

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

И. Г. Салихов, И. А. Латфуллин, С. Ф. Ахмеров

*Кафедра внутренних болезней № 1 (зав.— доц. И. Г. Салихов), кафедра внутренних болезней № 3 (зав.— доктор мед. наук И. А. Латфуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Диагностика и лечение неотложных состояний занимают особое место в работе участковых врачей и врачей скорой помощи, поскольку они чаще других сталкиваются с клиническими проявлениями заболеваний, требующих экстренной помощи. Несмотря на то, что в последние годы процесс диагностики все более приобретает коллективный характер, именно врач-терапевт оценивает в конечном итоге правильность постановки диагноза.

Неотложность состояния определяется, во-первых, степенью и скоростью нарушения функций жизненно важных органов и систем, прежде всего гемодинамики (внезапное изменение частоты, ритма пульса, быстрее снижение или повышение АД, острое развитие сердечной недостаточности и т. д.), дыхания (острое изменение частоты, ритма дыхания, асфиксия и т. д.), центральной нервной системы (судороги, делирий, бессознательное состояние, нарушение мозгового кровообращения и т. д.); во-вторых, исходом неотложного состояния или заболевания (например, при подъеме артериального давления, особенно на фоне его стойкого повышения, возможен инсульт, при инфекционном гепатите — острая желтая дистрофия печени и т. п.); в-третьих, крайне беспокойным и поведением больного.

Исходя из изложенного неотложные состояния можно сгруппировать следующим образом: непосредственно угрожающие жизни; способные при определенных условиях стать реальной угрозой; влекущие за собой стойкие изменения в организме при отсутствии своевременной медицинской помощи; требующие в кратчайший срок облегчения страданий больного; вызывающие необходимость срочного медицинского вмешательства в интересах окружающих в связи с поведением больного.

Кроме этого, имеется ряд симптомов, расцениваемых как предвестники неотложных состояний. Знание этих симптомов и соответствующее отношение к ним врача помогают правильно и своевременно выбрать лечебные мероприятия, опре-

делить диагностические аспекты, тактику ведения больных. Сразу же подчеркнем, что данные симптомы требуют активного поиска — необходимо вычленить их структуру (длительность, интенсивность, иррадиация и т. д.), обратить внимание на патогенетически связанные с ними другие симптомы заболевания. К таким симптомам-предвестникам относятся: боль различной локализации, рвота, особенно повторная, стойкое расстройство стула, головная боль, головокружение, кратковременная потеря сознания, геморрагические проявления, олигурия, нарушения речи, повышение температуры до 39—40° и более, анамнестические указания на кровавую рвоту, черный стул, наличие инородного тела.

Патологические состояния и симптомы-предвестники, определяющие неотложность состояния, сгруппированы в таблице.

Приведенные в таблице неотложные состояния имеют различную значимость. Известно, что среди неотложных состояний есть такие, которые представляют непосредственную опасность для жизни больного в ближайшие часы (1—2 ч, реже дольше) — это так называемые экстренные состояния.

Экстренность неотложных состояний зависит от скорости нарастания патологического процесса. Так, при кровотечении экстренность состояния определяется объемом и скоростью кровопотери. При артериальной гипертензии важно учитывать не столько абсолютные значения АД, сколько его прирост по сравнению с обычными для больного уровнями и скорость этого прироста, а при острой левожелудочковой недостаточности — скорость нарастания влажных хрипов в легких.

К другому показателю тяжести неотложных состояний следует отнести наличие высокого риска серьезных поражений органов-мишеней. Например, при остром инфаркте миокарда — нарушение ритма, острых отравлениях — углубление комы, остром нефрите и артериальной

## Неотложные состояния в клинике внутренних болезней

Состояния, непосредственно угрожающие жизни, а потому требующие проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии	Состояния, представляющие опасность или способные стать реальной угрозой для жизни, также требующие проведения интенсивной терапии	Состояния, которые не представляют в данное время опасности для жизни больного		
		вызывающие необходимость в кратчайший срок облегчить страдания больного	способные при отсутствии медицинской помощи повлечь за собой стойкие изменения	требующие медицинского вмешательства в интересах окружающих в связи с поведением больного
Шок, коллапс Отек легких Аспирационно-обтурационная форма острой дыхательной недостаточности Кровотечение Судорожный синдром Осложненная кома Гипертонический криз с высоким риском тяжелых поражений органов-мишеней Тромбозомболия крупного ствола легочной артерии	Гипертонический криз Нарушение ритма сердца Сердечная астма Астматическое состояние Тромбозомболия мелких ветвей легочной артерии Отравления Тяжелое течение соматических заболеваний, сепсис	Болевой синдром Приступ бронхиальной астмы Острая задержка мочи Рвота Диарея Кожный зуд	Попадание РВ внутрь Отравления (техническими жидкостями, хинином, метанолом)	Реактивные состояния Психозы

гипертонии — развитие гипертонической энцефалопатии и др.

Сразу оговоримся, что экстренные состояния требуют только парентерального введения препаратов, готовности к проведению реанимационных мероприятий и обязательной госпитализации больного по возможности в специализированные отделения. Соблюдение этих условий предохранит врача от лечебных и тактических ошибок.

В дальнейшем мы остановимся на вопросах диагностики, лечения и тактики врача при неотложных состояниях.

Классическая диагностика, пользующаяся субъективными и объективными симптомами и анализом полученных сведений, приобретает первостепенное и важнейшее значение при работе с больными, находящимися в неотложном состоянии. В отличие от многих заболеваний, которые за последние годы претерпели и претерпевают значительные изменения, неотложные состояния имеют относительно устойчивую и отчетливую клиническую картину. Так, клиническая картина сердечной астмы, отека легких, гипертонического криза, нарушения мозгового кровообращения, кровотечения, бронхоспазма и других неотложных состояний, описанная десятилетиями и сотнями лет назад, сохраняет и сегодня свое диагностическое значение.

Достоверная диагностика этих состояний возможна при достаточном самостоятельном опыте работы с такой группой больных, определенном уровне знаний этиологии и патогенеза неотложных состояний, тщательном обследовании больного и умении интерпретировать полученные сведения (субъективные, объ-

ективные, лабораторно-инструментальные и др.).

Уже при первом осмотре больного по его положению, состоянию центральной нервной системы, выражению лица, цвету кожных покровов, их влажности, состоянию и частоте пульса, артериальному давлению, частоте дыхания, его типу и характеру можно предварительно, а часто и определенно распознать то или иное неотложное состояние. Данные всестороннего объективного осмотра чаще всего дополняют клинику, а результаты анализов крови и мочи помогают расширить представление о диагнозе или уточнить его.

Диагностика состояний, сопровождающихся симптомами-предвестниками, намного сложнее и подчас требует участия врачей разных специальностей, динамического наблюдения за больным, использования широкого арсенала дополнительных методов исследования. В основе клинической диагностики лежит выделение ведущего синдрома, то есть такого, который представляет для больного наибольшую опасность.

Следует иметь в виду, что рвота, боль и некоторые другие симптомы отличаются универсальностью, то есть встречаются при многих заболеваниях, потому не только не способствуют установлению диагноза, а, наоборот, затрудняют его. Если врач будет фиксировать свое внимание на подобного рода универсальных симптомах и не заметит скрытых, но более существенных, то он может установить, например, пищевую интоксикацию там, где имеется инфаркт миокарда. Поэтому никогда не следует переоценивать очень убедительный на первый взгляд

симптом (отрицательный симптом может стать таким же убедительным), а нужно всегда базироваться на синдроме. Конечно, диагностическую задачу решает появление достоверного симптома. В то же время нельзя и затягивать установление диагноза («понаблюдаем», «посмотрим» и т. п.), так как можно упустить время, необходимое для оказания эффективной помощи больному. Здесь уместно напомнить: «Тот, кто дожидается каловой рвоты при кишечной непроходимости, никогда не сделает ошибки в диагнозе, но он редко спасает больного».

Таким образом, в сложных ситуациях основным методом постановки диагноза является дифференциальная диагностика.

Причины неотложного состояния выявить нетрудно, если они вызваны воздействием факторов внешней среды, имеющимися хроническими заболеваниями внутренних органов, наличием анамнестических сведений со слов больного, родственников, знакомых, близких и сопровождающих больного (потерпевшего) или информации из медицинских учреждений и т. д.

При неотложных состояниях, впервые возникших у больного или у ранее здорового человека, врач оказывается в более затруднительном положении. Нужно помнить, что неотложные и экстремальные состояния чаще всего связаны с поражением сердечно-сосудистой системы, органов брюшной полости (особенно с хирургической патологией), далее по частоте следует патология органов дыхания, центральной нервной системы. При обследовании таких больных информацию нужно собирать быстро, и полученные данные должны быть достоверными, иначе ошибки неизбежны. При этом выделяется ведущий синдром, который подтверждается (меняется, отвергается) результатами последующих клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования больного.

Следующий этап работы врача — «перебор» состояний, заболеваний, сопровождающихся данным синдромом с последующим проведением дифференциальной диагностики. Так, при синдроме острой сосудистой недостаточности речь может идти о кровотечении, отравлении, остром панкреатите, нарушениях ритма, инфаркте миокарда, приеме большой дозы гипотензивных препаратов.

Во всех случаях выявления причины неотложного состояния важное значение следует придавать так называемым организационным диагностическим мероприятиям, то есть необходимо тщательно исследовать место происшествия, внима-

тельно осмотреть вещи больного (документы, лекарства и т. п.), своевременно направить на токсикологическое, бактериологическое исследование пищу и промывные воды. Одним из обязательных организационных принципов ведения таких больных является преемственность, включающая в себя перечень и оценку основных клинических синдромов, последовательность их появления, изменения в количественном отношении; перечень всех проведенных исследований. При заполнении истории болезни, медицинской документации желательно по часам констатировать возникновение новых клинических проявлений, введение лекарств и их эффективность, консультации старших товарищей и врачей других специальностей и т. д.

Знание причин, приводящих к диагностическим ошибкам, поможет врачу в распознавании неотложных состояний и в выборе правильной тактики ведения больных. Диагностические ошибки делятся на объективные и субъективные. Объективными являются следующие причины: нарастающее ухудшение состояния больного, отсутствие патогномичных признаков заболевания, несложившаяся клиническая картина заболевания; ограничение во времени для обследования больного; невозможность проведения необходимых для диагностики обследований, отсутствие условий для обследования больного.

Указанные причины играют определенную роль на каждом этапе диагностики и оказания помощи (на дому, скорая помощь), в условиях же стационара ни одна из них не должна приводить к появлению диагностических ошибок.

Наличие объективных трудностей диагностики при наблюдении больных в амбулаторных условиях делает целесообразным более раннюю госпитализацию больных с неясным диагнозом.

К субъективным причинам диагностических ошибок относятся: недооценка жалоб больного и данных анамнеза заболевания, ошибки при физикальном обследовании больного, недооценка (или незнание) клинических проявлений болезни, неправильная трактовка результатов лабораторных и инструментальных исследований, характерологические особенности личности врача.

Устранение этих причин возможно лишь путем активного повышения квалификации врача амбулаторно-поликлинической сети и стационара, широкого использования опыта и знаний старших коллег.

При неуверенности в диагнозе того или иного неотложного состояния нам ка-

жется более допустимой гипердиагностика (она менее опасна, чем гиподиагностика).

При неотложных состояниях врачу необходимо, во-первых, оценить степень риска для жизни от непосредственно возникшего или возможного в ближайшее время патологического состояния; во-вторых, поставить хотя бы предположительный диагноз данного заболевания, обусловившего неотложное, экстренное состояние.

Под тактическими вопросами мы понимаем характер госпитализации больного (срочная, плановая), возможности его транспортировки (транспортабельность, обеспечение медицинской транспортировки), эвакуационную характеристику (в каком положении, куда транспортировать), обследование и лечение больного. Решение данных вопросов зависит от места и условий, в которых приходится работать врачу, и от возможностей, которыми он располагает.

Наибольшие трудности в выборе лечебно-диагностической тактики встречаются на дому, при этом условия для осмотра больного нередко бывают крайне трудными. Существенной помехой в правильной оценке состояния больного в таком случае могут стать окружающие его родственники и знакомые; кроме того, врач лишен возможности постоянного наблюдения за больным в течение дня; он испытывает трудности и в использовании подсобных диагностических методов и т. д. Поэтому необходимо входить в непосредственный контакт с больным, оставив не более одного родственника, который помогал бы в обследовании больного; максимально обеспечить все необходимые условия для полного осмотра и обследования больного, несмотря на тяжесть его состояния.

Врачу следует быть осторожным в своих суждениях. Если он допускает мысль о необходимости хирургического вмешательства или характер заболевания ему не совсем ясен, он должен немедленно госпитализировать больного или обеспечить консультацию старшего коллеги, других специалистов.

Диагностика и лечение неотложных и экстренных состояний неразрывны; более того, лечебные мероприятия часто опережают распознавание нозологической формы, так как эти состояния обязывают врача оказывать помощь по ведущему синдрому, чтобы спасти больного и выиграть время для поиска причины и проведения этиологического (патогенетического) лечения. Так, диагноз синдрома «отек легких» диктует вмешательство подчас без уточнения вызвавшей его причины.

Проблема успешного лечения неотложных состояний в значительной мере определяется знанием причин их возникновения, механизма развития патологического процесса, прогрессирования заболевания и лечебного действия применяемых препаратов. Общие требования к лечению неотложных состояний заключаются в наиболее раннем начале лечебных мероприятий и проведении их на всех этапах оказания медицинской помощи; в выборе разрешающего (наиболее эффективного) метода или средства лечения при данной патологии; в осуществлении адекватного контроля за состоянием больного и эффективностью проводимой терапии; в постановке диагноза.

Последнее положение можно проиллюстрировать следующими примерами: если врач не смог при первом осмотре отличить бронхиальную астму от сердечной, то просто не надо такому больному вводить ни морфия, ни адреналин. При диагнозе «пароксизмальная тахикардия» без уточнения ее происхождения (наджелудочковая или желудочковая) исключено введение строфантина.

Лечение неотложных состояний должно носить купирующий характер, то есть быть способным за короткое время ликвидировать или хотя бы значительно уменьшить основные проявления патологического процесса. Это можно достигнуть выбором путей введения препарата и подбором его адекватной дозы. При неотложных (особенно экстренных) состояниях, как уже указывалось, введение препаратов целесообразно только внутривенно, начиная с этапа «скорой помощи», и по возможности на месте происшествия. От подкожных, внутримышечных и пероральных введений препаратов следует отказаться. Важное значение приобретает доза препарата — очень часто приходится вводить высшие разовые и суточные дозы, а в ряде случаев, особенно при лечении острых отравлений, даже многократно их превышать (антидотная терапия). Встречаются случаи (они не единичны), когда врачи не назначают достаточных доз (чаще всего сердечные гликозиды, глюкокортикоиды, антидоты, антибиотики) из-за боязни «как бы чего не случилось — у этих препаратов много побочных действий». В таких ситуациях принцип «не вреди» срабатывает в пользу врача, а не больного. Другая крайность — чрезмерная активность врачей на всех этапах лечения больного, хотя известно, что «добродетель, неправильно приложенная, может стать пороком». Обе эти ситуации должны рассматриваться как врачебная ошибка.

Контроль за эффективностью лечения осуществляется на основании клинической картины, результатов лабораторного и инструментального обследований, причем подходить к оценке лечения следует строго объективно. Нередко улучшение самочувствия больного принимается за улучшение его состояния (хотя это и не всегда так), что может привести к изменению проводимой терапии (отмена, снижение доз препаратов и т. д.) и повлечь за собой ухудшение состояния больного. По достижении стойкого клинического эффекта индивидуально подобранная поддерживающая терапия должна быть продолжена.

Перечисленные требования к неотложной терапии обеспечиваются готовностью медицинского персонала к оказанию неотложной помощи в любых условиях (догоспитальный этап, транспортировка, приемный покой, стационар) и соблюдением этапности в лечении.

К сожалению, нередко неудачный исход борьбы с неотложными состояниями связан с организационными недостатками в обеспечении неотложной помощи — отсутствием в нужный момент стерильной системы и стерильных шприцев, набора для венесекции, необходимых лекарственных препаратов или их недостатком, несвоевременным определением группы крови и т. п.

Соблюдение этапности в лечении больных является одним из важных факторов успеха. Врачи, оказывающие помощь на месте происшествия, обязаны передать

своим коллегам правдивую и исчерпывающую информацию об объеме и характере проведенных лечебных мероприятий, поскольку от этого зависит участие в лечебном процессе врачей других специальностей, выбор дальнейших методов и средств лечения. Особенность современной интенсивной терапии — сочетание дифференциации специальностей с интеграцией методов лечения различной по профилю патологии. Так, метод форсированного диуреза, впервые предложенный в токсикологии, нашел сегодня широкое применение во всех областях внутренней медицины. Примерами интеграции являются гемодиализ, гемосорбция, дренирование грудного лимфатического протока и др.

Оценка состояния больного должна проводиться с учетом лечебных мероприятий на этапах оказания медицинской помощи — они способны так изменить клиническую картину, что врач может посчитать излишней интенсивную терапию или же ошибочно диагностировать другое неотложное состояние, например значительное повышение АД после введения адреналина больному с коллапсом.

В заключение хотелось бы отметить, что при лечении больных с неотложными и особенно с экстренными состояниями большое значение следует придавать патогенетической терапии, каузальная же терапия чаще всего приемлема лишь после улучшения состояния больного.

Поступила 20.10.87.

УДК 582.28:613.2—099:616—07—08

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЙ ГРИБАМИ

Ф. Я. Халитов, Ш. А. Мухаметзянов, О. Н. Максимов

*Кафедра внутренних болезней (зав.— доц. И. Г. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, клиническая больница № 6 (главрач — канд. мед. наук В. И. Зайцев) г. Казань*

Острые отравления грибами ежегодно наблюдаются в летне-осенний сезон и составляют 7—8% в структуре острых отравлений. Несмотря на свою относительную редкость, отравления грибами привлекают внимание клиницистов групповым характером заболевания и высокой (до 95%) летальностью при некоторых отравлениях, например при отравлениях бледной поганкой. Материалы по этиологии, патогенезу и клинической картине отравлений грибами широко представлены в отечественной литературе [2, 3].

Однако ряд особенностей отравлений грибами (латентный период, гастроэнтерит, групповой характер отравлений), по данным литературы и нашим наблюдениям, создают определенные трудности диагностики. Так, в период гастроэнтероколита больных ошибочно госпитализируют в инфекционные стационары по поводу дизентерии, пищевой токсикоинфекции, а отравления бледной поганкой диагностируют только при появлении желтухи. Ошибкам способствует отмечаемое у части больных повышение температуры