

Неотложные состояния в практике участкового врача. Часть I

И.И. Чукаева, Ф.А. Евдокимов, Н.В. Орлова

Кафедра поликлинической терапии № 2 Лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва

В статье освещены вопросы клиники неотложных состояний, таких как остановка дыхания и кровообращения, комы, обмороки, аллергические заболевания, спонтанный пневмоторакс. Представлен алгоритм проведения реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе, адаптированный для врачей первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: неотложные состояния, кома, обморок, реанимационные мероприятия.

Неотложные состояния могут развиваться внезапно у любого человека. Название “неотложные” характеризует необходимость быстрого принятия решения о виде помощи и начале лечебных мероприятий. Промедление с оказанием первой помощи при ряде внезапно развившихся состояний может привести к различным тяжелым последствиям для здоровья пациента, вплоть до его быстрой смерти. Врач обязан знать основные методы диагностики неотложных состояний и владеть приемами оказания первой помощи, даже при отсутствии каких-либо лекарственных средств или их ограниченности. Кроме того, обучению методике **сердечно-легочной реанимации (СЛР)** всех членов общества (а не только медицинских работников) придается большое значение во всем мире.

Врач первичного звена в силу своей профессии часто оказывается первым, кто может помочь пациенту. Вот почему он должен не только в совершенстве владеть методикой оказания помощи при остановке дыхания и кровообращения, но и уметь оказывать помощь для предотвращения тя-

желых последствий внезапно развившихся жизнеугрожающих состояний.

Общие рекомендации при неотложных состояниях

Рекомендации для участкового терапевта, пришедшего по вызову, следующие:

1) вызовите **скорую медицинскую помощь (СМП)**. Сообщите, что вы участковый врач поликлиники и назовите предположительный диагноз (острый инфаркт миокарда, диабетическая кома, острое аллергическое заболевание), уточните необходимость вызова специализированной бригады (кардиологической, неврологической, реанимационной). После того как сообщили причину обращения в службу “03”, передайте трубку родственнику, чтобы он ответил на вопросы диспетчера об адресе и паспортных данных;

2) не допускайте паники. При любой ситуации ведите себя спокойно, уверенно — помощь вы уже вызвали, так что даже при незнании причины острой ситуации проводите мероприятия, необходимые в любом случае;

3) создайте комфортные условия для работы. Настойчиво попросите покинуть по-

Контактная информация: Чукаева Ирина Ивановна, chukaeva@mail.ru

мещение всех лишних. Не создавайте конфликтную ситуацию и не провоцируйте родственников, но запомните сами и попросите быстро объяснить свои требования тем, что плачущие родственники только еще больше ухудшают психологическое состояние пациента и мешают сконцентрироваться врачу. Кроме того, большое количество людей в помещении ограничивает свободу действий врача, пагубно сказывается на возможности проведения необходимых медицинских манипуляций. Если среди родственников есть человек, способный четко воспринимать указания врача, попросите его отойти в сторону и не мешать, но быть готовым выполнить любую вашу просьбу. Если родственники на грани нервного срыва, удалите их из комнаты, закройте дверь, но предупредите, что в случае необходимости они должны быть готовы помочь вам по первому требованию (позвонить, принести воду, полотенце);

4) создайте комфортные условия для пациента. Если больной в сознании, помогите ему принять удобное положение, обеспечьте свободное дыхание (расстегните воротник, ослабьте брючный пояс). Если позволяют погодные условия и экологическая обстановка, можно открыть окно для обеспечения притока свежего воздуха;

5) обезопасьте больного без сознания. Если больной без сознания, но с сохраненным дыханием и сердечной деятельностью, уложите его в безопасное положение;

6) не затягивайте с лечением. Осмотрите больного, измерьте артериальное давление и подсчитайте частоту сердечных сокращений, выясните анамнез данного состояния. Начните лечебные мероприятия с помощью средств укладки и домашних лекарств пациента;

7) будьте внимательны. Не оставляйте больного без присмотра, будьте готовы начать СЛР;

8) помогите прибывшим врачам СМП. Доложите им в сжатой конкретной форме данные анамнеза и проведенной терапии.

У выездной службы “03” больше возможностей по лекарственному обеспечению и диагностике состояния. Кроме того, СМП — экстренная служба, у ее сотрудников больше опыта работы в экстремальных условиях. При необходимости врач или фельдшер могут попросить вас о помощи.

Таким образом, задача пришедшего по вызову участкового врача при развитии у пациента неотложного состояния — вызвать помощь, начать лечебные мероприятия с помощью доступных средств, дожидаться приезда бригады СМП и передать руководство лечебным процессом старшему этой бригады, но быть готовым оказать посильную помощь коллегам.

Если неотложное состояние у пациента возникло на приеме у врача, то приоритетные действия остаются прежними:

1) вызов неотложной помощи:

а) информирование заведующего отделением о возникшей ситуации;

б) вызов бригады СМП или реанимационной бригады (если поликлиника входит в состав многопрофильного стационара);

2) проведение необходимых диагностических и лечебных мероприятий. При развитии неотложного состояния в стенах лечебно-профилактического учреждения врач находится в более “комфортных” условиях, поскольку имеет возможность сразу позвать на помощь коллег. Позвать заведующего отделением и других врачей, а также вызвать службу “03” может медицинская сестра.

Сердечно-легочная реанимация

В основе мероприятий, проводимых пациентам с остановкой кровообращения и дыхания, лежит четкая последовательность действий, которую называют по-разному:

- алгоритм ABC или ABCD;
- азбука Сафара;
- азбука реаниматолога;
- “цепочка выживания”.



Рис. 1. Алгоритм принятия решения о проведении СЛР.

Существует четкая последовательность действий при проведении СЛР.

Наиболее распространенный термин — “алгоритм АВС”, поскольку при проведении СЛР необходимо выполнить строгую последовательность действий:

- **A** — airway — воздушные пути;
- **B** — breathing — дыхание;
- **C** — circulation — кровообращение.

На этапе специализированной помощи добавляется буква **D**:

— **D** — difference — дифференциальный диагноз; drugs — лекарства; defibrillation — дефибрилляция.

Азбукой Сафара эту последовательность называют в честь П. Сафара (P. Safar) (1924—2003), который является одним из основоположников реаниматологии. Именно он изобрел “поцелуй жизни” — методику искусственного дыхания рот в рот.

Алгоритм АВС выполняется на месте происшествия, при транспортировке и в медицинском учреждении. Возможна как первичная остановка дыхания, так и первичная остановка кровообращения.

Мировое медицинское сообщество много лет стремится к тому, чтобы этот комплекс знали и могли применять не только медицинские работники, но и люди любой профессии, поскольку примерно через 5 мин после остановки дыхания наступает

остановка сердечной деятельности, а через 4—5 мин после остановки кровообращения развиваются необратимые изменения в головном мозге. Наступает гибель мозга, а значит, и гибель человека.

Решение вопроса о начале сердечно-легочной реанимации

Для решения вопроса о начале реанимационных мероприятий необходима оценка состояния больного по принципу **вижу — слышу — ощущаю**:

вижу — проверить сознание и дыхательные движения грудной клетки и живота, реакцию зрачков на свет, цианоз кожных покровов;

слышу — послушать дыхание у рта;

ощущаю — ощутить дыхание кожными покровами, прощупать пульс на сонной артерии, у детей до года — на плечевой артерии.

Согласно национальным рекомендациям для врачей СМП, признаками остановки кровообращения являются:

- потеря сознания;
- отсутствие пульса на сонных артериях;
- остановка дыхания;
- расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет;
- изменение цвета кожных покровов.

При наличии первых двух признаков необходимо начинать СЛР.

По данным Международного комитета по связям в области реанимации (ILCOR), многие медики, не говоря уже о людях без медицинского образования, испытывают трудности при оценке пульсации на сонных артериях. Исходя из этого СЛР следует незамедлительно начинать при отсутствии сознания и нормального дыхания (нельзя путать с наличием у пациента агонального дыхания, которое встречается в 40% случаев при остановке кровообращения и не может считаться нормальным) (рис. 1).

Расшифровка алгоритма ABC

A. Airway — воздушные пути. Первоочередные мероприятия при СЛР — обеспечить проходимость дыхательных путей. Это связано с необходимостью обеспечения свободного доступа к легким при выполнении дальнейшего алгоритма и может быть достаточным лечебным мероприятием в том случае, когда кровообращение еще сохранено, а остановка дыхания произошла по причине закрытия дыхательных путей запавшим языком (при нахождении пациента без сознания) или при попадании инородных тел в дыхательные пути.

Исходя из этого пункт “А” алгоритма СЛР достаточно объемен и разнороден по используемым методам. Он включает в себя:

- 1) тройной прием Сафара;
- 2) открывание рта;
- 3) очищение полости рта;
- 4) специальные приемы при попадании инородных тел в верхние дыхательные пути;
- 5) обеспечение безопасного положения (при котором не будет западения языка):
 - на боку;
 - на животе с запрокинутой головой;
- 6) инструментальные методы:
 - введение воздуховода;
 - интубацию трахеи;
- 7) хирургические методы:
 - коникотомию;
 - введение игл в трахею;
 - трахеостомию.



1. Тройной прием Сафара:

- запрокинуть голову;
- выдвинуть нижнюю челюсть;
- надавить на подбородок (открыть рот).

На рис. 2 представлен метод запрокидывания головы, рекомендуемый ILCOR, путем надавливания на лоб и вытягивания за нижнюю челюсть.

Следует заметить, что в отечественной реанимационной школе (основателем которой следует считать В.А. Неговского (1909–2003)), этот первый этап тройного приема рекомендовалось выполнять надавливая одной ладонью на теменную область головы больного.

Независимо от того, какой метод используется, следует помнить, что имеются противопоказания к запрокидыванию головы. В этом случае ограничиваются выдвижением нижней челюсти и открыванием рта.

Противопоказания к запрокидыванию головы:

- 1) подозрение на повреждение шейного отдела позвоночника;
- 2) синдром Дауна (в связи с неполной оссификацией и подвывихом шейных позвонков C1–C2);
- 3) сращение тел шейных позвонков;
- 4) патология шейного отдела позвоночника (анкилозирующий спондилоартрит, ревматоидный артрит).

2. Прием “клеста”. В ряде случаев не удается открыть рот больному при помощи



Рис. 2. Тройной прием Сафара.

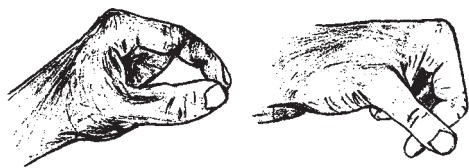


Рис. 3. Схема приема “клеста”.

тройного приема Сафара. В такой ситуации следует использовать специальный прием, получивший название прием “клеста” (рис. 3). Для его выполнения большой и указательный пальцы сжимают подушечками друг к другу и в таком положении вводят в недостаточно открытую ротовую полость. Затем, соскальзывая друг по другу, пальцы упираются в резцы больного и своим давлением открывают рот. Название обусловлено тем, что пальцы скрещиваются в виде клюва клеста.

3. Очищение полости рта. Проходимость дыхательных путей часто нарушается в результате скопления рвотных масс или сгустков крови в ротовой полости. Для очистки полости рта необходимо согнуть указательный палец в виде крючка и обмотать его марлевой салфеткой, бинтом или просто носовым платком. Палец вводится в полость рта пациента по внутренней поверхности щеки с последующей попыткой максимально возможного очищения ротоглотки черпательными движениями.

4. Специальные приемы при попадании инородных тел в верхние дыхательные пути. Инородное тело (кусочек пищи) у взрослых может попасть в верхние дыхательные пути при разговоре во время еды или при жевании жевательной резинки. У детей обструкцию могут вызывать мелкие игрушки, помещенные в рот. Данные о действиях больного перед ухудшением состояния и о месте развития неотложного состояния в сочетании с клинической картиной весьма ценны для быстрой оценки ситуации и проведения лечебных мероприятий.

Клиническая картина:

- полная обструкция (закрытие просвета) — апноэ (отсутствие дыхания), афония (отсутствие голоса). Без экстренной помощи через 4–5 мин наступает остановка сердечной деятельности;

- неполная обструкция — затруднение дыхания, стридорозное (свистящее) дыхание.

Первая помощь у взрослых. В отечественной школе широко применяется прием похлопывания. Именно отсюда пошла привычка, когда кто-то поперхнулся, просить похлопать по спине.

Методика:

- на боку (или стоя);
- запрокинуть голову;
- 4 раза сильно ударить по межлопаточной области;
- повернуть на спину;
- открыть рот и попытаться достать инородное тело (действовать осторожно, чтобы не протолкнуть инородное тело дальше в дыхательные пути).

Если это не помогло:

- еще 4 удара по межлопаточной области;
- 4 тракции (толчка) в эпигастрий (нельзя при беременности).

Согласно международным рекомендациям по СЛР, при попадании инородных тел в дыхательные пути рекомендуется использовать прием Геймлиха:

1) находясь сзади стоящего или сидящего больного, обхватить его руками вокруг талии, надавить на живот и произвести резкий толчок вверх. Нужно убедиться, что толчок выполняется в надлежащей анатомической точке (по средней линии живота между пупком и мечевидным отростком), чтобы свести к минимуму вероятность внутренних повреждений;

2) необходимо выполнять каждый толчок как самостоятельный прием с твердым намерением устранить обструкцию одним движением;

3) использовать “положение всадника” при выполнении приема Геймлиха, если

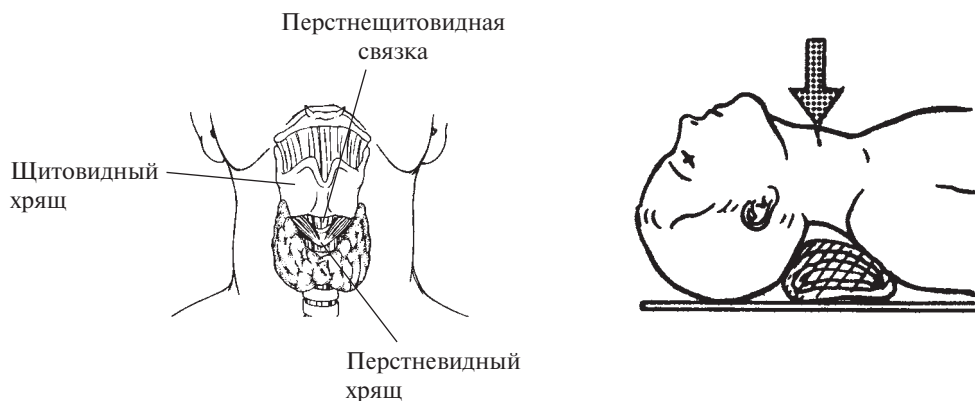


Рис. 4. Схема коникотомии.

больной лежит; резкий толчок вверх выполняют проксимальной частью нижней ладони из наложенных одна на другую рук;

4) существует модификация приема Геймлиха для больных с выраженным ожирением, а также на поздних сроках беременности — толчки в грудную клетку. Находясь сзади, обхватить реанимируемого руками и произвести толчок в среднюю часть грудины; если больной без сознания и лежит на спине, толчок производят спереди (в той же области, где выполняют непрямой массаж сердца).

В случае предполагаемой обструкции у взрослого, находящегося без сознания, уместна попытка пальцевого удаления инородного тела. Пальцами одной руки следует открыть рот больному и ввести указательный палец другой руки (вдоль внутренней поверхности щеки) глубоко в глотку к корню языка. Согнув указательный палец в дистальной фаланге, попытаться с помощью этого «крючка» сместить и удалить предмет, вызывающий обструкцию. Необходима особая осторожность, чтобы не протолкнуть инородное тело глубже в дыхательные пути.

Следует помнить, что примерно через 5 мин после остановки дыхания наступает остановка кровообращения, поэтому при неэффективности нескольких попыток неинвазивного извлечения инородного тела

из дыхательных путей необходимо выполнить коникотомию (рис. 4).

Задачей коникотомии (крикотиреоидотомии) является обеспечение поступления воздуха в дыхательные пути пострадавшего через прокол (отверстие) между перстневидным и щитовидным хрящами.

Иногда в проделанное отверстие вставляют плотную пластиковую трубочку для предотвращения смыкания краев раны.

5. Безопасное положение. Существуют следующие правила укладывания пациента, находящегося без сознания, при сохранении спонтанного дыхания:

- пациент должен лежать на боку;
- положение должно быть стабильным;
- следует избегать любого давления на грудную клетку, затрудняющего дыхание;
- необходимо иметь возможность перевернуть пациента на бок, а затем опять на спину;
- необходимо контролировать состояние дыхательных путей и обеспечивать их проходимость;
- положение пациента не должно приводить к травмам.

В. Breathing — дыхание. Методы проведения дыхания:

- 1) дыхание рот в рот;
- 2) дыхание рот в нос;
- 3) дыхание рот в рот и нос (у детей);

4) **искусственная вентиляция легких (ИВЛ)** мешком типа Амбу:

- устройство “ключ жизни”;
- пероральный воздуховод;
- трансназальный воздуховод;
- фаринготрахеальный воздуховод;
- двухпросветный пищеводно-трахеальный воздуховод (комбитьюб);
- ларингеальная маска;

5) аппаратная ИВЛ (через интубационную или трахеостомическую трубку).

Общие замечания и рекомендации:

1) в связи с опасностью инфицирования ИВЛ (дыхание рот в рот, дыхание рот в нос и дыхание рот в рот и нос) следует проводить через марлевую салфетку, кусок бинта или обычный носовой платок. По возможности следует проводить ИВЛ через специальное приспособление (воздуховод). Так, в комплектации любой автомобильной аптечки есть устройство для проведения ИВЛ. Используйте его для собственной безопасности, а также для большей эффективности ИВЛ;

2) эффективность дыхания проверяется визуально по экскурсии грудной клетки;

3) следует помнить о необходимости герметизации дыхательных путей, чтобы вдыхаемый воздух доходил до легких пострадавшего, а не уходил по пути наименьшего сопротивления в атмосферу. Для этого:

а) при дыхании рот в рот необходимо указательным и большим пальцами одной руки зажать нос пострадавшего, закрыв выход воздуха через нос;

б) при дыхании рот в нос необходимо одной рукой поджать подбородок пострадавшего до смыкания его губ и, положив руки на губы, закрыть выход воздуха через рот.

Дыхание рот в нос применяется:

- при утоплении и ИВЛ прямо в воде;
- при травме челюсти;
- у гиперстеников.

Дыхание рот в нос и рот применяется у детей, когда спасатель может своим ртом обхватить и рот, и нос пострадавшего.

*С рекомендуемой литературой
вы можете ознакомиться
на нашем сайте www.atmosphere-ph.ru*

Emergencies in Primary Care. Part 1

I.I. Chukaeva, F.A. Evdokimov, and N.V. Orlova

The article describes the signs and symptoms of different emergencies: cardiopulmonary arrest, coma, syncope, allergic diseases, spontaneous pneumothorax. The algorithm of pre-hospital resuscitation is given for primary care physicians.

Key words: emergency, coma, syncope, resuscitation.



Продолжается подписка на журнал “Лечебное дело” – периодическое учебное издание РНИМУ

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 220 руб., на один номер – 110 руб.

Подписной индекс 20832.