

РЕАНИМАЦИЈА ПРИ АКУТНА СОСТОЈБА НА НАРУШУВАЊЕ НА СВЕСТА ВО СТОМАТОЛОШКАТА ПРАКТИКА

Шољакова М.

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, КАРИЛ-КЦ

Нарушувањето на свесното однесување, како и транзиторното губење на свеста претставуваат составен дел на секојдневната стоматолошка практика. Нивното препознавање, правилната класификација, како и адекватното и навремено преземање на реанимациони мерки честопати значат и спасување на човечки животи. Иако за стоматолошките интервенции постои уверување дека се мали и неопасни, тие кај повеќето пациенти во стоматолошките амбуланти предизвикуваат чувство на страв, лабилност и стрес, кој остава свои реперкусии врз организмот. Кусата минлива несвестица е една од најчестите итности што се случуваат во практиката на секој здравствен работник. Особеност на овие случувања е што тие настапуваат ненадејно, траат кусо, а најчесто се реќаваат со многу едноставни терапевтски мерки. Вообичаено, но сосема погрешно, за нив се користи англиска терминологија: *пациентите колембирале*.

Овој напис има за цел да ги прикаже најчестите состојби на нарушување на свеста и свесното однесување со кои се среќава стоматологот во својата дневна работа.

Најчести причини за нарушување во свесното однесување кај стоматолошките пациенти

Денес во литературата сè почесто се користи поимот “синдром на бел мантил”, а се однесува на сите оние пациенти кои, со

влегувањето во која и да било здравствена институција, покажуваат знаци на невообичаено однесување. Тоа најчесто се манифестира со симптоми од автономниот нервен систем, кои се валоризираат со изразена тахикардија или со зголемен артериски крвен притисок кај пациентите, што може да се должи на свесен или потсвесен страв од претстојната интервенција.

Втора, но секако не и незначителна, причина се чини е традиционалната навика да се оди гладен кај доктор. Ваквите пациенти се истоштени и со намалени резерви за секаков емотивен напор.

Болничкото, односно амбулантското окружување има специфичен мирис, кој за здравствениот персонал е нешто вообичаено, па најчесто и не го чувствуваат. Мирисот на разните дезинфекциони средства и медикаменти дејствува шокантно на пациентите. Ако на ова се надоврзе астеничната физичка конституција, како и психолошката неподготвеност на пациентите, се создаваат услови за инцидент.

Најзначајниот фактор кој може да придонесе кон појава на инцидент е постоењето на други придружни заболувања - коморбидитет на пациентот. Најчесто, како придружни се среќаваат заболувањата на кардиоциркулаторниот систем, ендокрините заболувања (дијабетес или тиреотоксикоза), како и неврогените заболувања. Психогениот стрес може да ја влоши здравствената состојба на овие хронични пациенти и да предизвика акутна егзацербација манифестирана преку нарушување на свеста.

Нарушена свест

Под поимот нарушување на свеста најчесто се подразбираат состојбите на ненадејно губење на свеста или ненадејна појава на агитираност. Во француската литература овој поим се дефинира како ненадејно реверзибилно нарушување на психофизичките и осетните функции на организмот придружени со промени во мускулниот тонус (1).

Во шемата 1. се претставени најчестите клинички состојби при кои доаѓа до транзиторно губење на свеста.

ШЕМА 1. НАЈЧЕСТИ СОСТОЈБИ ПРИ КОИ НАСТАНУВА ТРАНЗИТОРНО ГУБЕЊЕ НА СВЕСТА

ГУБЕЊЕ НА СВЕСТА ПРИ ЕПИЛЕПСИЈА

- ✓ епилепсија - Grand Mal
- ✓ Absance - Petit Mal
- ✓ психомоторен Absance

СИНКОПА

- ✓ кардиопатска
- ✓ нарушување на ритмот на срцето
- ✓ вазо-вагална
- ✓ посттраумаатска

АГИТИРАНОСТ

Клинички пристап кај знаци за нарушена свест

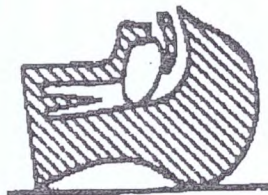
Секако дека едно од најстарите правила во медицината впрочемо да се спречи отколку да се лечи важи и кај овие состојби.

Превенцијата опфаќа поседување на добри комуникациски вештини на докторот-стоматолог кој треба да го подгот-

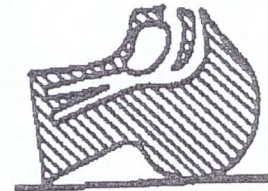
ви пациентот и да создаде чувство на доверба. За таа цел е потребен детален разговор во релаксирана атмосфера во кој вешто и суптилно треба да се земе анамнеза за придружните заболувања. Пациентите умеат итро да скријат некои важни податоци за евентуалната постојна хронична болест (неврогена или кардиоциркулаторна), така што преглед на книшката може да даде податоци за историјата на некое придружно заболување.

Второто правило во клиничкиот процес е оспособување и едукација на стоматологот за основните вештини во реанимацијата (А, В, С, D), кои може да помогнат во навременото и трезвено реагирање во итни, ургентни состојби на нарушена свест.

Поаѓајќи од основната поставка на дефиницијата за нарушена свест - промени во мускулниот тонус, треба да се знае дека состојбата на бесвесност е поврзана со релаксација на мускулите во телото. Притоа, доаѓа до опуштање на мускулите на вратот, на помошните мускули кои ја држат долната вилица и на јазикот. Главата се наоѓа во неприродна положба, со брада доближена до градниот кош и со спуштена долна вилица. Коренот на јазикот, кој е поддржуван од оваа помошна мускулатура, запаѓа наназад, го исполнува просторот на хипофаринксот и врши опструкција на минувањето воздух од атмосферата кон респираторниот тракт. Опструкцијата на дишните патишта предизвикува состојба на хипооксија која може да има подалекосежни последици по животот на пациентот. На сл. 1. е претставен пресек на краниум во кој се гледа западнат јазик, како и позиција на дорзална флексија на главата со кој едноставно се обезбедува слободен протек на воздух (постапка А).



а



б

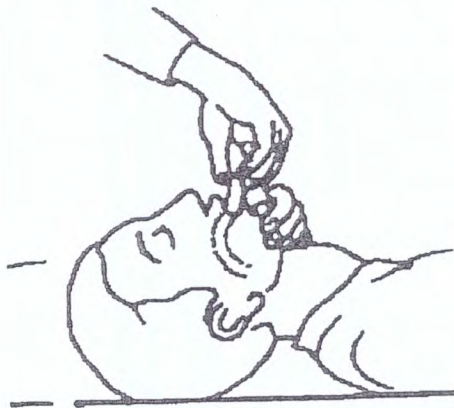
Слика 1. Западниот јазик (а) и дорзална флексија на главата (б)

Епилепсија (Grand Mal)

Епилепсијата претставува класичен пример на состојба на губење на свеста, каде пациентот, без продром или по една аура, ненадејно паѓа на земја. Еволуцијата е типична, лесно се препознава; пациентот запаѓа во состојба на бесвесност која е придружена со тонична фаза со апноја, по која следи клонична фаза на која и се придружени знаци на урина инконтиненција, хиперсаливација и опасност од прегризување на јазикот

Меркиџе што стоматологот во ваква состојба треба да ги преземе треба да се состојат во зафати кои ќе обезбедат да се отвори устата со помош на устоотворач или ервеј, со цел да се избегне прегризување на јазикот. На сл. 2. е претставена постапката А, модифицирана со користење на помагало – ервеј.

Во текот на нападот потребно е да се следат респирациите, пулсот и артерискиот крвен притисок. Најчесто нападот минува без никаква интервенција. При долго



Сл. 2. Постапување на ервеј

траење на нападот, препорачливо е смирување со апликација на 10 mg бензодиазепин (апаурин) и.в., со истовремено администрирање на кислород.

Absans (Petit mal)

За разлика од епилепсијата, Petit mal претставува краткотрајна криза, која трае 5-15 сек. при што најчесто отсуствува губењето на свеста. Се среќава почесто кај децата, но може да се јави и кај возрасните. Притоа се забележува ненадејно прекинување на зборувањето или гестикациите. Изгледот на лицето е карактеристичен, ликот е отсутен (вигилност). Понекогаш кризата е проследена со бледило, миоклонус, акинезија, или со паѓање поради губење на мускулниот тонус.

Меркиџе кои се преземаат се состојат во одложување на интервенцијата, бидејќи пациентите се склони кон повторување на нападите неколкупати во текот на денот. Потоа се советува земање терапија пропишана од неврологот и неодложна консултација со невролог.

Психомоторен апсанс

Овој вид на нарушување на свеста претставува кусо епилептогено губење на свеста, без паѓање. Иако има сличности со претходно опишаната состојба, сепак не е Petite mal бидејќи третманот е различен. Честопати се јавува по епизода на халуциногена аура, или туѓи сензации, проследени со ретроградна амнезија. За разлика од Petite mal, епизодите не се повторуваат во текот на денот.

Меркиџе што треба да ги преземе стоматологот се состојат во задолжителна консултација со невролог за понатамошно невролошко иследување. Причините, ако се откријат, најчесто се фокални.



Сл. 3. Дорзална флексија на главата и насилно отворање на устата

Синкопа

Поимот синкопа потекнува од латинската номенклатура и е прифатен во романските групи јазици, а има значење на несвестица.

Синкопата претставува краткотрајно губење на свеста (од неколку секунди до 2 минути), кое се должи на транзиторната исхемија на централниот нервен систем, при што пациентот најчесто паѓа. Најчесто, самото паѓање води кон подобрување на снабдувањето на мозокот со крв и кон освестување на пациентот. Токму поради ова, синкопата е одраз на некомпетентноста на срцето или циркулаторниот систем да обезбеди адекватна перфузија на мозокот со крв. Традиционално, за третманот на синкопата важи правилото дека елевирањето на долните екстремитети над нивото на срцето е доволно, по пат на автотрансфузија, да се обезбеди добра мозочна прокрвеност (сл. 4).

Тоа истовремено претставува и метод на диференцирање, при состојба на несвестица, да се потврди дали станува збор за синкопа или за посериозна состојба на нарушување на свеста. Постојат повеќе типови синкопи кои се систематизирани според нивната етиолошка припадност.

Кардиоајиска синкопа. Овој вид на губење на свеста претставува класичен пример на синкопа, меѓутоа е исклучително ретка. Се одликува со кусо времетраење, 5-10 сек.

Мерките што се преземаат предвидуваат оксигенотерапија со O₂ на маска 2-4 L/min. Болниот се поставува на рамна подлога, при што најчесто свеста спонтано се враќа. Поради основното заболување, кардио-миопатија пациентите полесно

поднесуваат главата да им биде поткрена-та над нивото на срцето.

Синкопа при нарушен срцев ритам. Се среќава при постоење на Syndrom Adams-Stokes, при што, поради постоењето на аурикуло-вентрикуларен блок, срцето прави една долга пауза. Во периодот на срцевата пауза настапува церебрална исхемија, а, поради срцевата некомпетентност, мозокот страда од недоволна перфузија. Отсуството на циркулација доведува до губење на свеста по 15 секунди. Почнува со чувство на вртоглавица, вертиго, паѓање, губење на свеста во времетраење од 1 до 2 минути.

При палпација на пулсот на a. radialis се забележува дисритмија. Наодот се потврдува со ЕКГ запис, кој понекогаш може да покаже комплетна срцева дисоцијација. Покрај класичниот Syndrom Adams-Stokes, и другите вариетети на нарушување на ритмот може да предизвикаат синкопа. Меѓу нив, како особено подложни на синкопа се сметаат состојбите на пароксизмална тахикардија, сино-аурикуларниот блок, изразитата синус-брадикардија, torsade de pointes и други. Кај овие состојби синкопата, сама за себе, не претставува особен проблем. Терапијата треба, главно, да биде ориентирана кон третирање на основната кардијална болест.

Меркаша што се презема е класичната постапка за синкопа: легнување на грб со елевација на нозете над нивото на срцето. Поради релативно долгото времетраење на несвестицата, неопходно е да се преземат сите класични мерки на реанимација. Се администрира кислород (O₂), се поткрева долната вилица и се прави дорзална флексија на главата за да се ослободат дишните патишта, се преземаат постапките на артефицијална вентилација (уста на уста, уста на нос или уста на мас-



Слика 4. Елевација на нозете над нивото на срцето

ка), со истовремена подготовка за срцева масажа (100/min), (сл. 5 и 6). Со оваа постапка најчесто се нормализира ритмот и пациентот се освестува. При подолготрајни срцеви дисритмии неопходна е консултација со кардиолог за евентуална временна надворешна електростимулација (перкутано или и.в. поставување на Pace maker).

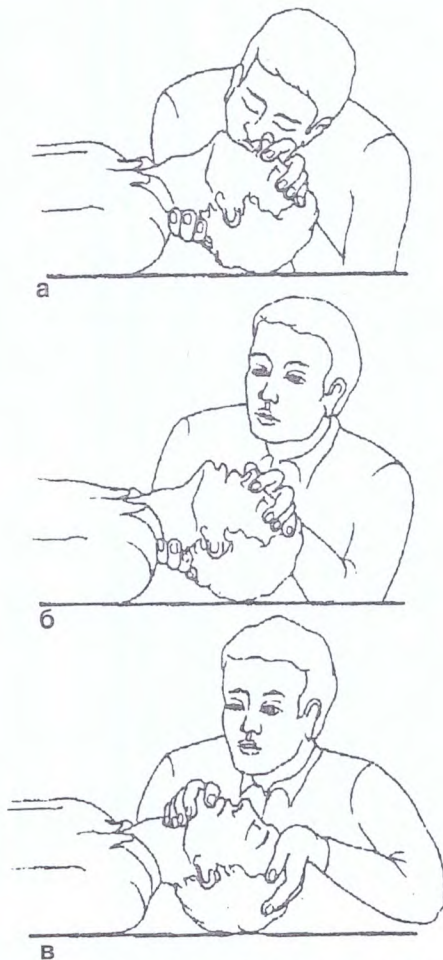
Во стоматолошката практика, со цел да се превенираат повторувачките синкопи, се препорачува пред интервенцијата пациентот да прими компримирани таблети од *Efedrin a'* 12-20 mg x 4. При упорни синкопи, неопходна е инфузиона стимулација со вазоактивни амини.

Покрај веќе горе опишаните причини, синкопата може да настапи и при други срцеви заболувања, како што се: стеснувањето на устието на аортата, инсуфициенција на коронарните крвни садови, како и при хипертензија на *a.pulmonalis*.

Вазо-вагална синкопа. Овој тип синкопа се одликува со рефлексно нагло губење на свеста, како резултат на преминација на Sy или Psy-автономниот нервен систем, предизвикувајќи срцева пауза или негово запирање, кое може да биде придружено со или без пад на артерискиот крвен притисок. Тука се класифицираат сите феномени кои се во состојба да го ексцитираат рефлексниот механизам, како што се болката, стравот, емотивниот стрес и други.

Како посебни видови се класифицираат и состојбите на синкопа при ноктурна микција, хидрокуцио, ларингеален иктус, синкопа со кашлање и сино-каротидна хиперрефлексија. Пациентите подложни на овој тип синкопа се астенични, слаби и бледи.

Меркиџе што се преземаат треба да се ориентирани кон добра подготовка на



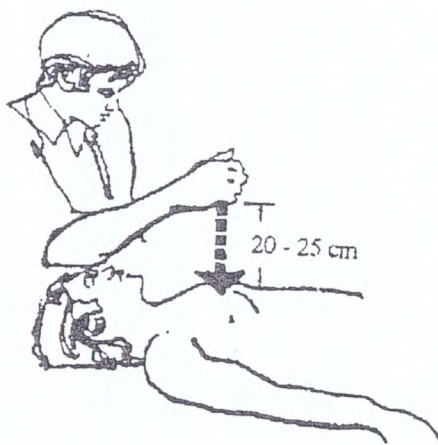
Слика 5. Вештачко дишење уста на уста и уста на нос



Слика 6. Масажа на срце



Слика 7. Вештачко дишење уста на маска



Сл. 8. Прекордијален удар

пациентот и кон отстранување на сите преципитирачки фактори кои може да ја предизвикаат синкопата.

Превентивно, добро е да се даде атропин 0,25 mg 2-4 пати дневно.

Пациентот се легнува на рамна подлога, се елевираат нозете над нивото на срцето. Доколку свеста не се врати по две минути, неопходно е итно преземање на реанимационите постапки А, В, С, D (сл. 7 и 8).

Помалку честии видови синкоја. Покрај досега опишаните состојби кои пре-

дизвикуваат синкопа, секако треба да се напомене дека некои состојби како траума или невролошки ретки заболувања, може да доведат до транзитивно губење на свеста. Во оваа група спаѓаат следниве состојби:

- пост-трауматска синкопа
- ортостатска хипотензија
- Syringomyelobulbia
- Sclerosis amiotrophica lateralis
- Tu fossae cranii posterior
- церебрална исхемија

Евалуација на степенот на нарушена свест

Како што кажавме во почетокот, состојбата на нарушување на свеста е поврзана со транзитивно краткотрајно отсуство на циркулација во централниот нервен систем. Должината на овој циркулатоерен недостиг во ЦНС предизвикува низа хипоксични секвени на мозокот. Во квалификувањето и евалуацијата на видот на нарушената свест помагаат низа бодовни системи со кои се одредува степенот на отстапување од свесната состојба. Секој вид нарушена свест што трае подолго од 2 минути се квалификува како кома.

Степенот на комата најсоодветно се евалуира со GLASGOW COMA SCALE (GCS), која предвидува бодирање на најдобриот одговор при вербална команда или при болен стимулус. Притоа се евалуираат одговорите на отворање на очите, моторниот одговор, како и вербалниот одговор. Отсуството на овие три одговори се рангира со по 1 бод што изнесува 3 поени (длабока кома), а соодветни целисходни одговори носат 15 поени (свесен пациент). Корисноста на оваа скала е во тоа, што таа е предиктивна, може да го предвиди исходот од комата.

Нарушена свест која се манифестира со агитираност

Стоматологот, во својата секојдневна практика, честопати се среќава со стоматолошки пациенти чиешто нарушување на свесното однесување се манифестира и со некооперабилност. Кај ваквите пациенти не смее да се примени сила, туку неопходно е да се сфати дека зад едно вакво однесување може да се крие некое соматско

или невропсихијатриско заболување. Најчесто се работи за *соматиска афекција* која зад себе крие недијагностицирана епилептична криза, етилизам, акутна инфекција, состојба на хипертермија, дехидратација, метаболно нарушување или, пак, интоксикација.

Присуството на конфузност, делириум или манијачност се одлика на *психијатриска афекција* на стоматолошкиот пациент, при што е неопходна соработка со психијатар. Кај сите вакви пациенти неопходно е времено одложување на интервенцијата и нивна посебна подготовка.

Губењето на свеста како резултат на хистерично однесување или анксиозност не е ретка појава во стоматолошките амбуланти. Правилната дијагноза, навременото препознавање според положбата на хипертонусот во вид на лак, помага лесно да се одвои од другите типови на нарушена свест.

Колапс

Сметам за неопходно да се напомене и да се направи една дистинкција меѓу состојбата на колапс и состојбата на синкопа.

Состајбата на колапс е тесно поврзана со состојбата на шок. Се појавува по тешки искрвавувања, траума, анестезија, операција, тешки инфекции, при изгореници, профузни повраќања и проливи. Појавата на колапс се должи на намалениот циркулаторен минутен волумен кој доминираат при шоковите состојби. Во клиничката слика доминира низок артериски крвен притисок (<90mmHg) и тахикардија (>120/min), кои се резултат на намалениот волумен на циркулирачката крв. Нарушувањето на свеста што се јавува притоа е резултат на глобалната хипооксија на сите клетки во телото, а која е карактеристика на шокот. Токму поради тоа, во стоматолошката практика е неопходно да се знаат и да се препознаат состојбите на колапс, за да се одвојат од синкопата.

Меркиите за третман на колапсот, покрај оксигенотерапијата, се состојат во итно третирање на изгубениот циркулаторен волумен со надоместување со инфузии течности.

Консеквенции од задоцнетото преземање мерки за реанимација при нарушување на свеста

На крајот, наместо заклучок, би било корисно да се даде еден мал осврт на премисата дека: секоје одлагање на реанимационите постапки кај бесвесен пациент може да доведе до несогледливи последици кои значат живот на пациентот. Подолу, даваме куса листа на усложнувања кои следат при задоцнето преземање на реанимационите постапки.

Компликации од задоцнета реанимација:

- опструкција на дишните патишта
- вентилаторен дистрес
- хипооксија
- запирање на работата на срцето
- хипооксично оштетување на мозокот
- ментални секвели
- смрт

Секако дека познавање на основните елементи на реанимацијата, како што се постапките за одржување на проодноста на дишните патишта (А), изведувањето артефицијалната вентилација (В) и одржувањето на циркулацијата со надворешна масажа на срцето (С), треба да поседува секој стоматолог-практичар.

Литература

1. FRANCOIS G, CARA M, DELEUZE R, POISVERT M. Les pertes de connaissance breves. In: Medecine d'urgence Anesthesie. Reanimation. Masson (3. ed: 307-313, Paris, 1981.
2. MOULTON C, YATES D. Collapse and sudden illness. In: Emergency medicine. Blackwell Science (2nd ed), Oxford, 185-212, 2000
3. SPRIGINGS D, CHAMBERS J. Transient loss of consciousness. In: Acute medicine. Blackwell Science (3rd ed), Oxford, 2001, pp74-83
4. ŠOK i kolaps: Vo: Medicinska enciklopedija: Jugoslovenski leksigografski zavod, Zagreb, 1970.(vol 6., str.186-196).