



А. Н. Нагнибеда

НЕОТЛОЖНАЯ СИНДРОМОЛОГИЯ. СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Практическое руководство

Санкт-Петербург
СпецЛит

Анатолий Николаевич Нагнибеда

Неотложная синдромология.

Скорая медицинская помощь.

Практическое руководство

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=10254305

*Неотложная синдромология. Скорая медицинская помощь.
практическое руководство: СпецЛит; Санкт-Петербург; 2010
ISBN 978-5-299-00436-6*

Аннотация

Руководство обосновывает алгоритмы клинического распознавания неотложных патологических состояний на догоспитальном этапе, объемы неотложных медицинских мероприятий и основные варианты лечебно-тактических решений. Практическое руководство адресовано врачам общей практики, семейным врачам, врачам и фельдшерам скорой медицинской помощи, фельдшерам с дипломом и сертификатом по специальности «Лечебное дело», занятым самостоятельной лечебной работой в здравпунктах и на фельдшерско-акушерских пунктах. Содержание полностью соответствует действующим руководящим документам Росздрава.

Содержание

Условные сокращения	4
ПРЕДИСЛОВИЕ	7
ГЛАВА 1. СИНДРОМ «БОЛЬ В ГРУДИ»	29
ГЛАВА 2. СИНДРОМ «ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ»	45
Конец ознакомительного фрагмента.	54

Анатолий Нагнибеда

Неотложная синдромология. Скорая медицинская помощь.

Практическое руководство

Условные сокращения

АВ-блокада – атриовентрикулярная блокада

АД – артериальное давление

АД_{диаст.} – диастолическое артериальное давление

АД_{сист.} – систолическое артериальное давление

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ – аспартатаминотрансфераза

АТФ – аденозинтрифосфат

ВГД – внутриглазное давление

ДВС-синдром – синдром диссеминированного внутрисосу-
дистого свертывания

ДТП – дорожно-транспортное происшествие

ЗМС – закрытый массаж сердца

ИА – индекс Алговера

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ИФ – индекс Франка

ИШ – индекс шока (см. ШИ)

КСГ – клинико-статистическая группа

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МЕ – международная единица

НПВС – неспецифическое противовоспалительное средство

ОВД – органы (отдел) внутренних дел

ОДН – острая дыхательная недостаточность

ОИ – ожоговый индекс

ОИМ – острый инфаркт миокарда

ОКИ – острая кишечная инфекция

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ОПГ-гестоз – гестоз с отеками (О), протеинурией (П), артериальной гипертензией (Г), синоним – нефропатия беременных

ОХЗОБП – острые хирургические заболевания органов брюшной полости

ОЦК – объем циркулирующей крови

СА-блокада – синоаурикулярная блокада

синдром МАС – синдром Морганьи – Адамса – Стокса

синдром WPW – синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СССУ – синдром слабости синусового узла

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

ФОС – фосфорорганические средства

ЦНС – центральная нервная система

ЦП – цветовой показатель

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧМТ – черепно-мозговая травма

ЧСС – частота сердечных сокращений

ШИ – шоковый индекс

ЭИТ – электроимпульсная терапия

ЭКГ – электрокардиография, или электрокардиограмма

Сокращения приставок для образования дольных значений величин:

м... – милли... например ммоль – миллимоль;

мк... – микро... например мкг – микрограмм;

н... – нано... например нл – нанолитр;

ф... – фемто... например фм – фемтометр

ПРЕДИСЛОВИЕ

*Посвящаю с благодарностью
Вере Вячеславовне Титовой*

Развитию современного здравоохранения способствуют, углубленная специализация, повышение роли высокотехнологичных инструментальных, аппаратных и лабораторных методов исследования, широкое внедрение перспективных, лечебных технологий, включающих лекарственные средства селективного (избирательного) действия и формированию на этой базе большого объема качественных диагностических и лечебных медицинских услуг.

При выборе объема медицинских услуг и назначении лечебных курсов нельзя не учитывать экологические, социальные и экономические факторы, влияющие, и отнюдь не всегда положительно, на реактивность, иммунитет, наследственность, т. е. индивидуальную устойчивость человека к внешним влияниям.

Одним из результатов экономических и структурных преобразований здравоохранения в Российской Федерации явилось повышение роли и значимости в лечебно-профилактической системе специалистов общемедицинской практики – семейных врачей, фельдшеров по специальности «лечебное дело», фельдшеров здравпунктов, врачей и фельдше-

ров скорой медицинской помощи. Относительная недоступность для значительной части населения высокочрезвычайных и, следовательно, дорогостоящих диагностических и лечебных услуг увеличила потребность лечебно-профилактического дела в клинической диагностике, в первую очередь неотложных состояний, и в клиническом обосновании лечебно-тактических мероприятий. Можно полагать, что фундаментом клинической диагностики является личное общение врача (фельдшера) и пациента, существенным компонентом которого служит установление психологического контакта между ними, безусловного доверия и даже симпатии обеих сторон на основе традиционных диагностических алгоритмов. Именно поэтому диагностический процесс является областью профессионального искусства, не всегда имеющей рациональное объяснение, иногда ориентированной на интуицию (неосознанный опыт).

Это в определенной мере относится и к обоснованию лечебно-тактических решений. Что же касается лечебных мероприятий, то они базируются на строгом научном фундаменте лекарственных и инвазивных методов, т. е. являются ремеслом в высоком смысле этого слова. Интуитивная лечебная практика, не обоснованная диагностическим заключением, по существу вредна или, во всяком случае, бесполезна.

Как известно, диагноз – это медицинское заключение об изменении состояния здоровья или о причине смерти паци-

ента с перечислением выявленных заболеваний или травм. Данное заключение формулируется в терминах, предусмотренных действующими классификациями. Содержанием диагноза могут быть также некоторые особые физиологические состояния, например беременность, климакс, и эпидемиологические особенности заболевания. Следует различать клинический и синдромный диагноз. На основании клинического диагноза назначаются и выполняются лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия, включая тактические решения и оказание скорой и специализированной медицинской помощи, проведение обсервации и карантина.

Клинический диагноз включает обозначение сущности и природы заболевания, травмы или причины смерти в виде названия нозологической формы, патогенез основных проявлений болезни, вид и степень расстройств отдельных функциональных систем, а также патологоанатомические характеристики. Природа и сущность болезни составляют этиологический компонент диагноза. Ряд нозологических форм в своем названии отражают или подразумевают связь болезни с конкретной причиной, т. е. этиологические и нозологические определения часто совпадают. Патогенетический компонент диагноза связывает этиологию заболевания и его конкретные проявления, т. е. раскрывает механизм формирования функциональных и морфологических изменений, которые, в свою очередь, создают клиническую кар-

тину заболевания. Морфологический компонент диагноза отражает локализацию патологического процесса и особенности его качественных, т. е. морфологических проявлений в виде изменений внешнего вида анатомических образований и цвета тканей. Функциональный компонент диагноза характеризуется нарушениями функций органов и систем, в том числе функций жизнеобеспечения.

Синдромный диагноз не может включить обозначение болезни, поскольку некоторые нозологические формы проявляются одними и теми же синдромами. С другой стороны, одно и то же заболевание может характеризоваться несколькими синдромами, возникшими одновременно или в характерной последовательности. Поэтому иногда конкретная стадия одного и того же заболевания характеризуется несколькими синдромами различной степени выраженности. Причина этого явления заключается в том, что организм располагает сравнительно ограниченным числом ответных реакций на неблагоприятные воздействия внешней среды. Поэтому синдромным диагнозом нельзя обосновать этиологию заболевания, но, с другой стороны, синдромный диагноз в ряде случаев прямо обязывает к проведению дальнейшего диагностического поиска, направленного на выявление этиологии болезни. Например, синдром диареи требует забора фекальных проб для микроскопии возбудителя, а в ряде случаев – постановки серологических реакций. Синдром по определению – устойчивая совокупность симптомов, объ-

единенных общим патогенезом. Следовательно, по результатам синдромной диагностики можно сформулировать патогенетический компонент клинического диагноза, определить тактическое решение и провести посиндромную терапию. Однако посиндромная терапия должна соответствовать решению двух, иной раз прямо противоположных по целям задач. С одной стороны, посиндромная терапия должна купировать жизнеопасное состояние. С другой стороны, она не должна изменить или смазать клинические проявления болезни до постановки клинического диагноза и принятия этиологически обоснованного лечебно-тактического решения. Обезболивание при синдроме острых болей в животе, временно облегчая самочувствие пациента, препятствует выявлению нозологического компонента клинического диагноза, например острого аппендицита, что может привести к задержке операции и к неблагоприятным последствиям.

Синдромный диагноз отражает в соответствии с проявлениями синдрома морфологический и функциональный компоненты клинического диагноза. Морфологический компонент клинического диагноза в форме синдромного диагноза выявляется либо по данным клинического осмотра (например, лимфаденопатия или желтуха), либо по данным лабораторных исследований, например анализе крови при синдроме анемии, где выявляются гемоглобинемия, эритропения и другие изменения морфологического состава крови. Функциональный компонент клинического диагноза в фор-

ме синдромного диагноза отражает расстройства функций организма. К их числу относятся расстройства, жизнеопасные на момент осмотра, жизнеугрожающие в ближайшем прогнозе и неблагоприятные для здоровья и жизнедеятельности, т. е. инвалидизирующие пациента на различные сроки.

Таким образом, синдромный диагноз предваряет клинический диагноз, обосновывает его, дает возможность прогнозировать возникновение в течении заболевания очередных характерных синдромов и принимать меры не только лечебного, но и профилактического характера.

Следовательно, синдромный диагноз позволяет классифицировать синдромы по наличию признаков жизнеопасных состояний («жизнеопасные синдромы»), по наличию признаков ближайшей угрозы их развития («жизнеугрожающие синдромы») и по наличию признаков инвалидизации, на базе которых возможно дальнейшее развитие патологического состояния в жизнеопасном или жизнеугрожающем направлении («инвалидизирующие синдромы»). Кроме того, следует различать функциональные и морфологические проявления синдромов, выявленных в ходе сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра, аппаратных (в основном ЭКГ) и простейших инструментальных исследований. Клиническая классификация основных синдромов приведена в табл. 1.

Жизнеопасные и жизнеугрожающие синдромы требуют

экстренных медицинских мероприятий, включающих тактическое решение, – срочную доставку в стационар назначения и в ряде случаев оказание скорой медицинской помощи, в том числе обеспечение безопасности транспортировки. Выявление жизнеопасных и жизнеугрожающих синдромов с преимущественными морфологическими проявлениями обычно не составляет особых сложностей. Исключение составляет разве что синдром анемии, требующий не только углубленного клинического осмотра, но и лабораторного исследования крови. Признаками прямой опасности или ближайшей угрозы жизни при синдромах с преимущественными функциональными проявлениями служат характерные изменения жизненно важных функций, а именно: нарушения сознания, расстройства дыхания, артериальная гипотензия, тахикардия, судороги. Из синдромов с преимущественными функциональными проявлениями наибольшую сложность для дифференциального диагноза и обоснованного адекватного тактического решения представляют синдромы головной боли и внутричерепной гипертензии, а также синдромы артериальной гипертензии и острого гипертензивного состояния (гипертонический криз). Для их распознавания и обоснования синдромного диагноза используют диагностические клинические методы, включая тонометрию и электрокардиографию.

Чтобы успешно использовать метод синдромного подхода к пациенту, необходимо владеть всеми сторонами много-

гранного понятия «синдром» и его составляющих симптомов.

Таблица 1

Рабочая клиническая классификация основных синдромов

Классификационные характеристики синдромов	Синдромы с ведущими функциональными проявлениями	Синдромы с ведущими морфологическими проявлениями
Синдромы с признаками жизнеопасных состояний	Боль в груди Острая дыхательная недостаточность Судорожный синдром Острая сосудистая недостаточность Кома Сердечная недостаточность Острая кровопотеря	Аллергозы Геморрагический Внезапная смерть
Синдромы с ближайшей угрозой развития жизнеопасного состояния	Артериальная гипертензия и острое гипертензивное состояние Внутричерепная гипертензия Сердечная недостаточность Аритмия Острые боли в животе Судорожный синдром	Геморрагический ДВС Анемия Желтухи Аллергозы
Инвалидизирующие синдромы с возможным присоединением жизнеопасных и жизнеугрожающих состояний	Острое психомоторное возбуждение Головная боль Артериальная гипертензия Диарея Судорожный синдром	Отеки Лимфаденопатия СПИД

Симптом – это признак, не свойственный здоровью, и для его обнаружения не требуется сложное специализированное медицинское оборудование, т. е. симптом выявляется клинически и доступен для распознавания врачу общей практики, семейному врачу, врачу скорой помощи, а также фельдшеру при проведении самостоятельной лечебной практики. Общим правилом выявления клинических симптомов является неременное соблюдение норм деонтологии, с тем чтобы свести к минимуму неприятные ощущения, неудобства и опасности для больного.

Симптомом болезни может служить не только появление какого-либо нового признака, не свойственного здоровью (кашель, насморк, кожная сыпь или какая-либо другая патология), но и несоответствие проявления одного из признаков нормальной жизнедеятельности, например частоты дыхательных движений или сердечных сокращений. Различают субъективные и объективные симптомы. Субъективные симптомы распознаются путем сбора жалоб, анамнеза и анализа полученных сведений. Этот анализ дает возможность выявить одну из важнейших характеристик субъективного симптома – его изменения (усиление, ослабление, появление новых особенностей) в течение определенного времени. Например, при остром аппендиците больной может сообщить, что в начале боли появились в эпигастральной области, затем стихли на 3 – 4 ч, затем снова возникли, но уже в области пупка, и далее переместились в правую подвздошную

область и т. д.

Объективные симптомы выявляются в ходе клинического осмотра, но однократный осмотр не дает возможности выявить их динамику. Для ее выявления используют клинический прием динамического медицинского наблюдения, т. е. неоднократное обследование на протяжении десятков минут (особенно при подозрении на неотложные состояния), часов, дней и более длительного периода времени, но не подвергая риску жизнь и здоровье пациента. Изменчивость симптомов на протяжении определенного времени имеет не меньшее диагностическое значение, чем сам факт их обнаружения.

Характеризуют симптом демонстративность, специфичность и патогномичность. *Демонстративность* определяется реактивностью организма больного, а также опытом медицинского работника, его профессиональной настороженностью, физиологическими и психологическими особенностями уровня восприятия. *Специфичность* и *патогномичность* симптома отнюдь не служат достоверным доказательством нозологического диагноза, а лишь характеризуют степень вероятности связи этого симптома с каким-либо заболеванием и не более того. Например, боль в правой подвздошной области чаще указывает на острый аппендицит, но может возникнуть и при остром правостороннем аднексите, и при правосторонней почечной колике, и даже при миозите мышц передней брюшной стенки. Диарея являет-

ся типичным признаком не только дизентерии, но и многих острых отравлений. Повышение артериального давления обычно связывают с гипертонической болезнью или гипертоническим кризом, но этот симптом может быть вызван и острым нарушением мозгового кровообращения или черепно-мозговой травмой, по каким-то причинам не распознанной при сборе анамнеза. Симптом служит внешним проявлением патогенеза болезни. Однако патогенез любого заболевания заключается в нарушении ряда функций различных органов и систем. По мере развития патологического процесса возникают новые патогенетические цепи. Например, открытый перелом бедренной кости включает механизм развития травматического шока с его патогенезом и клиническими симптомами. Присоединение гнойной инфекции приводит к развитию местного воспалительного процесса с последующей генерализацией и возникновением септического шока. Поэтому патогенетическая цепь заболевания характеризуется устойчивой совокупностью ряда симптомов, объединенных единым патогенезом их возникновения. Так, например, все хирургические заболевания органов желудочно-кишечного тракта с определенного момента их развития проявляются устойчивым сочетанием болей в животе, напряжением мышц передней брюшной стенки, сухостью и обложенностью языка и симптомами раздражения брюшины.

Устойчивая совокупность определенных симптомов, объединенная единым патогенезом, носит название *синдром*.

Синдром может составить клиническую картину всей болезни самостоятельно или в сочетании с другими симптомами. Кроме того, синдром может составить часть клинической картины всей болезни, а именно ту ее часть, которая относится к патологии одного из органов или одной из систем. Названное основное свойство синдрома: устойчивая совокупность симптомов на основе единого патогенеза многократно усиливает демонстративность, избирательность и патогномичность синдрома по сравнению с любым отдельно взятым симптомом и побуждает диагноста к тщательному поиску и достоверному исключению других симптомов, которые входят в предполагаемый синдром или подозреваемое заболевание. Клинический синдром, как и составляющие его симптомы, выявляются и отслеживаются с наименьшими затратами времени, диагностических ресурсов, опасностями и субъективными неудобствами для больного. В динамике заболевания на каждом его этапе синдром может составить клиническую картину всей болезни или какого-либо периода ее развития. Следует различать синдромы и симптомокомплексы.

Симптомокомплексы характеризуют болезнь в целом, но входящие в них симптомы могут иметь различный патогенез. Например, гематурия и артериальная гипертензия при остром гломерулонефрите являются проявлением двух самостоятельных патогенетических цепей, которые объединяет позиция их возникновения – пораженная почка. С другой

стороны, многие заболевания включают сходные патогенетические механизмы, что приводит к проявлению их сходными синдромами. Та же артериальная гипертензия характерна и для гипертонической болезни, и для хронического нефрита. Иначе говоря, один и тот же синдром может наблюдаться при различных заболеваниях. Например, лимфаденопатия сопровождает неспецифические гнойно-воспалительные процессы, специфические инфекции (сифилис, туберкулез), онкологические заболевания, болезни кроветворной системы, аллергозы и т. д. Синдромный диагноз не равнозначен нозологическому диагнозу и не может подменить его.

Выявление, идентификацию и дифференцирование синдрома начинают с анализа ведущего симптома, который наиболее беспокоит пациента или окружающих его людей. Большинство морфологических и функциональных синдромов названо в соответствии с этими симптомами, например синдром лимфаденопатии, желтухи, аритмий. Поэтому данные симптомы становятся ведущими в синдромных проявлениях. В отдельных случаях для выявления ведущего симптома и, следовательно, для идентификации синдрома требуются лабораторные или инструментальные исследования. Например, синдром анемий или синдром иммунодефицита распознаются на основании анализа крови, а синдром внутричерепной гипертензии – на основании результатов пункций ликворных пространств.

При сходстве ведущих симптомов синдрома различают по особенностям сопутствующих симптомов. Например, геморрагический синдром и синдром анемии похожи, так как их ведущими проявлениями служат гемоглобинемия и эритропения. Однако при геморрагическом синдроме выявляются геморрагические проявления в виде очагов кровотечения, что отнюдь не противоречит факту одновременного наличия у пациента двух патологических синдромов. При этом синдром анемии как следствие истощения кроветворной функции костного мозга является прямым результатом геморрагического синдрома, который и послужил причиной истощения кроветворной функции.

Другой способ дифференциальной диагностики синдромов заключается в выявлении взаимно исключающих особенностей проявления отдельных симптомов или, как говорят, в выявлении противоположности их проявлений. Например, отсутствие сознания – ведущий симптом и для синдрома коматозного состояния, и для основных форм синдрома острой сосудистой недостаточности (обморока и коллапса). Однако отсутствие сознания при обмороке кратковременно, что прямо противоположно длительному отсутствию сознания при коме, а также при коллапсе.

Третий способ дифференциальной диагностики синдромов – выявление несовпадающих симптомов. Продолжая дифференциальную диагностику синдрома коматозного состояния и коллапса, диагност имеет в виду, что при коме

утрата сознания до определенного момента не сопровождается декомпенсацией сосудистой деятельности, в то время как коллапс характеризуется артериальной гипотензией. Падение артериального давления у пациента в коме свидетельствует, что синдром коматозного состояния осложнился синдромом острой сосудистой недостаточности, т. е. коллапсом.

Экстренной доставке в стационар подлежат все пациенты с признаками жизнеопасных состояний или угрозы их развития. При прочих патологических состояниях, не имеющих этих признаков, решение об амбулаторно-поликлиническом лечении принимается только на основе нозологического диагноза. Таким образом, синдромный диагноз обосновывает госпитализацию и не служит основанием отказа от нее. Это касается и инвалидизирующих синдромов, хотя здесь выбор амбулаторно-поликлинического или стационарного способов обследования и лечения дополнительно обосновывают медико-социальными, эпидемиологическими и медицинскими критериями. Например, при синдроме острого психомоторного возбуждения с известным нозологическим диагнозом решение на доставку в стационар принимается с учетом медицинских и медико-социальных критериев, при синдроме диареи – на основании медицинских и эпидемиологических критериев. Медицинские критерии включают оценку эффективности первичных медицинских мероприятий. Естественно, что госпитализация, как и любые другие медицинские мероприятия, осуществляется только в соот-

ветствии с Федеральным законом от 22.06.1993 г. № 5487 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и статьями других законов России, в их числе статьи законов, обосновывающих недобровольную госпитализацию в особых случаях.

В комплекс амбулаторно-поликлинических и стационарных лечебных мероприятий входят как этиотропные, так и посиндромные назначения. Однако выбор и обоснование посиндромных назначений в стационаре отличается от выбора и обоснования их вне стационара. Объем предстационарной, т. е. догоспитальной, медикаментозной посиндромной терапии обосновывают жизнеугрожающими проявлениями синдромов. Синдромная терапия в условиях стационара является компонентом комплексного этиопатогенетического лечения. В постстационарный амбулаторно-поликлинический лечебный курс входят этиотропные и посиндромные препараты, выбранные с учетом этиологии заболевания на основании заключительного диагноза. В этой связи врач общей практики, семейный врач, врач скорой помощи, а также фельдшер, занятый самостоятельной лечебной практикой, решают две важнейшие лечебно-профилактические задачи. Первая из них – выбор показаний, доз и способов применения лекарственных средств в объеме догоспитального этапа скорой медицинской помощи. Вторая задача – оценка эффективности и нежелательных побочных явлений систематических лечебных курсов, назначаемых врачамиспециали-

стами при точно установленном заключительном диагнозе по итогам клинических обследований. Показания и противопоказания к применению основных лекарственных препаратов, предназначенных для посиндромной терапии неотложных состояний, приведены в фармацевтической литературе. Общими противопоказаниями к применению всех медикаментов служит индивидуальная непереносимость или повышенная чувствительность к ним.

Ряд синдромов являются жизнеугрожающими, и в этом случае посиндромная терапия осуществляется в рамках оказания скорой медицинской помощи, например применение гипотензивных препаратов в комплексной терапии гипертонического криза. Однако посиндромная терапия большей частью входит в комплекс лечебных мероприятий, показанных при том или ином заболевании с четко сформулированным нозологическим диагнозом. В некоторых случаях сужение круга лечебных мероприятий до посиндромной терапии затушевывает клинические проявления синдрома, что является ошибочным, так как затрудняет диагностику и создает видимость мнимого лечебного эффекта.

Цели синдромного подхода к пациенту заключаются в том, чтобы в кратчайшие сроки с минимальной затратой сил и средств и с минимальным риском для пациентов решить главные диагностические и лечебно-тактические задачи, а именно:

1. Своевременно выявить или достоверно исключить жиз-

неопасное состояние и угрозу его возможного развития.

2. Определить или заподозрить и дифференцировать более или менее четко очерченный круг заболеваний, характеризующихся выявленным синдромом.

3. Принять меры к выявлению или достоверному исключению симптомов, первоначально ускользнувших из поля зрения, но характерных для данного синдрома или для тех заболеваний, которым свойственен данный синдром.

4. Выбрать и провести оптимальные медикаментозные, аппаратные и инструментальные лечебные мероприятия по жизнеспасующим или жизнеугрожающим показаниям в пределах своей профессиональной компетенции в соответствии с сертификатом.

5. Принять и выполнить оптимальное тактическое решение по одному из нижеследующих вариантов:

- экстренная доставка пациентов в стационар;
- направление и/или доставка пациентов к врачу-специалисту или к врачу общей практики;
- направление на лабораторное и/или инструментальное (аппаратное) исследование и врачебное наблюдение в стационарном или в амбулаторно-поликлиническом лечебно-профилактическом учреждении.

6. Самостоятельно назначить или организовать врачебное назначение соответствующего лечебного курса медикаментозными, физиотерапевтическими или иными средствами и осуществить контроль их эффективности и безопасно-

сти для пациентов.

7. Оценить эффективность и выявить побочные и нежелательные эффекты систематических лечебных курсов и принять меры для их коррекции или отмены по результатам срочных врачебных консультаций.

Конкретные аннотации к лекарственным препаратам содержат подробную и точную информацию о дозах, способах применения, побочных эффектах, противопоказаниях и взаимодействии с другими лекарственными препаратами. Эти же сведения можно получить из официальных фармацевтических изданий и книг по фармакотерапевтическим аспектам взаимодействия лекарственных веществ. Конечно, возрастающий объем фармацевтического рынка не дает возможности удержать в памяти постоянно растущий массив информации по этому поводу. Тем более важно умение правильно использовать необходимые официальные данные и принимать лекарственные решения только по получению нужной и достоверной информации.

Изложенный в руководстве материал позволяет сделать определенные выводы. Можно полагать, что вдумчивый врач (фельдшер) придет к этим выводам самостоятельно.

Выводы

1. Синдромный диагноз отражает патогенез заболевания.
2. Синдромный диагноз является предварительным диа-

гнозом.

3. Синдромный диагноз не отражает этиологию заболевания и не подменяет собой клинический нозологический диагноз.

4. Синдромный диагноз обосновывает необходимость дальнейших лабораторных и инструментальных исследований, а также применение специализированных методов диагностики и лечения в условиях стационара.

5. Синдромный диагноз не дает оснований для отказа от специализированных методов диагностики и лечения в условиях стационара.

6. Отдельные лекарственные препараты могут неправильно интерпретировать или смягчать клинические проявления ряда синдромов и тем самым препятствовать установлению точного клинического диагноза.

Выводы позволяют сформулировать практические рекомендации общего характера.

Практические рекомендации

1. При выявлении патологического синдрома следует установить его жизнеопасный, жизнеугрожающий или инвалидизирующий характер.

2. Посиндромные лечебные мероприятия следует направлять на поддержание или протезирование функций жизнеобеспечения, профилактику развития жизнеугрожающих

расстройств и осложнений.

3. Посиндромные лечебные мероприятия, в первую очередь лекарственные воздействия, не должны изменять клиническую картину заболевания до постановки нозологического клинического диагноза, т. е. не препятствовать дифференциальной диагностике.

4. При неизвестном клиническом диагнозе или при безуспешности этиопатогенетической терапии, даже в случаях нозологической идентификации синдрома, т. е. при известном клиническом диагнозе, все больные, как с острыми, так и с хроническими заболеваниями, подлежат стационарному или специализированному амбулаторно-поликлиническому обследованию.

5. Выбор этапа обследования и лечения определяется на основании тяжести состояния пациента и эпидемиологических показаний.

6. Посиндромная патогенетическая терапия является составной частью этиотропного комплексного лечения больных.

7. Лекарственные препараты следует применять на основе показаний, противопоказаний и при обязательном учете характера лекарственного взаимодействия.

В последующих главах руководства приведены основные сведения по ряду синдромов, наиболее практически значимых для врача общей практики, семейного врача, а также фельдшера с сертификатом по специальности «Лечебное де-

ло», изложенные в соответствии с вышеприведенными принципами синдромной патологии, дифференциальной диагностики и фармакотерапии.

ГЛАВА 1. СИНДРОМ «БОЛЬ В ГРУДИ»

Жизнеопасные и жизнеугрожающие заболевания: ишемическая болезнь сердца (острый приступ стенокардии, острый инфаркт миокарда).

Инвалидизирующие заболевания, требующие дифференциального диагноза с применением специализированных методов и специализированного лечения (острый приступ грудного радикулита, онкологические заболевания пищевода и кардиального отдела желудка, опоясывающий лишай, тромбофлебит межреберных вен, опухоли молочных желез).

Патологическое состояние, ведущим и демонстративным признаком которого служат боли в области грудной клетки на фоне ухудшения самочувствия и общего состояния больных. Синдром возникает при заболеваниях сердца, легких, органов средостения, костно-мышечного каркаса грудной клетки, нервной системы, надфасциально расположенных анатомических образований в области грудной клетки – грудных (молочных) желез, нервов и вен, болезнях кожи и подкожной клетчатки с локализацией в пределах анатомических границ грудной клетки.

При оценке синдрома обращают внимание на особенности локализации, иррадиации, длительности болей, ближай-

ший и отдаленный кардиологический, инфекционный, гастралгический анамнез, а также на факторы, провоцирующие и купирующие синдром, в их числе сведения о физических и психических нагрузках, травмах, ощущениях при глотании воды и пищи, тошноте и срыгиваниях. При объективном обследовании выясняют частоту и ритм сердечных сокращений и дыхательных движений, данные перкуссии и аускультации грудной клетки, результаты термометрии. Важную информацию дают результаты электрокардиографического и рентгенологического исследований грудной клетки и клинических анализов крови. При отсутствии показаний к скорой медицинской помощи и срочной госпитализации больные обследуются в плановом порядке стационарно или амбулаторно у профильных врачей-специалистов – невропатологов, онкологов, дерматологов и др.

Синдромный подход к распознаванию острых заболеваний сердечно-сосудистой системы с жизнеопасными и жизнеугрожающими проявлениями синдрома «боль в груди» целесообразен в начальных (острых) периодах их развития.

Особенности проявлений синдрома «боль в груди» при заболеваниях сердца и коронарных сосудов характеризует дифференциально-диагностическая табл. 2.

Таблица 2

Особенности общих клинических проявлений синдрома «боль в груди» при сердечно-сосудистой пато-

ЛОГИИ

Признак	Нозология		
	Ишемическая болезнь сердца		Воспалительные заболевания сердца
	Стенокардия, острый приступ	Острый инфаркт миокарда	Острый миокардит, острый перикардит
Субъективные симптомы	Приступообразные, сжимающие, давящие боли за грудиной или в левой половине грудной клетки (в области сердца) с иррадиацией в верхний плечевой пояс влево, одышка (нехватка воздуха), тревога и мнительность (страх смерти)		Боли в области сердца без иррадиации, одышка
Длительность патологических ощущений	10–45 мин	Более 45 мин	1–2 нед.
Эффект применения нитроглицерина	Быстрый положительный	Отсутствует	Отсутствует
Предрасполагающие причины	Физическое и психоэмоциональное напряжение. Тревожные и тоскливые мысли или предчувствия		ОИМ. Инфекционные (простудные) и аллергические заболевания
Особенности внешнего вида	Бледность	Бледность, синюшность губ, акроцианоз	Бледность, цианоз, пульсация шейных вен, периферические отеки. Может быть вынужденное положение в «позе поклона», иногда на коленях с наклоном головы

Признак	Нозология		
	Ишемическая болезнь сердца		Воспалительные заболевания сердца
	Стенокардия, острый приступ	Острый инфаркт миокарда	Острый миокардит, острый перикардит
Термометрия	Нормотермия	В острейшем периоде – нормотермия	Гипертермия или субфебрилитет
АД	Норма	Норма, гипотензия или гипертензия	Норма или гипотензия
ЧСС	Норма	Тахикардия	Тахи- или брадиаритмия
ЧДД	Норма	Тахипноэ (ОДН)	Тахипноэ (ОДН)
ЭКГ	Отсутствие свежих изменений	В острейшем периоде (первые 3 ч) ЭКГ-изменений нет. Затем появление деформации интервала ST (рис. 1–7)*	Нарушения сердечного ритма и проводимости в виде экстрасистол или блокад (рис. 8–14)*
Клинический анализ крови	Без особенностей		Лейкоцитоз, ускоренная СОЭ

** Все рисунки представлены в Приложении 3.

Приведенные клинические различия требуют специальных методов исследования и дополняются результатами последних (см. табл. 2). Различия результатов лабораторных показателей и данных ЭКГ при синдроме «боль в груди», возникшем в результате сердечно-сосудистой патологии, подтверждают диагноз.

Появление приступообразных болей за грудиной с иррадиацией влево в руку, в том числе в 4 – 5 пальцы левой

кисти, в шею, лопатку, нижнюю челюсть длительностью до нескольких десятков минут на фоне тахикардии и тахипноэ без гипертермии или субфебрилитета расценивается как ангинозные боли. Они характерны для ишемической болезни сердца – острого приступа стенокардии и острого инфаркта миокарда, и требуют экстренного применения лекарственных препаратов. Диагноз подтверждают данные электрокардиографического исследования, а именно: деформация зубца T , смещение сегмента ST вверх или вниз от изолинии, появление патологического зубца Q , исчезновение зубца R , формирование патологического комплекса QS (см. рис. 1 – 7). Отсутствие эффекта от приема нитропрепаратов даже без патологических изменений на электрокардиограмме следует расценить как острый инфаркт миокарда. Больные с острым инфарктом миокарда госпитализируются на носилках в отделение кардиореанимации. Больные с купированным приступом стенокардии подлежат амбулаторному лечению под наблюдением врача-кардиолога или семейного врача с применением системного курса антиангинальной терапии под контролем состояния сердечно-сосудистой системы.

Наличие постоянных загрудинных болей, длящихся сутки и более, без какой-либо иррадиации, возникших в течение или после какого-либо инфекционного заболевания, чаще простуды, при тахикардии, тахипноэ с гипертермией или субфебрилитетом, характерно для миокардита, перикардита или эндокардита. Эти боли не поддаются антиангинальной

терапии. При перкуссии и аускультации грудной клетки патологических изменений в легких не выявляют, зато отмечают расширение границ сердечной тупости влево и вверх. На связь синдрома с воспалительным процессом указывают лейкоцитоз и ускоренная реакция СОЭ. Поражение сердца подтверждают данные ЭКГ-исследования по признакам нарушения ритма (экстра- и парасистолия) и проводимости (блокады) сердца (см. рис. 8 – 14). Синдром «боль в груди» в этом случае могут дополнить острая сердечная и дыхательная недостаточность, а также отеки. Больные с гипертермией и/или признаками декомпенсации сердечной и дыхательной деятельности доставляются на носилках в кардиологические стационары. Для снятия болей применяют наркотические или ненаркотические анальгетики. При отсутствии жизнеугрожающих нарушений сердечной деятельности больные могут быть оставлены для лечения на дому под наблюдением кардиолога (участкового или семейного врача) с применением системных лечебных курсов антибиотиков и сердечных средств под электрокардиографическим, рентгеновским и лабораторным контролем. Неэффективность лечения на дому служит показанием к госпитализации. Синдром «боль в груди» часто служит проявлением заболеваний, не несущих непосредственной угрозы жизни больных, но требующих проведения диагностических и лечебных мероприятий. Эти патологические состояния служат причиной инвалидизации с возможным неблагоприятным исходом (см. табл. 3).

Таблица 3

**Распознавание инвалидизирующих проявлений
синдрома «боль в груди»**

Признак	Нозология		
	Острый приступ грудного радикулита	Новообразования пищевода и кардиального отдела желудка	Опоясывающий лишай
Субъективные симптомы	Боли в грудном отделе позвоночника, опоясывающие (стреляющие) по ходу межреберий, ограничивают подвижность в верхнем плечевом поясе и в шее	Загрудинные боли с иррадиацией в спину и позвоночник. Дисфагия, срыгивания, рвота после приема пищи. Боли в эпигастрии	Ноющие боли в межреберьях и одной из верхних конечностей
Динамика патологических ощущений	Несколько часов и дней до обращения за медицинской помощью	Десятки дней (недели) до обращения за медицинской помощью	Несколько дней до обращения за медицинской помощью
Эффект применения обезболивающих неспецифических противовоспалительных средств	Положительный, нестойкий, вынуждающий к повторному приему	Отсутствует	Кратковременный или отсутствует
Предрасполагающие причины	Переохлаждение, неловкие физические усилия	Четкой информации нет. Следует иметь в виду неблагоприятную онкологическую наследственность	Переохлаждение при купании в загрязненных водоемах со стоячей водой
Особенности внешнего вида	Ограничение активных движений в шее, туловище, верхних конечностей	Кахексия	Очаги гиперемии с припухлостью в центре. Пузырьки заполнены серозным содержимым. Обычная локализация: поясница, межреберья, верхние конечности

Признак	Нозология		
	Острый приступ грудного радикулита	Новообразования пищевода и кардиального отдела желудка	Опоясывающий лишай
Термометрия	Субфебрилитет или нормотермия	Нормотермия	Субфебрилитет или гипертермия
АД, ЧСС, ЧДД	Без изменений	Без изменений	Без изменений
ЭКГ-изменения	Без изменений	Без изменений	Без изменений
Клинический анализ крови	Без изменений	СОЭ ускорена	СОЭ ускорена

Боль в груди с локализацией справа или слева от позвоночного столба, отдающая по ходу межреберных промежутков, характерна для острого приступа или обострения грудного радикулита при остеохондрозе грудного отдела позвоночника. Общее состояние больных практически не изменено, однако боли значительно ограничивают физическую подвижность в верхнем плечевом поясе и позвоночнике. Расстройство сердечной и дыхательной деятельности, в том числе тахикардия, гипертензия и одышка, а также гипертермия и субфебрилитет отсутствуют. Нередко в анамнезе имеются сведения о перенесенных травмах грудного отдела позвоночника или о заболеваниях позвоночного столба. Тем не менее практика показывает, что в ряде случаев приступ стенокардии и даже острого инфаркта миокарда расценивают

как корешковый синдром при остеохондрозе грудного отдела позвоночника. Эту ошибку можно избежать при использовании данных электрокардиографического исследования и применении *ex juvantibus* антиангинальных препаратов. Окончательный диагноз ставит врач-невропатолог, используя данные рентгенографии грудного отдела позвоночника. В случае значительной выраженности болевого синдрома при грудном радикулите больных направляют на стационарное лечение в неврологическое отделение многопрофильного стационара, в остальных случаях проводятся амбулаторно-поликлинические курсы с использованием неспецифических нестероидных противовоспалительных средств, обезболивающих препаратов, физиотерапия и лечебный массаж.

Загрудинные боли с иррадиацией в спину и позвоночник при достоверном исключении заболеваний сердца и органов дыхания требуют онкологической настороженности, так как могут быть вызваны новообразованиями пищевода и кардиального отдела желудка. В этом случае синдром «боль в груди» сопровождается расстройствами глотания (дисфагией), срыгиваниями, тошнотой, ощущениями затруднения прохождения по пищеводу твердой или густой пищи, рвотой сразу же после приема пищи. Рвота приносит временное облегчение. Кроме того, обращает на себя внимание нарастающая потеря веса, вплоть до истощения (кахексия). После общеклинического амбулаторного осмотра таких больных следует направлять на специализированное онкологическое об-

следование с использованием контрастной рентгенографии пищевода и желудка, эзофагогастроскопии и лабораторных методов исследования. В качестве паллиативных лечебных курсов онкологом назначаются спазмолитики и рекомендации по питанию, а по результатам оперативного вмешательства – лучевая и химиотерапия в специализированных лечебных центрах.

Боли в боковых отделах грудной клетки с одной или обеих сторон без какой-либо иррадиации, но усиливающиеся на высоте вдоха или выдоха, сопровождающиеся кашлем, сухим или с мокротой, связанные с переохлаждением или простудным заболеванием, характеризуют синдром «боль в груди» при воспалительных заболеваниях легких и плевры. Это: пневмония, сухой или выпотной плеврит, в том числе туберкулезный. Кроме того, перечисленным нозологиям свойственен синдром «острая дыхательная недостаточность» (см. гл. 2, с. 47). Другими проявлениями синдрома служат тахикардия, тахипноэ, гипертермия или субфебрилитет. Нозологический диагноз подтверждается данными анамнеза, в том числе эпиданамнеза по туберкулезу, перкуторными и аускультативными феноменами, характерными для пневмонии и плеврита. Эти патологические состояния требуют дифференцирования с кардиогенным отеком легких, для чего следует использовать данные ЭКГ-исследования. На ЭКГ при легочной патологии может быть выявлена ги-

пертрофия правого желудочка (рис. 15¹). На гипертрофию и перегрузку правого желудочка указывают высота зубца *R* в отведениях V_1 и V_2 , превышающая 7 мм, а также соотношение амплитуд зубцов *R* и *S* в отведениях V_1 и (или) V_2 , равное или превышающее 1. Демонстративные проявления и пневмонии, и кардиогенного отека легких заключаются в синдроме острой дыхательной недостаточности. Кроме того, на ЭКГ выявляется картина так называемого «острого легочного сердца». Поэтому дифференциальный диагноз этих неотложных состояний приведен ниже.

Под «острым легочным сердцем» понимают патологические процессы, развивающиеся при состояниях, которые характеризуются острой дыхательной недостаточностью (рис. 19)².

Характерными признаками на ЭКГ служат:

- углубленные зубцы *Q* в III отведении и *S* в I отведении;
- подъем сегмента *ST* в III, V_1 , V_2 отведениях и снижение его в I, aVL , V_5 , V_6 отведениях;
- отрицательный зубец *T* в III, V_1 , V_2 отведениях;
- появление признаков блокады правой ножки пучка Гиса и признаков перегрузки правого предсердия;
- быстрая положительная динамика при улучшении самочувствия больного в отличие от острого инфаркта мио-

¹ Все рисунки представлены в Приложении 3.

² Все рисунки представлены в Приложении 3.

карда. Впрочем, при массивной сливной пневмонии ожидать нормализации ЭКГ-картины при оказании скорой помощи не представляется возможным, поскольку анатомическая деструкция легочной ткани требует длительного стационарного лечения.

Больные с пневмонией и неспецифическим плевритом подлежат госпитализации в терапевтических отделениях многопрофильных стационаров. При установленном диагнозе туберкулеза больных направляют в туберкулезные диспансеры. При удовлетворительном состоянии больные с пневмонией и неспецифическим сухим плевритом могут быть оставлены для лечения на дому под наблюдением участкового или семейного врача с проведением системных курсов противомикробных препаратов, витаминов и других средств, повышающих иммунитет. Эффективность лечения оценивают по данным клинического наблюдения, рентгеновского и лабораторного (лейкоцитоз, СОЭ) контроля.

Синдром «боль в груди» служит проявлением реже встречающихся заболеваний, в том числе и опасных для жизни. Тромбоэмболия легочной артерии характеризуется не столько синдромом «боль в груди», сколько синдромом «острая дыхательная недостаточность» (см. гл. 2, с. 48 – 51). Воспалительные заболевания аорты проявляются синдромом артериальной гипертензии. Сифилитический аортит распознается на основе специфического анамнеза и клинико-лабораторных подтверждений сифилиса. Опоясывающий лишай

имеет демонстративные кожные симптомы в виде гиперемированных припухлостей с фокальными пузырьками в центре, заполненными серозной жидкостью. Заболевания молочных желез (маститы, опухоли) выявляются при пальпации самих желез и увеличенных региональных лимфоузлов (синдром периферической лимфаденопатии). При пальпации межреберий может быть выявлен тромбофлебит подкожных вен грудной клетки (болезнь Мондора).

Опоясывающий лишай, онкологические заболевания пищевода и желудка лечатся соответствующими специалистами.

Скорую медицинскую помощь оказывают при жизнеугрожающих проявлениях синдрома «боль в груди», т. е. при стенокардии, остром инфаркте миокарда, воспалительных заболеваниях сердечной мышцы.

Острый приступ грудного радикулита требует экстренного обезболивания в рамках оказания скорой медицинской помощи.

Скорая медицинская помощь и основные тактические решения при неотложных состояниях

Затянувшийся приступ стенокардии, острый инфаркт миокарда:

1. Полный эмоциональный и физический покой, функци-

ональновыгодное положение – сидя, с опущенными нижними конечностями.

2. Нитроглицерин (нитроглицерин-аэрозоль) трижды под язык по 0,5 мг (1 таблетка) или 0,4 мг (одно нажатие).

3. Оксигенотерапия.

4. Анаприлин 10 – 40 мг сублингвально.

5. Нейролептоаналгезия смесью фентанил 0,005 % раствор 1 мл (либо морфин или промедол 1 % раствор 1 – 2 мл) с дроперидолом 0,25 % раствор 1 – 2 мл. При недостаточной аналгезии анальгин 50 % раствор в разведении 10 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно. Вариант обезболивания – кислородно-закисный наркоз на фоне оксигенотерапии смесью закиси азота и кислорода в соотношении 4: 1 до эффекта сна с последующим переходом на соотношение 1: 1 методом самонаркоза (маска удерживается рукой пациента).

6. При желудочковых экстрасистолах лидокаин 2 % раствор 2 мл из расчета 1 мг на 1 кг массы тела внутривенно и до 5 мг на 1 кг массы тела внутримышечно, или магния сульфат 25 % раствор 10 мл внутривенно.

7. Аспирин 0,25 г в таблетках внутрь, разжевать, проглотить.

Тактическое решение: экстренная доставка пациента в стационар после стабилизации сердечной деятельности, на носилках, лежа. Доставку целесообразно осуществлять силами

специализированной кардиореанимационной, в крайнем случае, врачебной бригадой.

Острый миокардит:

1. Анальгин 50 % раствор 2 мл или промедол 2 % раствор 1 – 2 мл внутривенно (внутримышечно).
2. При нарушениях сердечного ритма и проводимости, а также при развитии острой сердечной недостаточности – см. с. 100.

Тактическое решение: экстренная доставка пациента в стационар.

Острый перикардит. См. «Острый миокардит».

Грудной радикулит, острый приступ. Анальгин 50 % раствор 2 – 4 мл или трамал 100 – 200 мг внутримышечно или внутривенно.

Тактическое решение: лечение в поликлинике у невропатолога или доставка санитарным транспортом в неврологическое отделение многопрофильного стационара.

Острая пневмония. См. гл. 2, с. 58.

ГЛАВА 2. СИНДРОМ «ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ»

Жизнеопасные и жизнеугрожающие состояния, а также травмы, вызывающие острую дыхательную недостаточность. Заболевания и травмы глотки, гортани, трахеи. Ангина, дифтерия, отек Квинке, травматическая асфиксия, вдыхание паров раздражающих веществ, термоингаляционное поражение, стенозирующий ларингит (острая дыхательная недостаточность (ОДН) 1-го уровня).

Заболевания бронхов. Приступ бронхиальной астмы, астматический статус, рак бронхов (ОДН 2-го уровня).

Заболевания и травмы, ограничивающие дыхательную поверхность легких. Острая пневмония, острый плеврит, спонтанный пневмоторакс, переломы ребер, кардиогенный и токсический отек легких (ОДН 3-го уровня).

Неврологические и нейроинфекционные заболевания с нарушениями дыхательной деятельности. Ботулизм, дифтерийный полирадикулоневрит, столбняк (ОДН 4-го уровня).

Патология центральной регуляции дыхательной деятельности. Острое нарушение мозгового кровообращения, внутрочерепная гипертензия, ЧМТ с повреждением вещества головного мозга (ОДН 5-го уровня).

Патологическое состояние, возникающее в результате неспособности органов внешнего дыхания обеспечить адекватный газообмен, т. е. поступление в организм кислорода и выведение углекислого газа в объемах, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность организма в покое и в условиях физиологических нагрузок. В результате возникает гипоксемия, тканевая гипоксия и гиперкапния со сдвигом кислотно-щелочного баланса внутренней среды организма в кислую сторону. Синдром ОДН протекает как приступ удушья с резким ухудшением самочувствия, психическим беспокойством вплоть до «дыхательной паники», при тяжелом общем состоянии больных с нарушением сознания вплоть до комы с летальным исходом.

Удушье может возникнуть на различных уровнях внешнего дыхания. Его причинами могут стать: воспалительная, аллергическая обструкция, либо механическая закупорка инородным телом верхних дыхательных путей, гортани, трахеи; воспалительная и аллергическая бронхиальная обструкция, а также механическая закупорка просвета бронхов инородным телом или опухолью; отек легких кардиогенного или токсического происхождения и внезапное уменьшение респираторной поверхности легких при инфекционных заболеваниях или при повреждениях костного каркаса грудной клетки и дыхательной мускулатуры; неврологические нарушения регуляции частоты и ритма внешнего дыхания в связи с нейроинфекцией, интоксикацией; центральные (череп-

но-мозговые) нарушения дыхательной деятельности в результате кровоизлияний или разрушения вещества головного мозга; внутричерепная гипертензия. Острую дыхательную недостаточность при утоплении вызывает спазм голосовой щели («сухое утопление» – ОДН на уровне верхних дыхательных путей) и заполнение водой бронхиального дерева и альвеол («истинное утопление» с исключением из газообмена респираторной поверхности легких).

При распознавании синдрома ОДН необходимо клинически распознать локализацию (уровень) нарушений внешнего дыхания – ротоглотка, гортань, трахея, бронхиальное дерево, ткани легких, плевральные полости, костно-мышечный каркас грудной клетки, вещество головного мозга. Клинически распознается патологическое состояние, что определяет объем первоочередных лечебно-тактических решений, отводящих непосредственную угрозу жизни.

Заболевания, течение которых уже осложнено или может осложниться острой дыхательной недостаточностью, требуют экстренной госпитализации. Для правильного выбора стационара назначения следует диагностировать эти заболевания или, по крайней мере, определить их групповую клинико-статистическую принадлежность. Нозологическую диагностику синдрома острой дыхательной недостаточности проводят на основании особенностей ее клинических проявлений, данных общего и эпидемиологического анамнеза, австационаре – с использованием результатов лабораторных,

инструментальных и аппаратных, в первую очередь рентгеновских, исследований. Основные особенности проявления синдрома «острая дыхательная недостаточность» в соответствии с уровнями нарушений внешнего дыхания приведены в дифференциально-диагностической табл. 4. Нарушения проходимости верхних дыхательных путей на уровне глотки, гортани и трахеи могут быть вызваны аллергическим отеком гортани, ангиной, дифтерией, инородным телом, травмами и некоторыми другими причинами. Их сходство заключается в затрудненном вдохе («одышка на вдохе»), дисфонии и «скрежещущем вдохе», тахипноэ с внезапными апноэ, а также в отсутствии эффекта самолечения неспецифическими противовоспалительными средствами.

Таблица 4

Особенности проявления синдрома «острая дыхательная недостаточность» при различных уровнях нарушения внешнего дыхания³

³ См. также табл. 6.

Признак	ОДН			
	1-го уровня. Нарушение проходимости дыхательных путей на уровне глотки, гортани, трахеи	2-го уровня. Нарушение проходимости бронхов	3-го уровня. Легочно-дыхательная недостаточность кардиогенного, воспалительного, токсического и травматического генеза	4-го уровня. Паралич дыхательной мускулатуры при нейроинфекциях
Характер одышки и другие нарушения дыхания	Инспираторная одышка, вдох затруднен	Экспираторная одышка, выдох затруднен	Смешанная одышка, тахипноэ при ЧДД от 20 до 50 и более в 1 мин	Тахипноэ с эпизодами апноэ
Голосовое звучание	Гнусавость или афония	Дисфония	Изменения не характерны	Дисфония
Феномены дыхания, определяемые без аускультации	«Скрипучий вдох»	«Свистящие» хрипы на выдохе	Клокочущее дыхание — феномен «кипящего чайника»	Отсутствуют
Состояние сознания	Первоначально сохранено, может быть психомоторное возбуждение перед развитием сопора и комы	Психомоторное возбуждение с мимикой беспокойства и страха в виде «дыхательной паники» с исходом в сопор и кому	Заторможенность с эпизодами психомоторного возбуждения	Сознание сохранено, периодический страх смерти

Признак	ОДН			
	1-го уровня. Нарушение проходимости дыхательных путей на уровне глотки, гортани, трахеи	2-го уровня. Нарушение проходимости бронхов	3-го уровня. Легочно-дыхательная недостаточность кардиогенного, воспалительного, токсического и травматического генеза	4-го уровня. Паралич дыхательной мускулатуры при нейроинфекциях
Положение в постели*	Вынужденное положение полусидя с отведенными надплечиями и запрокинутой головой или с поднятыми надплечьями и приведенным подбородком к груди	Вынужденное положение сидя, с опорой на руки	Удобное положение для больного, иногда полусидя без опоры на руки, голова лежит на подушке	Обычно лежащее положение

Синдромный подход к распознаванию острых заболеваний, нередко инфекционного характера, особенно целесообразен в начальной фазе их течения. Дифференциальный диагноз острых заболеваний с жизнеугрожающими проявлениями ОДН 1-го уровня представлен в табл. 5.

Таблица 5

Дифференциальный диагноз острых заболеваний с жизнеугрожающими проявлениями ОДН 1-го уровня

Признак	Нозология		
	Ангина	Дифтерия	Отек Квинке
Длительность патологических ощущений до обращения за медицинской помощью	Несколько суток	До суток	Несколько минут или до 2–3 ч
Предрасполагающие причины	Простуда, переохлаждение, эпидконтакт по ангине, скарлатине	Эпидконтакт по дифтерии	Неблагоприятный аллергологический анамнез или наследственности. Контакты с аллергенами, непереносимость некоторых лекарственных средств
Особенности внешнего вида	Гиперемия или бледность кожи, гнойные налеты на миндалинах	Отек лица, цианоз, подчелюстной или шейный лимфаденит. Вынужденное положение сидя с запрокинутой головой. Гноеотечение из носдрей, гнойные пленки на конъюнктиве или в полости рта	Зуд, расчесы, сыпь, отеки лица, конечностей. Цианоз лица, губ, акроцианоз
Термометрия	Гипертермия	Гипертермия	Нормотермия
ЧСС	Тахикардия	Тахикардия	Тахикардия
АД	Гипотензия на фоне гипертермии (инфекционно-токсический шок)	Гипотензия на фоне гипертермии (инфекционно-токсический шок)	В начале без изменений. Внезапное падение АД (анафилактический шок)
ЧДД	Тахипноэ	Тахипноэ	Тахипноэ или внезапное апноэ

Признак	Нозология		
	Ангина	Дифтерия	Отек Квинке
Специфические симптомы	Боли в горле при глотании	«Осадненный» след после снятия пленок. Положительные результаты «водяной» и «сухой» проб. Набухание шейных вен (дифтерийный круп)	Аллергическая сыпь на теле

Гипертермия, односторонняя или двусторонняя припухлость (отек) и лимфаденит шеи, гнусавость голоса (дисфония) и скрежещущее дыхание характерны для тяжелого течения ангины, осложненной заглоточным абсцессом, а также для дифтерийного крупа. При этом со стороны ротоглотки в обоих случаях выявляется гиперемия и гипертрофия миндалин (при ангине чаще с одной стороны, при дифтерии с обеих сторон) и наличие отеков. Для отличия дифтерийных пленок от гнойных лакунарных налетов и пробок можно использовать сухую и водяную пробы. Сухая проба состоит в растирании пленок ложечкой по дну стеклянного (фарфорового) блюдца, при этом кожистая дифтерийная пленка в отличие от гнойного ангинозного налета не крошится. Для водяной пробы пленку или налет помещают в стакан с водой комнатной температуры, при этом дифтерийная пленка тонет в воде, а гнойный налет всплывает на поверхность. Кро-

ме того, после отделения дифтерийной пленки на миндалинах остается осадненный кровотокающий след, что не характерно для ангины.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.