

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВНУТРЕННИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

С. Г. Моисеев

Московский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского

При очень многих внутренних заболеваниях развиваются такие явления, при которых требуются экстренные лечебные мероприятия для облегчения состояния больных и даже для спасения их жизни (например, развивающийся инфаркт миокарда или острые бытовые отравления). При других заболеваниях вопрос о серьезности состояния больного и о срочности медицинской помощи решается тяжестью клинических проявлений, возникновением опасных осложнений. В качестве примеров таких состояний можно назвать сердечную астму при некоторых поражениях миокарда, полную атриовентрикулярную блокаду с синдромом Морганьи—Эдемса-Стокса при различных анатомических процессах в области пучка Гиса, пароксизмальную тахикардию, кровотечения из внутренних органов, коматозные состояния и т. д.

Возникающие в таких случаях синдромы составляют для врачей-интернистов область, пограничную с другими врачебными специальностями. Вот некоторые примеры: носовое кровотечение у больного с гипертонией (ринология), коматозные состояния, связанные с заболеваниями центральной нервной системы (невропатология), делириозное состояние у алкоголиков с крупозной пневмонией (психиатрия), профузное желудочное кровотечение у больного язвенной болезнью (хирургия), маточное кровотечение вследствие геморрагического диатеза при остром лейкозе (гинекология), печеночная кома у беременных (акушерство) и т. д.

Напомним, что А. Н. Крюковым было предложено специальное название «острая внутренняя клиника» для той области медицины, основной задачей которой является научная разработка вопросов экстренной терапевтической помощи больным. Он же создал первую такую клинику в Московском институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского.

Рациональное лечение таких заболеваний возможно лишь при правильно и своевременно поставленном диагнозе. Экстренная помощь часто может быть одинаковой при различии основных причин заболеваний. Однако правильное оказание и этой помощи иногда решает успех последующего лечения.

Качество экстренной помощи очень тесно связано с состоянием ее организации. В связи с этим можно напомнить, что такие корифеи нашей отечественной медицины, как Н. И. Пирогов и С. П. Боткин, были не только великими клиницистами, но и замечательными организаторами. В условиях нашего советского здравоохранения с бесплатной медицинской помощью экстренная помощь должна быть так построена, чтобы во всех необходимых случаях она оказывалась максимально быстро и наиболее полно на месте, куда вызван врач. Во всех случаях, когда больной нуждается в помощи в условиях больницы—клиники или когда у врача имеются веские сомнения относительно характера заболевания и необходимого лечения, должна существовать возможность быстрой и даже немедленной госпитализации такого больного.

В Москве экстренная медицинская помощь населению оказывается двумя организациями, связанными одна с другой: 1) станцией скорой помощи с ее подстанциями и 2) отделениями неотложной помощи поликлиник. Конечно, эти термины «скорая» и «неотложная» помощь представляют условные различия, потому что и та, и другая организации призваны оказывать в необходимых случаях максимально быструю помощь. Станция скорой помощи направляет свои автомашины с медицинским персоналом для обслуживания внезапно тяжело заболевших на улицах и в об-

публичных местах, при родах вне дома (квартиры) и пострадавших при несчастных случаях (травмы, ожоги, отравления, утопления и т. д.), где бы они ни произошли. Вызовы скорой помощи принимаются обычно по телефону централизованно (в одном месте). Врачи неотложной медицинской помощи обслуживают внезапно тяжело заболевших и нуждающихся в экстренной помощи больных, находящихся на дому. В последние несколько лет Московская станция скорой помощи оборудовала специализированные автомашины для оказания на месте «приспешив» наиболее квалифицированной медицинской помощи: 1) больным с развивающимся инфарктом миокарда, находящимся в состоянии шока, коллапса, 2) больным в состоянии травматического шока и 3) больным с тяжелыми бытовыми отравлениями. Во всех необходимых случаях врачи станции скорой помощи помогают врачам неотложной помощи советами по телефону или своими выездами на место.

При вызовах врачей скорой и неотложной помощи по телефону у принимающего вызов может возникнуть сомнение в необходимости выезда врача. Действительно, по телефону и даже по личному рассказу нередко трудно бывает решить этот вопрос. Иногда относительно тяжелого больного сообщается так скромно и так мало, что может возникнуть сомнение в необходимости выезда. В других же случаях к не нуждающемуся не только в экстренной, но и вообще в медицинской помощи человеку, доверяя сообщению, срочно выезжает врач.

Приведем соответствующие примеры.

I. У подростка, чувствовавшего себя с утра вполне удовлетворительно, к вечеру заболела голова и повысилась температура тела до 39°. Выехавший на квартиру к больному врач неотложной помощи обнаружил у больного затемненное сознание и наличие менингеальных симптомов и немедленно госпитализировал его с диагнозом — менингит. Диагноз подтвердился. Вызов был, конечно, необходим, но так изложен, что мог бы показаться недостаточно обоснованным для неотложного обслуживания. Во избежание возможных ошибок в подобных случаях все вызовы на оказание неотложной помощи должны, как правило, приниматься безотказно.

II. Почти одновременно вызываются к больному срочно врач ведомственной поликлиники, врач неотложной помощи и машина скорой помощи из-за того, что у больного развился насморк, кашель, головная боль, повысилась температура тела до 38°, то есть имелись выраженные симптомы гриппа; как выяснилось, данному больному никакой экстренной помощи не требовалось и достаточно было посещения врача поликлиники.

III. У больной днем был врач-невропатолог, назначивший ей по неврологическому заболеванию лекарственные инъекции. Родственники больной вместо того, чтобы оформить в поликлинике необходимость этих инъекций участковой медицинской сестрой, к вечеру под благовидным предлогом вызывают для этих инъекций врача неотложной помощи.

Конечно, такие вызовы, как последние два, бывают нечасто, но ведь они задерживают выезд врача к действительно нуждающемуся в экстренной помощи больному. Администрация поликлиник и общественность должны разъяснять таким «добрым» родственникам их ошибки, а при повторении необоснованных вызовов обращаться к общественности по месту работы этих нарушителей порядка.

Перед врачом при оказании экстренной помощи больному стоят следующие задачи: 1) поставить диагноз заболевания и правильно охарактеризовать состояние больного; 2) быстро оказать ему возможную и необходимую помощь на месте происшествия; 3) решить вопрос о необходимости госпитализации больного и о наиболее целесообразных средствах его транспортировки. При этом врач встречается с рядом трудностей. Часто обстановка, в которой находится больной, мало подходит для спокойного обследования — на улице, среди большого количества посторонних людей; в присутствии взволнованных родственников. Необходима быстрота действий, а возможности применяемых методов обследования весьма ограничены. При решении вопроса о транспортируемости больного для правильного заключения врача очень большое значение имеют дальность пути, состояние дорог и средств перевозки.

При оказании экстренной помощи больному надо всегда помнить и о присутствующих при этом родственниках больного; спокойное и уверенное, без суетливости, поведение врача и помогающего ему медицинского персонала — необходимое условие успешной работы.

Наиболее частыми и наиболее трудными в практике врачей скорой и неотложной помощи являются заболевания сердечно-сосудистой системы.

Жалобы на сжимающую боль в области сердца с характерной иррадиацией в левую руку, левую лопатку, особенно если дело касается пожилого больного, вряд ли у кого могут вызвать сомнение в правильном диагнозе. Однако приходится помнить, что нередко боли при заболеваниях сердца могут локализоваться только в верхней части живота — под ложечкой или только в правом подреберье, без характерной иррадиации; они могут встречаться и у молодых людей — в двадцати-тридцатилетнем возрасте. В подобных случаях даже достаточно опытные врачи совершают иногда диагностическую ошибку. Чаще всего в таких случаях отвергается диагноз стенокардии, развивающегося инфаркта миокарда, больные направляются на консультацию к хирургу, который не находит у больного ничего из области хирургической патологии.

Из-за этого такой больной, явившись лично в поликлинику, довольно смело отпускается домой врачом, не подозревающим, что дома он может быстро погибнуть. Иногда врач оказывает помощь больному как при острой коронарной недостаточности, а у больного — преперфоративная язва желудка, которая в дальнейшем и дает перфорацию.

Приведем примеры. Рабочий Р., 32 лет, на работе стал жаловаться на боль в верхней части живота. В поликлинике по месту работы врачи — и терапевт, и хирург — не сумели разобраться в диагностике заболевания и отпустили больного домой. В пути боль резко усилилась, и больной тут же обратился в поликлинику по месту жительства. Терапевт заподозрил хирургическое заболевание, хирург же ничего, требующего хирургического вмешательства, не нашел. В итоге больной, без правильного диагноза и не получив никакой эффективной помощи, был отпущен домой. Придя домой, больной внезапно скончался. Судебно-медицинское исследование трупа показало, что у больного развился инфаркт миокарда, от чего и наступила смерть. Терапевтов, несомненно, смутил молодой возраст больного, отсутствие в анамнезе жалоб на боли в области сердца и не совсем типичная их локализация. Главный вывод один: даже у молодых лиц при болях неясного происхождения, при не совсем типичной их локализации врач должен всегда иметь в виду возможность коронарного происхождения их. Следовало поверить жалобам этого больного на тяжесть его болей, помочь ему в госпитализации или в доставке его домой и признать его нетрудоспособным и нуждающимся в постельном режиме впредь до подробного обследования (в первую очередь — ЭКГ, лабораторные исследования крови, измерение температуры тела, определение АД).

Другой пример. К больной С., 40 лет, в 4 часа утра был вызван врач неотложной помощи по поводу сильных болей в подложечной области. Врач высказал предположение о наличии у больной стенокардии. Больная получила нитроглицерин под язык, инъекции камфары и атропина под кожу. Боль стала несколько меньше. Через 2 часа последовал повторный вызов врача родственниками. Тот же диагноз, повторное назначение того же лечения. В 10 часов утра, по указанию врача неотложной помощи, больную посетил участковый терапевт. Последний нашел у больной уже резкое напряжение брюшной стенки в верхней части живота, поставил диагноз перфоративной язвы желудка и срочно эвакуировал больную в хирургическое отделение больницы. Срочная операция подтвердила диагноз участкового терапевта. Больная выздоровела. В этом случае диагностика заболевания была вначале, по-видимому, трудна. Ошибка врача заключалась в том, что, будучи вызван к больной повторно через 2 часа, он ее не госпитализировал, а отложил разрешение этого вопроса до визита участкового терапевта.

Третий пример. К больной Н., 45 лет, был вызван врач неотложной помощи по поводу резко возбужденного состояния и болей в грудной клетке. Врач высказал предположение, что состояние больной связано с заболеванием нервно-психической сферы. Приглашенный на консультацию врач-психиатр, учитывая мнение терапевта, отметил у больной явления астенизации и высказал предположение о возможности истерического состояния. Больная скончалась. На секции был найден развивавшийся инфаркт миокарда. Надо подчеркнуть, что состояние возбуждения (очень резкого) бывает сравнительно нередко у больных с начинающимся инфарктом миокарда. Мы рассматриваем это состояние как проявление эректильной фазы, которая может перейти далее в торпидную фазу шока (состояние коллапса). Ошибка терапевта была связана с незнанием того, что при развивающемся инфаркте миокарда может быть состояние резкого возбуждения.

Больные инфарктом миокарда нуждаются в максимально щадящем режиме. Лечение проводится по нескольким направлениям. Прежде всего надо создать больному психический и физический покой. Необходимо возможно быстрее прекратить болевой приступ; тем самым обычно удается устранить и состояние возбуждения, если оно имеется.

При наличии у больного торпидной фазы шока — сосудистого коллапса с низким артериальным и венозным давлением — необходимо применение средств, повышающих сосудистый тонус.

Больному под язык дают 1—2 капли 1% спиртового раствора нитроглицерина или 1—2 таблетки его (по 0,0005 в каждой). Если у больного приступ стенокардии, то боль в течение 1—2 минут проходит совсем или становится слабее. В последнем случае надо через несколько минут повторить ту же дозу нитроглицерина. Противопоказанием к приему нитроглицерина является появление резкой головной боли после него. Если после повторных приемов нитроглицерина боль не проходит, должно возникнуть предположение о развитии инфаркта миокарда. С этого момента тактика врача меняется. Вводят 1% раствор морфина подкожно или внутривенно по 1 мл, иногда повторно (2—3 раза) через короткие промежутки времени. Для предупреждения воздействия его на блуждающий нерв (возникновение рвоты) рекомендуется одновременно ввести подкожно 0,5—1 мл 0,1% раствора атропина. Вместо морфина можно использовать 2% раствор пантопона. Для уменьшения длительного спазма коронарных артерий у лиц с повышенным АД рекомендуется введение 1 мл 24% раствора эуфиллина внутримышечно или 10 мл 2,4% раствора (желательно с равным

количеством 40% раствора глюкозы) внутривенно, а также аминазина 1 мл (2,5% раствора) вместе с 1 мл 2% раствора новокаина внутримышечно. В случаях тяжелого болевого приступа, не снимающегося повторным введением наркотиков, в порядке скорой помощи, как в некоторых клиниках, применяется закись азота для ингаляции (50% смесь с кислородом).

При развитии острой сердечной недостаточности — астматического состояния — применяются средства, усиливающие сократительную способность миокарда. Это раствор строфантина 0,25—0,5 мл 0,05% в вену или 1 мл внутримышечно (менее болезненно с 2—3 мл 2% раствора новокаина), раствор коргликона и других препаратов со строфантиноподобным действием. Вдыхание кислорода, инъекций камфары, кардиазола, кордиамина, при отсутствии тахикардии — кофеина.

При развитии торпидного шока — сосудистого коллапса с низким артериальным и венозным давлением необходимо использовать весь арсенал средств преимущественно сосудодвигательного действия: камфару, кардиазол, кордиамин и особенно такие повышающие сосудистый тонус средства, как симпатомиметические амины (норадrenalин и мезатон). 0,2% раствор норадrenalина в дозе 1 мл вводится внутривенно в 150—200 мл 5% раствора глюкозы медленно, капельным способом. Если нет возможности ввести таким способом, его вводят с помощью обыкновенного шприца в течение 7—8 минут в количестве 0,2—0,4 мл с 20 мл 40% раствора глюкозы. Инъекции 1 мл 1% раствора мезатона делают подкожно, внутримышечно, а для более быстрого действия — внутривенно с 20 мл 40% раствора глюкозы. Эти прессорные амины часто вводят одновременно с сердечными гликозидами, иногда повторно. В тяжелых случаях внутривенное капельное введение этих аминов иногда необходимо бывает продолжать в течение многих часов.

Для предупреждения тромбообразования необходимо с момента постановки диагноза инфаркта миокарда начинать применение антикоагулирующих препаратов. Вначале вводится антикоагулянт прямого и быстрого действия — гепарин; в тяжелых случаях первая инъекция 10 000—25 000 ед. внутримышечно или лучше внутривенно и затем по 5000 ед. каждые 6 часов в первые сутки (под контролем определения свертываемости крови перед каждым введением). Для внутривенного введения гепарин можно разводить физиологическим раствором поваренной соли и вливать капельным способом. Однако чаще вводят гепарин медленно внутривенно обычным шприцем с 10 мл 40% раствора глюкозы. В некоторых клиниках в настоящее время одновременно с гепарином вводят и фибринолизин — препарат, растворяющий уже образовавшийся в коронарной артерии тромб. Фибринолизин обладает также способностью расширять коронарные артерии и действует поэтому обезболяюще. При невозможности по каким-либо причинам вводить гепарин можно поставить больному на область сердца 6—8 пиявок (до самостоятельного их отпадения). Это оказывает и сильное обезболяющее действие.

Больному с инфарктом миокарда необходим максимальный покой, а в домашних условиях по разным причинам создать его и поддерживать бывает трудно и даже большей частью невозможно. Поэтому такой больной подлежит госпитализации. Только технические трудности, в частности отсутствие хорошей дороги от дома до больницы, могут воспрепятствовать немедленной госпитализации больного.

Среди больных инфарктом миокарда можно выделить 2 типа. Одни больные выполняют строгий постельный режим и склонны проводить этот режим даже тогда, когда врач рекомендует им уже сидеть в постели, вставать, ходить, — из боязни, как бы не стало хуже. В этой чрезмерной осторожности (такие больные, как мы говорим, «уходят в свою болезнь») повинны бывают и врачи, не проявляющие настойчивости в отношении режима.

Больные второго типа чрезмерно смелы. Такой больной уже на второй день после ангинозного состояния при отсутствии всяких болей, чувствуя себя удовлетворительно, требует разрешения ходить и даже настаивает на немедленной выписке из больницы. Никакие убеждения, предупреждения об опасности для жизни таких нарушений режима не помогают. Приходится прибегать к хитрости, откладывать выписку сначала на одни сутки, затем — на другие и т. д. Обычно врач прибегает к этим случаям и к помощи родственников больного.

Врачу приходится бороться с неправильным отношением к своему здоровью больных обоих этих крайних типов. Подход врача в таких случаях должен быть сугубо индивидуальным.

Примером важного значения соблюдения режима может служить больной С., 62 лет, служащий. Поступил в клинику в ангинозном состоянии. Диагноз инфаркта миокарда был подтвержден электрокардиографически и лабораторными исследованиями. Со 2-го дня пребывания в клинике больной, несмотря на уговоры медицинского персонала, соседних больных, своих родственников, грубо нарушал установленный режим: вставал с постели, самостоятельно ходил в туалетную комнату. Только через 3 недели, когда у больного начали выявляться симптомы сердечной недостаточности и прежде всего одышка, он стал соблюдать строгий постельный режим.

Обычно родственники больных с инфарктом миокарда обращаются к оказывающему экстренную помощь врачу с вопросом: «Каково состояние больного?» Отвечая на вопрос в первый раз, мы обычно предупреждаем родственников, что по характеру

заболевания иногда, даже при совершенно правильном лечении, может наступить резкое ухудшение в состоянии больного, но что с каждым днем опасность становится все меньше и меньше (мы учитываем, что наибольшая летальность при инфаркте миокарда бывает в первые дни, а далее она уменьшается). Одновременно мы успокаиваем родственников, что в подавляющем большинстве случаев все оканчивается благополучно. В результате родственники воспринимают такое предупреждение об опасности более спокойно.

В конце мы хотим остановиться на вопросе: является ли скорая помощь и неотложная помощь отдельной врачебной специальностью? Статистические данные по Москве показывают, что московские врачи отделений неотложной помощи обслуживают в основном терапевтических больных. Почти одна четвертая часть всех больных — это лица, страдающие болезнями сердечно-сосудистой системы, в том числе и стенокардией. Однако врачам неотложной помощи приходится выезжать и к больным с поражением нервной системы, и к больным, нуждающимся в срочном хирургическом вмешательстве, и к гинекологическим больным, и к больным с травматическими невротами, и к детям с различными свойственными их возрасту заболеваниями. Таким образом, врач неотложной помощи — это врач-терапевт, который должен хорошо знать пограничные области хирургии, гинекологии, невропатологии, психиатрии, педиатрии, клинику инфекционных заболеваний и основы эпидемиологии. Врачом скорой помощи может быть травматолог и хирург, знакомый с пограничными областями хирургии и особенно с внутренними болезнями. Надо заметить, что в Москве в последние годы неотложную помощь детям стали оказывать специальные дежурные педиатры.

Вопрос об отдельной специальности поднимается в последнее время в связи с аттестацией врачей. В списке Министерства здравоохранения СССР, перечисляющем специальности, по которым аттестуются врачи, экстренной медицины как специальности нет. Однако жизнь не всегда укладывается в рамки инструкций. В Москве аттестация врачей неотложной и скорой помощи производится главным образом по специальностям: внутренние болезни и хирургия.

Поступила 11 августа 1964 г.

УДК 616.5—002.525.2

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ГЛЮКОПРОТЕИДОВ И БЕЛКОВ ПРИ КОЛЛАГЕНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Н. Д. Морозова

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. З. И. Малкин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Вопрос о корреляциях изменений сывороточных глюкoпротейнов с течением воспалительного процесса в соединительной ткани не может считаться окончательно решенным (А. Музиль).

В противоположность воззрениям, согласно которым увеличение сывороточных глюкoпротейнов является следствием пролиферативных процессов за счет образования глюкoпротейдов тучными клетками и, возможно, фибробластами, большинство исследователей рассматривает это явление как результат разрушения коллагеново-полисахаридных комплексов основного вещества соединительной ткани и перехода водорастворимых углеводных компонентов в кровь. Здесь они комплексируются с сывороточными белками, преимущественно с фракцией α_2 -глобулина. Уменьшение содержания глюкoпротейдов, согласно многочисленным клиническим и экспериментальным данным, наблюдается при выраженных поражениях печени, которая принимает активное участие в синтезе этих соединений.

Изучение изменений сывороточных глюкoпротейнов важно и в том отношении, что, как показали работы последних лет, эти соединения являются высокоактивными биологическими веществами, образующими комплексы с биотином, тироксином, витамином В₁₂. Вот почему резкие сдвиги в соотношении отдельных глюкoпротейновых фракций при различных патологических процессах могут повлечь за собой вторичные гуморальные нарушения.

Наши исследования, касающиеся расстройств глюкoпротейнового обмена у больных с системным поражением коллагеновой ткани, были предприняты с целью выявления особенностей глюкoпротейнограммы при различных коллагенозах. Вероятность типологических особенностей возникает в связи с тем, что, несмотря на общность