
Дискуссия

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ: ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Геллер В. Л.*, кандидат медицинских наук,
Полятыкина Т. С., доктор медицинских наук

Кафедра поликлинической терапии, общей врачебной практики и эндокринологии
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

РЕЗЮМЕ Дано определение степеней тяжести состояния больного на догоспитальном этапе, учитывающее динамику способности больного к общению и передвижению под влиянием острого или обострения хронического заболевания, и связь между данными способностями и функцией жизненно важных систем (центральная нервная, сердечно-сосудистая и дыхательная системы).

Ключевые слова: тяжесть состояния больного, амбулаторная терапия.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: lgeller@rambler.ru

Редакция журнала «Вестник Ивановской медицинской академии» в четвёртом номере за 2009 г. предложила обсудить вопросы, связанные с оценкой тяжести состояния больного в амбулаторных условиях, и в качестве основы для дискуссии опубликовала статью А. В. Бурсикова с соавт. [1]. Авторы в списке использованной литературы привели и наше пособие по экспертизе амбулаторной карты [2], опубликованное в 2008 г., где была представлена разработанная нами оригинальная оценка тяжести состояния, которая отличается от определения, данного А. В. Бурсиковым и его соавторами. В чём заключаются принципиальные различия? Авторами статьи не даны разъяснения по поводу ситуаций, в которых необходима такая оценка. Она требуется для решения вопроса оказания или неоказания неотложной или экстренной помощи больному в момент осмотра больного. Рассмотрим последовательность действий врача при осмотре больного. Вначале, если нет показаний для проведения неотложных мероприятий, он уточняет, имеется ли у больного острое заболевание или обострение хронического. С этой целью выясняется динамика самочувствия (жалобы) и

собираются анамнестические данные. Далее врач приступает к непосредственному осмотру, при котором решает две задачи: первая – оценка тяжести состояния больного и вторая – выявление патогномичных признаков заболевания.

Мы согласны с авторами, что тяжесть состояния определяется только при остром заболевании или обострении хронического. На чём базируется оценка тяжести состояния, только ли на данных непосредственного осмотра, или в совокупности с самочувствием больного, анамнестическими данными? Требуется ли для этого обязательное проведение дополнительных исследований? Может ли эксперт выдвинуть обвинение лечащему врачу в недооценке степени тяжести состояния при первичном осмотре в связи с изменениями в диагнозе при последующем обследовании? Авторы заявляют, что такое возможно, если будет при дальнейшем обследовании выявлено тяжёлое заболевание типа инфаркта миокарда. В то же время они делают различие между тяжестью заболевания и тяжестью состояния, когда это касается острой респираторной инфекции.

Geller V. L., Polyatykina T. S.

EVALUATION OF PATIENT STATE SEVERITY UNDER AMBULATORY CONDITIONS: DEBATABLE QUESTIONS

ABSTRACT Patient state severity degrees at prehospital stage are defined. This definition takes into account the dynamics of patient's abilities to communication and motion under the influence of acute disease or exacerbation of chronic disease and interaction between these abilities and functioning of vitally important systems (central nervous system, cardiovascular and respiratory systems).

Key words: patient state severity, ambulatory therapy.

Особенностью диагностического процесса в амбулаторной практике является возможность постановки синдромального диагноза, который объединяет как тяжелые, так и нетяжелые заболевания. Уже это не позволяет врачу при оценке тяжести состояния опираться на тяжесть заболевания. Поскольку статья опубликована в разделе «В помощь практическому врачу», задача состоит в том, чтобы дать простые, но принципиальные рекомендации для оценки тяжести состояния. Она не может быть предварительной, в отличие от диагноза, и определяется только на момент осмотра. Тяжесть состояния, динамичное понятие – она может измениться за считанные минуты (при развитии осложнений типа шока, острой сердечной или дыхательной недостаточности и т. п.). В этом принципиальное различие между тяжестью состояния и тяжестью заболевания. Тяжесть заболевания – это не только выраженность клинической картины, но и потенциальные угрозы возможных осложнений, а также прогноз. Если руководствоваться точкой зрения авторов, то в случае летального исхода главным экспертом по оценке тяжести состояния больного может оказаться патологоанатом, поскольку он даёт заключительное определение о причине смерти пациента. Таким образом, представленная точка зрения, опирающаяся, в частности, на положение В. К. Султанова [5] о влиянии оценки возможного риска развития угрожающих жизни осложнений, превышающего фоновый риск в общей популяции, на определение тяжести состояния больного, а также о возможности изменения оценки тяжести состояния под влиянием выявления тяжёлого заболевания при проведении дополнительных методов обследования, по нашему мнению, является неверной.

В клинической практике существуют критерии определения тяжести комы, шока, коллапса, острой сердечной недостаточности, диагностики преагонального и агонального состояния, тяжести кровотечения и т. п., но при их наличии состояние больного всегда оценивается как крайне тяжёлое. В амбулаторной практике, например при инфаркте миокарда, когда больной не знает о своём заболевании и продолжает работать, его состояние можно признать удовлетворительным, хотя сам инфаркт, если он будет выявлен в последующем, является тяжёлым заболеванием. Согласно данным Фрамингемского исследования, до 25% инфарктов миокарда впервые диагностируются только при ретроспективном анализе серии ЭКГ, причем в половине случаев они полностью бессимптомны [3].

В настоящей работе мы предлагаем проводить более чёткое разграничение степеней тяжести на основании опроса и осмотра больных.

Для обозначения степеней тяжести состояния используются термины: удовлетворительное, средней степени и тяжелое [4]. Среди врачей скорой помощи распространено определение степеней тяжести состояния, включающее оценку жизненно важных функций организма (удовлетворительное состояние – сознание ясное, жизненно важные функции не нарушены; состояние средней тяжести – сознание ясное или имеется умеренное оглушение, жизненно важные функции нарушены незначительно; тяжелое состояние – сознание нарушено до глубокого оглушения или сопора, имеются выраженные нарушения со стороны дыхательной либо сердечно-сосудистой системы). В данных определениях нет чётких признаков о том, что означает «жизненно важные функции организма не нарушены или нарушены».

К жизненно важным функциям организма относятся, прежде всего, способность к передвижению и общению, а также работу сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем.

Способность к передвижению и к общению является интегральной составляющей функций органов и систем организма. Каждая из них может рассматриваться как самостоятельно, так и в совокупности.

Удовлетворительным мы предлагаем считать состояние, при котором под влиянием острого заболевания или обострения хронического патологического процесса отсутствует отрицательная динамика способностей передвижения и/или общения. При этом со стороны жизненно важных систем (нервная, сердечно-сосудистая и дыхательная) возможны некоторые изменения (например, небольшое повышение или понижение артериального давления), не отразившиеся на способности к передвижению и общению.

Средняя степень тяжести определяется, когда способность к передвижению и общению нарушена умеренно. Больной может передвигаться и общаться самостоятельно, хотя и с заметным трудом, при этом выявляются отклонения в работе сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, объясняющие эту отрицательную динамику.

При тяжёлом состоянии больной практически не может передвигаться без посторонней помощи и имеются значительные затруднения при общении (говорит отдельными фразами с перерывом) под влиянием острого заболевания или обострения хронического, а также выявляется существенная отрицательная динамика состояния жизненно важных функций – признаки дыхательной, сердечной и мозговой недостаточности.

Как правило, определённому состоянию больного соответствует его самочувствие, но это не идентичные понятия. Самочувствие зависит, в том числе от генетически запрограммированных пороговых восприятий (порог болевой чувствительности), а также от волевых установок больного.

Эксперт, выступающий в суде, комиссиях при разборе конфликтных ситуаций, как правило, не осматривает пострадавшего, а даёт заключение на основании записей врача, что предполагает некий консенсус в понимании того, как и что должно быть отражено в них.

Мы предлагаем в дневниках при наличии острого заболевания или обострения хронического в разделе непосредственного осмотра после фразы «состояние удовлетворительное (средней тяжести или тяжелое)» указать в качестве доказательства, прежде всего, нарушена ли способность к общению и передвижению вследствие настоящего

заболевания, и если да, то в какой степени. Следует отразить наличие связи указанной патологии с нарушением основных показателей сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем. В тех случаях, когда до наступления ухудшения имелись анатомические и функциональные дефекты, не позволяющие оценить способности больного к передвижению и общению, врач должен опираться на выраженность дыхательной, сердечной и мозговой недостаточности (учащение или урежение дыхания, пульса, а также появление других нарушений ритма, повышение или снижение артериального давления, прогрессирование очаговой неврологической симптоматики или энцефалопатии). При выяснении, что декомпенсация по данным системам возникла в настоящее время и явилась поводом для обращения к врачу, состояние следует оценить как тяжёлое при наличии осложнений, угрожающих жизни, а при их отсутствии – как средней тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурсиков А. В., Александров М. В., Рупасова Т. И. Оценка общего состояния пациента в амбулаторных условиях // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2009. – Т. 14. – № 4. – С. 51–54.
2. Геллер В. Л., Полятыкина Т. С. Экспериза амбулаторной карты. – Иваново, 2008.
3. Диагностика и лечение стабильной стенокардии – Национальные рекомендации. – М., 2008.
4. Основы семиотики заболеваний внутренних органов : атлас / А. В. Струтынский [и др.]. – М., 2008.
5. Султанов В. К. Исследование объективного статуса больного. – СПб., 1996.

Поступила 25.06.2010 г.