
Обмен опытом (в помощь практическому врачу)

ОЦЕНКА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Бурсиков А.В.,^{*1}, кандидат медицинских наук,
Александров М.В.², кандидат медицинских наук,
Рупасова Т.И.¹, кандидат медицинских наук

¹ Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

² Кафедра поликлинической терапии, общей врачебной практики и эндокринологии ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: (4932) 23-24-34.

РЕЗЮМЕ Оценка общего состояния больного влияет на выбор тактики его ведения, решение вопросов о необходимости госпитализации, характере оказания неотложной помощи. В качестве критерия оценки рассмотрена степень риска развития угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений в результате возникновения данного острого заболевания или обострения хронического. Степень риска устанавливается исходя из предположительного диагноза, степени нарушений функций жизненно важных систем организма и выраженности клинических проявлений заболевания. Игнорирование одного из этих факторов может привести к неадекватной оценке тяжести состояния больного и, как следствие, к ошибкам в его лечении.

Ключевые слова: тяжесть общего состояния пациента, риск развития осложнений, функции жизненно важных систем организма, тактика ведения, амбулаторные условия.

Описание объективного статуса пациента в амбулаторной карте начинается с оценки степени тяжести общего состояния. Эта оценка чрезвычайно важна, так как во многом определяет дальнейшую врачебную тактику. В соответствии с принятой классификацией выделяют следующие градации общего состояния пациента: удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжёлое, крайне тяжёлое [5, 6]. Однако, как показывает опыт клинической и экспертной работы, оценка общего состояния вызывает определённые трудности у практических врачей [4]. В доступной ли-

тературе мы не встретили самого определения термина «общее состояние».

В работе изложена позиция авторов по проблеме оценки общего состояния пациентов, основанная на личном клиническом и экспертном опыте. Понимая сложность проблемы и отсутствие общепринятых критериев, мы приглашаем врачей принять участие в ее обсуждении.

Общее состояние, по нашему мнению, – это оценка врачом совокупности субъективных и объективных симптомов, отражающих состояние жиз-

Bursikov A.V., Aleksandrov M.V., Rupasova T.I.

EVALUATION OF PATIENT GENERAL STATUS IN OUT- PATIENT PRACTICE

ABSTRACT Evaluation of patient general status influenced the choice of his treatment tactics, necessity of his hospitalization and the character of emergency medical aid provided. As the evaluation criteria authors proposed the risk of development of complications as a result of the onset of this acute disease or exacerbation of the chronic disease which threatened patient life and health. The risk degree had to be fixed due to presumable diagnosis, degree of the vitally important organism systems' disorder and the disease clinical manifestations' degree. Disregarding of the one of these factors may result in inadequate evaluation of the patient status severity and to the mistakes in their treatment.

Key words: patient general status severity, complications development risk, functions of vitally important organism systems, treatment tactics, out-patient practice.

ненно важных систем организма и определяющих ближайший (на несколько дней) прогноз и лечебно-диагностическую тактику.

Точную математически выверенную оценку прогноза в зависимости от состояния пациента позволяют определить различные шкалы, например шкала Killip [7] для оценки острой сердечной недостаточности при инфаркте миокарда или шкала CURB-65 при внебольничной пневмонии [3]. Однако для огромного большинства клинических ситуаций подобные критерии не разработаны. Кроме того, названные шкалы отражают не тяжесть общего состояния больного, а тяжесть течения конкретных заболеваний.

Оценка общего состояния пациента начинается с изучения жалоб, данных анамнеза и общего осмотра, но окончательно оценить его можно после проведения полного физикального обследования, а иногда лишь после получения результатов дополнительных исследований, например ЭКГ, рентгенограммы лёгких, данных клинического или биохимического анализа крови. Всё это, конечно, вызывает определённые трудности в работе амбулаторного врача, особенно при посещении больного на дому.

Для оценки общего состояния пациента мы предлагаем использовать в качестве основного критерия риск развития угрожающих жизни осложнений в результате возникновения острого заболевания или обострения хронического заболевания. Необходимо также оценить степень нарушения жизненно важных функций организма. Для разграничения степени тяжести общего состояния мы считаем целесообразным принять за основу критерии, предложенные В.К. Султановым [6].

Общее состояние пациента следует оценивать как удовлетворительное, если сознание ясное, он ориентирован в месте, времени и собственной личности, легко вступает в контакт с врачом, положение пациента активное, он самостоятельно передвигается, обслуживает себя без посторонней помощи. По результатам физикального обследования можно констатировать, что функции жизненно важных систем организма сохранены или нарушены незначительно. Исходя из предполагаемого диагноза, риск развития осложнений у данного пациента не превышает фоновый риск в общей популяции. Оценка общего состояния как удовлетворительного позволяет проводить лечение пациента в амбулаторных условиях.

Общее состояние средней степени тяжести следует определить в тех случаях, когда вследствие имеющегося заболевания функции жизненно важных органов и систем организма нарушены, однако состояние пациента не представляет не-

посредственной угрозы для жизни. У пациента имеют место выраженные объективные симптомы заболевания (изменения пульса, артериального давления, повышение температуры тела и т.д.), но сознание его ясное, положение пациента активное, он способен сам себя обслужить, хотя и с некоторыми затруднениями (например, вынужден часто делать остановки из-за появления одышки, сердцебиения, болей в груди). Объём и место оказания врачебной помощи при этом определяются основным диагнозом (возможно, только предполагаемым либо синдромальным). Если имеется вероятность быстрого прогрессирования заболевания или развития опасных для жизни осложнений либо необходимость проведения экстренных дополнительных исследований, требующих пребывания в стационаре, показана госпитализация (плановая или экстренная в зависимости от обстоятельств). Если риск развития опасных для жизни осложнений невелик, пациента следует наблюдать ежедневно активно по типу «стационара на дому» до улучшения общего состояния и появления возможности определения его состояния как удовлетворительного. Например, наличие у пациента признаков прогрессирующей стенокардии в виде учащения приступов или увеличения их длительности, даже если во время осмотра болевые ощущения отсутствуют, является основанием для госпитализации, поскольку риск развития осложнений в этом случае высокий [1, 7]. Постановка диагноза гриппа при выраженных явлениях интоксикации также позволяет оценить общее состояние как средней степени тяжести. Однако риск развития осложнений в этом случае будет более низким, и возможно лечение по типу «стационара на дому».

Тяжелое общее состояние следует определить при наличии таких симптомов заболевания, которые указывают на непосредственную опасность для жизни больного в результате нарушения функций жизненно важных систем организма. Субъективные и объективные симптомы заболевания при этом ярко выражены и не позволяют пациенту самому себя обслужить и передвигаться без помощи посторонних лиц или вспомогательных средств вследствие наличия одышки, болей, неврологической симптоматики, выраженной интоксикации. Положение больного пассивное или вынужденное. Он нуждается в постороннем уходе и, как правило, в срочной госпитализации для проведения адекватного лечения и круглосуточного врачебного наблюдения.

Крайне тяжелое общее состояние характеризуется столь резким нарушением основных жизненно важных функций организма, что без экстренных и интенсивных лечебных мероприятий больной

может погибнуть в течение ближайших часов или даже минут. Сознание обычно нарушено (от оглушения до комы), хотя в ряде случаев остается ясным. Положение чаще всего пассивное или вынужденное, возможно двигательное возбуждение, судороги. Имеются признаки состояний, угрожающих жизни пациента: шока, отека лёгких, острой дыхательной недостаточности. Такие больные нуждаются в оказании срочной медицинской помощи специализированной бригадой скорой помощи и в экстренной госпитализации в реанимационное отделение. До прибытия врачей скорой помощи от участкового терапевта может потребоваться оказание первой врачебной помощи с использованием имеющихся в его распоряжении средств, а также наблюдение до приезда бригады.

Одна из особенностей работы амбулаторного врача состоит в том, что тактически сложные вопросы приходится решать, имея минимум информации о больном, которая получена только при расспросе, физикальном обследовании и анализе амбулаторной карты. Поэтому решающим для оценки общего состояния является предварительный диагноз. При этом отсутствие у пациента ярких субъективных проявлений болезни (жалоб) на момент осмотра не может быть основанием для определения состояния как удовлетворительного. Например, купирование болевого приступа у пациента с острым коронарным синдромом не делает его состояние удовлетворительным. Оно остаётся среднетяжёлым в течение ещё нескольких дней в зависимости от степени клинического риска, и только отсутствие рецидива болей и стабильность гемодинамических показателей при динамическом наблюдении позволяют оценить его как удовлетворительное.

При этом необходимо избегать отождествления понятий «тяжесть общего состояния больного» и «тяжесть течения заболевания». Так, например, наличие ОРЗ среднетяжёлого течения не всегда обуславливает наличие у больного состояния средней тяжести. В то же время, острый инфаркт миокарда, даже при условии его относительно лёгкого течения (безболевого вариант, не сопровождающийся осложнениями), заставляет определить состояние больного как среднетяжёлое.

Другая проблема амбулаторной медицины – необходимость оценить общее состояние хронического «соматически тяжёлого больного», имеющего признаки хронической сердечной, дыхательной или церебральной недостаточности. Прогноз у таких пациентов достаточно серьёзен, а течение заболевания имеет тенденцию к прогрессированию.

Общее состояние таких пациентов вследствие серьёзности их прогноза не может быть оценено как удовлетворительное. Оно может быть названо либо среднетяжёлым, либо тяжёлым, в зависимости от степени выраженности нарушений функций жизненно важных органов и риска развития осложнений. Для характеристики общего состояния таких пациентов целесообразно употреблять термины «стабильно среднетяжёлое состояние» либо «стабильно тяжёлое состояние» [1, 2]. В этом случае важно подчеркнуть, что состояние пациента не ухудшилось внезапно, а является таковым в течение длительного периода времени. Выраженные и значительно выраженные стойкие нарушения функций организма являются основанием для определения у пациента группы инвалидности, делают его зависимым от помощи лиц, осуществляющих уход, и в случае его прекращения создают непосредственную угрозу для жизни больного. Вопрос о госпитализации таких больных решается на основе потребности их в стационарных методах лечения. Например, наличие у пациента стабильной стенокардии 3 функционального класса позволяет оценивать его состояние как стабильно среднетяжёлое, так как у него имеются выраженные и существенные ограничения способности к самообслуживанию и самостоятельному передвижению. В то же время, экстренная госпитализация в этом случае не показана. Пациент может лечиться в амбулаторных условиях. Госпитализация в плановом порядке может понадобиться для решения вопроса о целесообразности хирургического лечения или проведения медико-социальной экспертизы.

При этом понятия «общее состояние» и «стойкое нарушение функций организма», используемое в экспертной практике, по нашему мнению, имеют принципиальные различия, хотя и используются для обозначения нарушений функций. В первом случае речь идет о функциях систем организма (дыхания, кровообращения и т.д.), во втором – о социальных функциях пациента – способностях к общению, обучению, труду и т.д. [2], которые, безусловно, зависят от состояния функций систем организма, но не сводятся только к ним. Например, способность к обучению может существенно снижаться и даже полностью утрачиваться вследствие наличия энцефалопатии различного генеза. При этом могут отсутствовать нарушения функций организма, создающие высокий риск развития опасных для жизни осложнений.

Если первый термин определяет прогноз и врачебную диагностическую и лечебную тактику, то второй – стойкость и, в определённой мере, необратимость нарушения именно социальных функций пациента.

При анализе клинических симптомов следует избегать неконкретных и обтекаемых формулировок: «состоянии неплохое», «состояние относительно удовлетворительное», «состояние ближе к удовлетворительному». Подобные формулировки указывают на то, что врач затрудняется в оценке состояния больного. В этих случаях

целесообразно оценить состояние больного как средней степени тяжести и выбрать соответствующую тактику его ведения. Отсутствие конкретных формулировок может повлечь за собой неправильную оценку тяжести состояния и, как следствие, выбор неадекватной тактики ведения больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров М.В. Основные положения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы в работе амбулаторного терапевта. Оформление медицинской документации: Методические разработки для студентов V и VI курсов лечебного факультета. – Иваново, 2008.
2. Александров М.В. Основные положения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы в работе амбулаторного терапевта. Оформление медицинской документации: Учебное пособие. – Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2009.
3. Внебольничная пневмония у взрослых: Клинические рекомендации / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников. – М.: Атмосфера, 2005.
4. Геллер В.Л., Полятыкина Т.С. Экспертная оценка амбулаторной карты. – Иваново, 2008.
5. Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненко Ю.П. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. – М.: Медпресс-информ, 2004.
6. Султанов В.К. Исследование объективного статуса больного. – СПб.: Питер, 1996.
7. Тейлор Д.Д. Основы кардиологии. – М.: Медпресс-информ, 2004.

Поступила 2.11.2009 г.