм дыхательной мускулатуры;
- экстрасистолия.

III степень тяжести электротравмы.

Состояние тяжелое. Дезориентация. Степень утраты сознания от оглушения до сопора.

Выявляют один или несколько следующих признаков:

- утрата сознания более чем на 5 мин;
- генерализованные судорожные припадки;
- нарушение зрения, речи;
- патологические очаговые симптомы, анизорефлексия;
- нарушения ритма сердца, чаще полиморфная экстрасистолия.

IV степень тяжести электротравмы.

Состояние крайне тяжелое, кома, самостоятельное дыхание неадекватно. Гемодинамика нестабильна. Возможно развитие терминального состояния.

ПРОФИЛАКТИКА

- Профилактика электротравм состоит в обеспечении всех мер безопасности, имеющих отношение к использованию электрооборудования в медицинской практике.
- В случае осуществления амбулаторного приема детей и наличия в помещении, где ребенок

ожидает приема, электроприборов и источников электропитания необходимо обеспечить постоянный контроль за ребенком и все возможные меры безопасности, предусмотренные для защиты детей от поражения током бытовых электросетей.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Прежде чем подойти к пораженному электрическим током, нужно обеспечить собственную безопасность (отключить источник тока, убрать с тела больного провод деревянным предметом или иным предметом, не проводящим ток).

I степень тяжести:

- успокоить, обеспечить доступ свежего воздуха;
- валерианы настойка[▲] перорально:
 - ◇ детям 1 капля на год жизни;
 - ◇ взрослым 20—30 капель;
- госпитализация в связи с возможностью развития отсроченных осложнений.

II степень тяжести:

- контроль ритма сердца;
- успокоить, обеспечить доступ свежего воздуха;
- валерианы настойка[▲] перорально:
 - ◇ детям 1 капля на год жизни;
 - ◇ взрослым 20—30 капель;
- госпитализация в связи с возможностью развития отсроченных осложнений.

III степень тяжести:

- пациента уложить в горизонтальное положение с приподнятыми нижними конечностями;

- освободить от одежды, затрудняющей свободное дыхание;
- обеспечить доступ свежего воздуха, по возможности — оксигенотерапию;
- обеспечить доступ к венозному руслу, оптимально — катетеризация периферической вены;
- контроль ритма сердца, как можно раньше ЭКГ;
- противоаритмическая терапия (см. соответствующий раздел);
- противосудорожная терапия: внутривенно седуксен (см. «Судорожный синдром»).

IV степень тяжести:

- пациента уложить в горизонтальное положение с приподнятыми нижними конечностями;
- контроль состояния пациента по алгоритму ABC(D);
- осуществление помощи по алгоритму ABC в случае обнаруженных нарушений (см. соответствующий раздел).

Если по алгоритму ABC нарушений не выявлено:

- освободить от одежды, затрудняющей свободное дыхание;
- обеспечить доступ свежего воздуха, крайне желательно — оксигенотерапия с максимальным содержанием кислорода;
- постоянный контроль ритма сердца;
- обеспечение доступа к венозному руслу, оптимально — катетеризация периферической вены;
- противосудорожная терапия: седуксен[▲] (диазепам) внутривенно (см. «Судорожный синдром»);

- антиаритмическая терапия (см. соответствующий раздел);
- при снижении систолического АД ниже 80 мм рт.ст. — инфузионная терапия декстраном [ср. мол. масса 30 000–40 000] (реополиглюкин[▲], гемостабилон[▲]), 5% раствором глюкозы[▲] со скоростью 10–20 мл/кг в час;
- при отсутствии или слабом эффекте инфузионной терапии через 10–15 мин от ее начала увеличение скорости инфузии до 40 мл/кг в час;
- при отсутствии эффекта от инфузионной терапии в течение 10 мин при скорости инфузии 40 мл/кг в час (нитевидный пульс либо отсутствие пульса на лучевой артерии) допамин 200 мг в 400 мл 5% раствора глюкозы[▲], скорость инфузии определяют по стабилизации АД. Скорость инфузии меняют от меньшей к большей, под контролем АД до достижения его стабилизации (удовлетворительного качества пульса на лучевой артерии, систолического АД не менее 100 мм рт.ст., но не более 140 мм рт.ст.) при минимальной дозе вливаемого раствора;
- передать пациента бригаде «скорой медицинской помощи».

15.3. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

По механизму обструкции дыхательных путей инородные тела принято различать:

- не obturiruyushchie просвет — воздух может свободно проходить мимо инородного тела, как на вдохе, так и на выдохе;

- полностью обтурирующие просвет — воздух не проходит;
- частично обтурирующие просвет по «клапанному» типу — на вдохе воздух проходит мимо инородного тела в легкое, а при выдохе инородное тело перекрывает просвет, препятствуя выходу воздуха из легкого.

По месту расположения инородные тела делят на:

- находящиеся в верхних дыхательных путях: носу, глотке, гортани, трахее, главных бронхах;
- находящиеся в нижних дыхательных путях, ниже главных бронхов.

По фиксации инородные тела делят на:

- фиксированные, которые практически не смещаются при дыхании;
- баллотирующие, которые не фиксированы и при дыхании могут перемещаться из одних отделов дыхательной системы в другие.

Наибольшую угрозу для жизни представляют инородные тела, располагающиеся на уровне от глотки до бифуркации трахеи, фиксированные и полностью обтурирующие просвет дыхательных путей. Если не оказать немедленную помощь, то клиническая смерть наступит в пределах 5–10 мин.

Опасны для жизни инородные тела, частично обтурирующие просвет дыхательных путей и создающие клапанный механизм. Обычно это приводит к нарастанию внутригрудного давления и нарушениям дыхания и кровообращения. В таких случаях, в зависимости от «высоты стояния клапана», клиническая смерть может наступить в пределах от 20 мин до нескольких часов.

Баллотирующие инородные тела, в случае их смещения, могут приводить к ларингоспазму. Такое может происходить при проведении мероприятий по оказанию неотложной помощи, когда баллотирующее инородное тело буквально ударяет по связкам голосовой щели снизу. В случае стойкого ларингоспазма, если не оказать помощь, клиническая смерть может наступить через 5–10 мин.

Наименее опасны для жизни, однако очень опасны для здоровья инородные тела мелких бронхов.

Диагностика

Основные симптомы инородных тел.

- Внезапная асфиксия.
- «Беспричинный», внезапный кашель, часто приступообразный. Кашель, появившийся на фоне приема пищи.
- Внезапная осиплость голоса или афония.
- Одышка инспираторная при инородных телах верхних дыхательных путей, экспираторная при инородных телах бронхов.
- Появление свистящего дыхания.
- Возможно кровохарканье — из-за повреждения инородными телами слизистой оболочки дыхательных путей.
- При аускультации легких — ослабление дыхательных шумов с одной или обеих сторон.

Особенности инородных тел дыхательных путей у детей по сравнению со взрослыми:

- трудность в установлении диагноза, так как дети могут скрывать от взрослых факт попадания

инородного тела в дыхательные пути, поэтому данный диагноз следует заподозрить у любого ребенка с внезапным развитием острой дыхательной недостаточности;

- трудность в установлении того, что служит инородным телом.

Прогрессирование нарушения сознания у пациента с инородным телом сопровождается следующей симптоматикой:

- стадия возбуждения до гипоксического делирия, пульс частый, хорошего наполнения, кожные покровы обычной окраски, к концу данной стадии появляется цианоз губ;
- стадия угнетения сознания, пульс частый, хорошего наполнения, сменяется частым нитевидным пульсом, угнетение самостоятельного дыхания, кожные покровы бледно-цианотичные. После восстановления проходимости дыхательных путей восстановление самостоятельного дыхания после одного-нескольких вдохов ИВЛ;
- стадия угнетения сознания до комы с потерей активности дыхательного центра и отсутствием самостоятельного дыхания даже после восстановления проходимости дыхательных путей при ИВЛ, на данной стадии у пациента отмечают брадикардию и резкое снижение АД (пульс на лучевой артерии не определяется).

Если не происходит восстановление проходимости дыхательных путей и восстановление дыхания, примерно через 3–5 мин наступает остановка сердца.

Неотложная помощь

Внимание! Попытки извлечения инородных тел из дыхательных путей производят только у пациентов с прогрессирующей острой дыхательной недостаточностью, представляющей угрозу жизни пациента.

Если дыхательная недостаточность компенсирована, нет признаков гипоксии ЦНС, пациенту необходимо обеспечить:

- максимальный покой, резкая перемена положения тела может привести к ухудшению;
- доступ свежего воздуха;
- освободить от одежды, стесняющей дыхание;
- как можно быстрее госпитализировать в стационар с возможностью бронхоскопии.

Если острая дыхательная недостаточность прогрессирует и имеются признаки гипоксии ЦНС.

- Осматривают глотку пациента и, если инородное тело визуализировано и расположено на уровне глотки, следуют алгоритму:
 - выполнить манипуляцию по извлечению инородного тела из глотки пальцем или корнцангом;
 - при отсутствии эффекта выполнить поддиафрагмально-абдоминальные толчки — прием Геймлиха (рис. 15-1);
 - в случае отсутствия эффекта от пяти выполненных поддиафрагмально-абдоминальных толчков приступают к коникотомии.
- Инородное тело не визуализируется — означает, что оно находится на уровне гортани, трахеи или ниже: выполняют поддиафрагмально-абдоминальные толчки (прием Геймлиха).

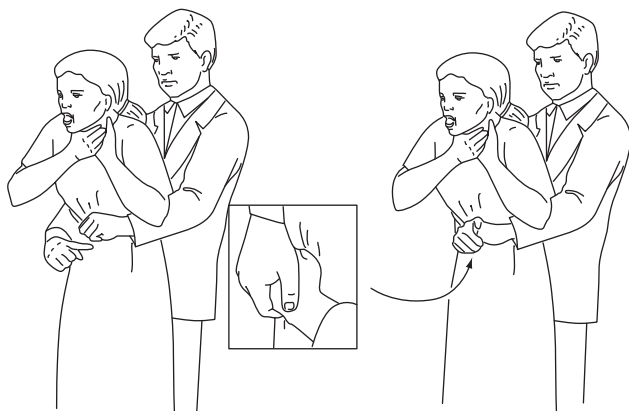


Рис. 15-1. Техника выполнения приема Геймлиха у пострадавшего, находящегося в сознании.



Рис. 15-2. Особенность выполнения приема Геймлиха у беременных.

- При отсутствии эффекта от пяти поддиафрагмально-абдоминальных толчков приступают к коникотомии.
- Если дыхательные пути остаются непроходимыми, это свидетельствует о том, что инородное тело находится ниже места выполнения коникотомии и следует предпринять попытку продвижения инородного тела в правый главный бронх.
- После выполнения любой из манипуляций необходимо контролировать восстановление проходимости дыхательных путей либо по восстановлению самостоятельного дыхания, либо по возможности проведения ИВЛ.
- При восстановлении самостоятельного дыхания или применения ИВЛ крайне желательна оксигенация 60–100% кислородом.
- В том случае, если баллотирующее инородное тело привело к развитию ларингоспазма, также выполняют коникотомию. Это обусловлено отсутствием времени на дифференциальную диагностику между ларингоспазмом и вклиниванием ранее баллотирующего инородного тела.

Техника выполнения приема Геймлиха

Пострадавший в сознании в положении сидя или стоя:

- Встаньте позади пострадавшего и поставьте свою стопу между стоп пострадавшего. Обхватите его руками за талию. Сожмите кисть одной руки в кулак, прижмите ее большим пальцем



Рис. 15-3. Техника выполнения приема Геймлиха у потерявших, находящихся без сознания.

к животу пострадавшего на средней линии чуть выше пупочной ямки и значительно ниже конца мечевидного отростка (реберного угла).

- Обхватите сжатую в кулак руку кистью другой руки и быстрым толчкообразным движением, направленным кверху, нажмите на живот пострадавшего.
- Толчки следует выполнять отдельно и отчетливо до тех пор, пока инородное тело не будет удалено, или пока пострадавший не сможет дышать и говорить, или пока пострадавший не потеряет сознание.

Пострадавший без сознания:

- Уложите пострадавшего на спину, наложите одну руку основанием ладони на его живот вдоль средней линии, чуть выше пупочной ямки, достаточно далеко от конца мечевидного отростка.
- Сверху наложите кисть другой руки и надавливайте на живот резкими толчкообразными движениями, направленными к голове, 5 раз с интервалом 1–2 с. Проверьте ABC (проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение).

Внимание! Содержимое желудка может попасть в рот и далее в дыхательные пути, что приводит к тяжелой пневмонии. Чтобы этого не допустить, после каждых 2 надавливаний необходимо проверять полость рта на наличие рвотных масс и удалять их.

Техника выполнения коникотомии см. «Алгоритм коррекции по системе ABC».

Техника продвижения инородного тела в правый главный бронх:

- пациент лежит на спине, под плечи положен валик, голова запрокинута и повернута налево;
- через отверстие, выполненное в процессе коникотомии, введите длинный, тонкий, с тупым концом инструмент и осторожно продвигайте его вниз на длину, соответствующую расстоянию от места выполнения коникотомии до яремной вырезки +2 см.

Все пациенты с инородными телами должны быть госпитализированы в стационар с реанимационным отделением и возможностью выполнения бронхоскопии (торакальная хирургия, пульмонологическое отделение).

Дополнительная информация

Описанные выше манипуляции (коникотомия и т.д.) не требуют обезболивания, так как их проводят, как правило, когда у пациента спутанное сознание или пациент без сознания. Кроме того, нельзя тратить время ни на что, кроме восстановления проходимости верхних дыхательных путей, так как это жизненно важно.

После восстановления проходимости дыхательных путей и восстановления сознания следует обращать внимание на контроль за руками пациента — особенно у детей вероятны попытки удалить трубку коникотома или иной инструмент.