

Оглавление

Список сокращений	9
Введение	11
Раздел I. Организация службы скорой медицинской помощи	
Глава 1. Организация службы скорой медицинской помощи. <i>Мирошниченко А.Г.</i>	16
Глава 2. Этическая и юридическая ответственность врача скорой медицинской помощи. <i>Зильбер А. П.</i>	40
Глава 3. Основные технические требования к автомобилям скорой медицинской помощи и их оснащению медицинским оборудованием. <i>Ваулин И.Г., Железнов Е.Г., Невский Д.И.</i>	62
Раздел II. Общие вопросы реаниматологии и интенсивной терапии	
Глава 4. Общие принципы интенсивной терапии терминальных состояний. <i>Михайлович В. А.</i>	85
Глава 5. Внезапная остановка сердца и методы восстановления сердечной деятельности (внезапная смерть). <i>Михайлович В. А.</i>	93
Глава 6. Острая дыхательная недостаточность. <i>Михайлович В. А., Ваневский В. Л.</i>	110
Глава 7. Шок. <i>Михайлович В. А.</i>	127
Глава 8. Отек легких. <i>Михайлович В. А.</i>	142
Глава 9. Нарушения гемостаза и гемокоагуляции. <i>Марусанов В.Е., Котомина Г.Л., Ханин А.З.</i>	151
Глава 10. Реанимация и интенсивная терапия при некоторых экстремальных состояниях. <i>Марусанов В. Е.</i>	165
Глава 11. Острая почечная недостаточность. <i>Михайлович В. А., Гуло С. Л.</i>	177
Глава 12. Острая печеночная недостаточность. <i>Марусанов В. Е.</i>	185
Раздел III. Неотложная хирургия	
Глава 13. Общая характеристика травматических повреждений. Особенности оказания первой медицинской помощи при множественной и сочетанной травме. <i>Кацадзе М.А., Мирошниченко А.Г.</i>	195
Глава 14. Повреждения опорно-двигательного аппарата. <i>Неверов В. А.</i>	199

Глава 15. Раны. <i>Кацадзе М.А.</i>	215
Глава 16. Повреждения груди. <i>Кацадзе М. А., Шапот Ю. Б.</i>	227
Глава 17. Повреждения живота. <i>Гурин Н. Н.</i>	238
Глава 18. Термические поражения. <i>Малахов С.Ф.</i>	244
Глава 19. Острый аппендицит. <i>Кацадзе М. А.</i>	255
Глава 20. Острый холецистит. <i>Зрячих Г. А.</i>	262
Глава 21. Острый панкреатит. <i>Кацадзе М.А.</i>	267
Глава 22. Острый перитонит. <i>Мирошниченко А.Г., Изотова О.Г.</i>	274
Глава 23. Ущемленные грыжи. <i>Кацадзе М.А.</i>	283
Глава 24. Острая кишечная непроходимость. <i>Кацадзе М.А., Мирошниченко А.Г.</i>	288
Глава 25. Прободная язва и двенадцатиперстной кишки. <i>Мирошниченко А.Г.</i>	297
Глава 26. Острые желудочно-кишечные кровотечения. <i>Кацадзе М.А.</i>	302
Глава 27. Острые и хронические нарушения висцерального кровообращения. <i>Поташов Л.В., Седов В.М.</i>	306
Глава 28. Острая непроходимость магистральных артерий конечностей. <i>Кацадзе М. А.</i>	318
Глава 29. Острые заболевания и повреждения органа зрения. <i>Балашевич Л.И.</i>	326
Глава 30. Неотложная оториноларингология. <i>Ланцов А.А.</i>	338
Глава 31. Неотложные состояния в урологии. <i>Тиктинский О. Л.</i>	356
Глава 32. Неотложные состояния при воспалительных заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области. <i>Козлов В.А.</i>	379
Раздел IV. Неотложные состояния при внутренних болезнях	
Глава 33. Стенокардия. <i>Руксин В.В.</i>	397
Глава 34. Инфаркт миокарда. <i>Руксин В.В.</i>	409
Глава 35. Острые нарушения сердечного ритма. <i>Шальнев В.И.</i>	432
Глава 36. Острая сердечная недостаточность. <i>Руксин В.В.</i>	455
Глава 37. Неотложные состояния при артериальной гипертензии. <i>Руксин В.В.</i> ...	468
Глава 38. Тромбоэмболия легочной артерии. <i>Шальнев В.И.</i>	479
Глава 39. Обмороки (кратковременная потеря сознания, синкопе). <i>Шальнев В.И.</i> ..	488
Глава 40. Острая пневмония. <i>Марусанов В.Е., Лукьянова И.Ю.</i>	491
Глава 41. Острые аллергические реакции. <i>Михайлович В.А.</i>	497
Глава 42. Бронхиальная астма. Астматический статус. <i>Михайлович В.А.</i>	505
Глава 43. Неотложные состояния в эндокринологии. <i>Ионин М.Л.</i>	514

Глава 44. Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях <i>Рахманова А.Г.</i>	529
---	-----

Раздел V. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь

Глава 45. Акушерское пособие на догоспитальном этапе. <i>Репина М.А.</i>	555
Глава 46. Акушерские кровотечения. <i>Репина М.А.</i>	569
Глава 47. Гестоз. <i>Репина М.А.</i>	579
Глава 48. Кровотечения в гинекологической практике. <i>Репина М.А.</i>	585
Глава 49. Острый живот в гинекологии. <i>Репина М.А.</i>	592

Раздел VI. Неотложные неврологические и психиатрические состояния

Глава 50. Неотложные состояния при поражениях нервной системы. <i>Виленский Б. С., Случек Н. И.</i>	602
Глава 51. Острые сосудистые заболевания головного мозга. <i>Виленский Б.С., Случек Н.И.</i>	624
Глава 52. Инфекционные заболевания нервной системы. <i>Виленский Б.С., Случек Н.И.</i>	647
Глава 53. Эпилептический статус и другие судорожные состояния. <i>Виленский Б.С., Случек Н.И.</i>	658
Глава 54. Черепно-мозговая травма. <i>Михайлович В. А.</i>	664
Глава 55. Повреждения позвоночника и спинного мозга. <i>Марусанов В.Е.</i>	675
Глава 56. Острые психические расстройства. <i>Аронович О.М.</i>	685

Раздел VII. Острые отравления

Глава 57. Обследование больных при острых отравлениях. <i>Афанасьев В.В., Климанцев С.А.</i>	698
Глава 58. Основные синдромы, возникающие при отравлениях. <i>Афанасьев В.В., Климанцев С.А.</i>	706
Глава 59. Оказание помощи при наиболее часто встречающихся острых отравлениях. <i>Афанасьев В.В., Климанцев С.А.</i>	718

Раздел VIII. Избранные главы неотложной педиатрии.

Глава 60. Диагностика неотложных состояний у детей на догоспитальном этапе. <i>В.М. Шайтор</i>	734
Глава 61. Сердечно-легочная реанимация у детей. <i>Иванеев М.Д., Паршин Е.В.</i>	739
Глава 62. Травматический шок. Особенности тактики оказания помощи детям на догоспитальном этапе. <i>Бичун А.Б.</i>	754
Глава 63. Лихорадка у детей. <i>Шайтор В.М.</i>	760

Глава 64. Острая обструкция дыхательных путей <i>В.М.Шайтор, А.Б.Бичун</i>	766
Глава 65. Судорожный синдром у детей. <i>Шайтор В. М.</i>	780
Глава 66. Острые отравления у детей. <i>Бичун А.Б.</i>	785
Предметный указатель	791

Острая дыхательная недостаточность

Михайлович В. А., Ваневский В. Л.

Прежде чем говорить об острой дыхательной недостаточности, необходимо вспомнить, что же такое дыхание.

Дыхание — это совокупность процессов, обеспечивающих обмен в организме газов: кислорода и углерода диоксида — углекислого газа (CO_2). Этот газообмен осуществляется в несколько этапов: обмен газами между атмосферным воздухом и легкими, затем между легкими и кровью малого круга кровообращения (внешнее дыхание), далее — транспортировка газов кровью от легких к тканям и обратно и, наконец, обмен газами между кровью, органами и тканями (тканевое, или внутреннее, дыхание).

Нарушения газообмена могут возникать на любом из этих уровней, и причины этих нарушений будут перечислены ниже. Здесь же необходимо сказать о том, что под *острой дыхательной недостаточностью* (ОДН) традиционно понимают такие остро возникающие патологические состояния, при которых даже максимальное напряжение аппарата внешнего дыхания — легких и дыхательной мускулатуры — не в состоянии обеспечить нормальный газообмен, или, иными словами, не в состоянии превратить притекающую к легким венозную кровь в кровь артериальную. Вследствие этого развиваются гипоксия и гиперкапния, что приводит к нарушению обменных процессов и, в конечном счете, к нарушению функции различных органов и систем — к полиорганной недостаточности. В свою очередь, нарушения работы органов и систем, вызываемые самыми разнообразными повреждающими факторами (острая сердечно-сосудистая недостаточность, кровопотеря, шок и пр.), приводят к вторичной дыхательной недостаточности — синдрому острого легочного повреждения (СОЛП). Это название имеет много синонимов — шоковое легкое, респираторный дистресс-синдром взрослых, синдром дыхательных расстройств и др.

Легкие — это очень сложный орган, в котором кроме газообмена осуществляется еще целый ряд функций: регуляция водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния, контроль концентрации биологически активных веществ, терморегуляция, метаболизм белков, жиров и углеводов. Легкие участвуют в работе системы регуляции агрегатного состояния крови (свертывание и фибринолиз), кровообращения, в очистке воздуха и крови от механических примесей и возбудителей инфекционных болезней. Газообменные и негазообменные функции теснейшим образом связаны между собой, и нарушение одного из этих процессов неизменно приводит к нарушению другого.

Острая дыхательная недостаточность — это синдром, с которым врач скорой помощи встречается весьма часто.

Причины ОДН могут быть связаны с нарушением легочных механизмов дыхания или быть внелегочными.

Одна из самых частых причин ОДН, возникающей на догоспитальном этапе, — это **нарушение проходимости дыхательных путей**. Обструкцию дыхательных путей могут вызвать следующие факторы:

- инородные тела;
- аспирация воды при утоплении;
- аспирация желудочного содержимого при рвоте или регургитации.

Следует отметить, что при этом ОДН возникает не только вследствие механического закрытия дыхательных путей, но и в результате развития синдрома Мендельсона — кислотно-аспирационного пневмонита;

- отек дыхательных путей травматической, аллергической или инфекционной этиологии;
- бронхоспазм;
- обтурация мокротой;
- сдавление опухолью или гематомой;
- обтурация корнем языка при бессознательном состоянии.

Еще одна причина ОДН — **нарушение нормального функционирования легочной ткани**, в основе которого могут лежать развитие пневмонии, травма легких или грудной клетки, астматический статус, отек легких, пневмо- или гемоторакс, плеврит и некоторые другие состояния.

ОДН может быть обусловлена **нарушением центральной регуляции дыхания**. Сюда относятся травма головного и спинного мозга, нейровирусные и инфекционные поражения, отравления центрогенными ядами, последствия нарушений кровообращения и метаболизма.

Нарушение работы дыхательных мышц в результате расстройств нервно-мышечной проводимости, электролитных расстройств, нарушений кислотно-основного состояния, различного рода интоксикаций может приводить к ОДН. Такие заболевания, как миастения, полиомиелит, также способны вызвать тяжелую ОДН.

ОДН может быть и следствием **нарушений кровообращения в малом и большом круге**.

Нарушения кровообращения в малом круге, вызывающие ОДН, могут быть обусловлены затруднением оттока крови из малого круга (вследствие инфаркта миокарда, левожелудочковой недостаточности другого генеза, стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, гипертонической болезни, сдавления легочных вен) либо, наоборот, усиленным притоком, возникающим как результат стресса или неконтролируемого форсированного внутривенного введения жидкости. Причиной может быть также и ослабление притока крови к легким в результате уменьшения венозного возврата, правожелудочковой недостаточности или эмболии легочной артерии.

Дефицит кислорода может быть обусловлен нарушениями кровообращения в большом круге вследствие уменьшения ОЦК, острой сердечно-сосудистой недостаточности, расстройств микроциркуляции, а также возникать в результате анемии,

отравления гемоглобинденатурирующими ядами (углерода оксид, метгемоглобинообразователи), цианидами и действия некоторых других причин. Однако рассмотрение этих вопросов выходит за рамки проблем ОДН и осуществлено в соответствующих главах.

Морфологические изменения легочной паренхимы, приводящие к ОДН, могут возникать вследствие вирусной или бактериальной пневмонии, при ателектазах различной этиологии, стафилококковой деструкции легких (преимущественно у детей), а также при некоторых особо тяжелых эндогенных интоксикациях и повреждениях, обуславливающих развитие синдрома, известного под названием «шоковое легкое», или синдрома острого легочного повреждения.

Этот синдром «шокового легкого» наиболее часто развивается при травматическом шоке, но может встречаться и при кардиогенном, анафилактическом, инфекционно-токсическом шоке, а также при различных терминальных состояниях. Характерной особенностью «шокового легкого» является нарушение кровотока в легочных капиллярах, обусловленное скоплением в них агрегатов клеток, сгустков фибрина, микроэмболов другого генеза с образованием препятствий кровотоку в микрососудах и резким замедлением скорости кровотока. Это, в свою очередь, приводит к нарушению метаболизма в легочной паренхиме, сопровождающегося ее интерстициальным отеком, правожелудочковой недостаточностью и тяжелым нарушением газообмена вследствие изменений вентиляционно-перфузионного отношения в легких (см. ниже). Клинически синдром «шокового легкого» проявляется тяжелой одышкой, кашлем с мокротой (с примесью крови), мелкопузырчатыми и крепитирующими хрипами. Отмечается выраженный цианоз, который не ослабляется даже интенсивной оксигенацией. Рентгенологически выявляется диффузное (чаще всего «пятнистое», в форме хлопьев снега) двустороннее нарушение прозрачности легочных полей. К этому обычно присоединяются расстройства периферического кровообращения в большом круге, нарастание правожелудочковой и развитие левожелудочковой недостаточности. Синдром «шокового легкого» нередко не диагностируется правильно и определяется как двусторонняя сливная пневмония, начинающийся отек легких и т. п.

Исходя из механизмов расстройств легочного газообмена, целесообразно рассматривать две основные разновидности ОДН — вентиляционную и паренхиматозную.

Вентиляционная ОДН бывает обусловлена недостаточной вентиляцией всей газообменной зоны легких, что нарушает оксигенацию крови и выведение углекислого газа из организма. К вентиляционной ОДН приводят различные нарушения проходимости дыхательных путей, нарушения центральной регуляции дыхания, функциональная недостаточность дыхательных мышц, значительные нарушения биомеханики дыхания и т. п. Она проявляется артериальной гипоксемией и гиперкапнией.

Паренхиматозная ОДН развивается при несоответствии между вентиляцией и кровообращением в различных отделах легочной паренхимы и проявляется, в первую очередь, артериальной гипоксемией. Возникающая при этом компенсаторная гипервентиляция газообменной зоны легких может приводить к избыточному выведению углекислого газа, и поэтому артериальная гипоксемия при паренхиматозной ОДН нередко сочетается с гипокапнией. К развитию паренхиматозной

ОДН ведут различные нарушения функций легочной паренхимы и кровотока в легочных капиллярах, которые могут быть следствием воспалительных и опухолевых процессов, травмы легочной ткани, аспирационного синдрома Мендельсона, синдрома «шокового легкого» и т. п. Разумеется, в практической лечебной работе нередко приходится встречаться с сочетанием вентиляционных и паренхиматозных расстройств газообмена, и все же преобладание той или иной разновидности ОДН необходимо учитывать при проведении направленной терапии.

Основные проявления нарушений газообмена — гипоксемия и гиперкапния. На их предупреждение и устранение и должна быть направлена интенсивная терапия при острых расстройствах дыхания. Нередко гипоксемия развивается параллельно с гиперкапнией, но механизм их отрицательного влияния на организм больного различен. При легочном генезе ОДН главенствующую роль играет гипоксемия, причем при острой тяжелой гипоксемии смерть может наступить в течение нескольких минут. При хронической дыхательной недостаточности гипоксемия может иметь меньшее значение, а на первое место выходит гиперкапния, приводящая к ацидозу. При медленном развитии гиперкапнии клинические проявления дыхательных расстройств существенно отличаются от гипоксемии.

При дыхании кислородом или газовыми смесями, содержащими более 60 % кислорода, но в условиях гиповентиляции гиперкапния может возникать и без сопутствующей гипоксии. Это важное обстоятельство необходимо учитывать при использовании кислорода в лечении дыхательных нарушений.

Снабжение организма кислородом зависит от многих факторов, которые могут быть разделены на четыре группы. В зависимости от их характера рассматривают и четыре основные разновидности гипоксии: гипоксическую, гемодинамическую (циркуляторную), гемическую и гистотоксическую (тканевую).

Гипоксическая гипоксия обусловлена различными нарушениями поступления кислорода в кровь, протекающую по альвеолярным капиллярам. Это означает, что гипоксическая гипоксия является следствием недостатка поступления кислорода в организм извне. Причинами такой гипоксии могут быть нарушения проходимости дыхательных путей, гиповентиляция любого происхождения, низкое парциальное давление кислорода во вдыхаемом и альвеолярном воздухе и, реже, существенное нарушение проницаемости альвеолярных мембран. Перечисленные обстоятельства приводят к гипоксемии, которая в дальнейшем и обуславливает тяжесть гипоксии.

Гемодинамическая гипоксия, как говорит само название, связана с нарушениями кровообращения, так как нормальный газообмен в легких возможен только при строго определенном соотношении минутного объема альвеолярной вентиляции и объемного кровотока по альвеолярным капиллярам. Соотношение «вентиляция : кровоток» (вентиляционно-перфузионный коэффициент) в нормальных физиологических условиях составляет 4 : 5 (0,8). Замедление кровотока тотчас изменяет это абсолютно необходимое для нормального газообмена соотношение и приводит к циркуляторной гипоксемии и гипоксии.

Гемическая гипоксия бывает обусловлена нарушениями кислородной емкости крови, т. е. нарушениями транспорта кислорода от легких к тканям, осуществляемого кровью. Главным переносчиком кислорода при этом является гемоглобин (1 г гемоглобина в нормальных условиях способен связывать в легких и транспорти-

ровать тканям 1,34 мл кислорода), но некоторое весьма незначительное в нормальных условиях количество кислорода переносится и в состоянии его физического растворения в жидкой фракции крови. При нарушении транспортной функции гемоглобина (например, при отравлении угарным и бытовым газом, а также метгемоглобинообразующими веществами) к тканям не доставляется достаточное количество кислорода и развивается гемическая гипоксия. Наиболее частой разновидностью такой гипоксии является анемическая гипоксия, при которой гемоглобин не изменен, но количество эритроцитов, обеспечивающих транспорт кислорода, предельно снижено.

Гистотоксическая (тканевая) гипоксия возникает при нарушениях газообмена на уровне тканей и развивается, в частности, при отравлении некоторыми ядами (например, цианидами), которые блокируют цепи дыхательных ферментов, что приводит к нарушениям утилизации кислорода тканями.

Эти основные сведения о путях нарушений кислородного снабжения организма необходимы для правильного патогенетического подхода к интенсивной терапии ОДН, успех которой закладывается уже на догоспитальном этапе. Легко заметить, что каждая из перечисленных разновидностей гипоксии требует соответствующей и своеобразной методики лечения. Приведенная классификация гипоксических состояний является общепринятой и целесообразной с практической точки зрения.

Для выявления характера и степени выраженности нарушений газообмена при ОДН в условиях стационара большое значение имеет определение парциального напряжения кислорода и углекислого газа в артериальной крови (PaO_2 и PaCO_2). И хотя на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи применение таких лабораторных методов в настоящее время практически невозможно, врачам скорой помощи целесообразно иметь представление о возможных изменениях показателей газового состава крови при ОДН.

При дыхании атмосферным воздухом в нормальных условиях PO_2 в артериальной (PaO_2) или смешанной капиллярной крови составляет приблизительно 100 мм рт. ст. При этом насыщение гемоглобина крови кислородом достигает 97,4 %. В случае снижения PaO_2 до 12,0 кПа (90 мм рт. ст.) содержание оксигемоглобина снижается всего до 96,5 %, а при PaO_2 10,6 кПа (80 мм рт. ст.) — до 94,5 %. Критическая ситуация возникает только при дальнейшем снижении PaO_2 , которое сопровождается и снижением концентрации оксигемоглобина: соответственно при 70 мм рт. ст. — до 92,7 %, а при 8,0 кПа (60 мм рт. ст.) — до 89 %.

Таким образом, снижение PaO_2 до 10,6 кПа относительно безопасно, но далее явления недостаточности насыщения гемоглобина кислородом нарастают очень быстро, так как химическая ассоциация кислорода с гемоглобином находится не в линейной, а в логарифмической зависимости от PaO_2 . В противоположность этому физическое растворение кислорода в плазме крови прямо пропорционально PaO_2 . Правда, абсолютное количество растворенного в крови кислорода в нормальных условиях очень невелико. Так, при PaO_2 100 мм рт. ст. в 1 л крови физически растворяется всего 3 мл кислорода, а при PaO_2 200 мм рт. ст. — в 2 раза больше, т. е. 6 мл. Для того чтобы количество растворенного кислорода было достаточным для удовлетворения потребности организма, необходимо, чтобы в каждом литре крови транспортировалось в растворенном виде не менее 60 мл кислорода. Это может быть

получено только при PaO_2 , равном примерно 2000 мм рт. ст.. Такие условия создаются при гипербарической оксигенации (ГБО) организма под давлением примерно 3 атм. Данный принцип и используется для интенсивной терапии развитием различных вариантов гипоксии.

Признаки ОДН разнообразны и зависят от причин, обуславливающих это состояние.

В литературе чаще всего пишут о четырех признаках, характеризующих ОДН, — это одышка, снижение напряжения кислорода в артериальной крови, повышение в ней напряжения углерода диоксида и снижение pH — показателя концентрации ионов водорода. Однако на догоспитальном этапе определение указанных лабораторных показателей невозможно, и поэтому диагностика ОДН должна основываться только на ее клинических проявлениях.

Это прежде всего, как уже упоминалось, одышка, сочетающаяся с нарушениями кровообращения и психомоторным возбуждением, выраженность которых обусловлена тяжестью дыхательной недостаточности.

Характер нарушений дыхания зависит от причины, вызывающей ОДН.

При нарушении проходимости дыхательных путей развивается *стридорозное* дыхание — шумное, хриплое, свистящее, слышное на расстоянии. Охриплость и даже потеря голоса могут быть следствием повреждения гортани или гортанного возвратного нерва.

При развитии пневмоторакса дыхательные шумы на стороне поражения ослаблены или отсутствуют, здесь же определяется громкий тимпанический перкуторный звук; при гемотораксе на фоне ослабления дыхания перкуторный звук становится тупым. Ателектаз легких также характеризуется ослаблением или отсутствием дыхательных шумов и притуплением перкуторного звука; органы средостения в этом случае могут смещаться в сторону пораженного легкого.

Признаком ОДН может быть и изменение цвета кожи — развитие цианоза. Однако цианоз не всегда является обязательным и достоверным признаком ОДН. С одной стороны, цианоз не проявляется при анемии и выраженной кровопотере, а с другой, он может быть выражен и при отсутствии ОДН — у больных с полицитемией. Это обусловлено тем, что появление цианоза зависит от количества неокисленного (восстановленного) гемоглобина. При избытке гемоглобина высокое содержание его восстановленной формы может быть достаточным для проявления цианоза и в нормальных условиях, а при недостатке — он не выявляется даже при тяжелой ОДН. Лучше всего выраженность цианоза может быть определена путем сравнения цвета кожи больного и своей собственной кожи.

При тяжелой ОДН кожа становится бледно-серой (землистый цианоз), холодной, покрывается липким потом. При отравлениях препаратами синильной кислоты или углерода оксидом кожа остается розовой даже при тяжелом нарушении газообмена.

Признаки ОДН и степень их выраженности зависят как от причин, обуславливающих это состояние, так и от тяжести дыхательных нарушений. В современной литературе приводятся различные характеристики ОДН. Наиболее приемлемой при оказании скорой помощи представляется классификация, в соответствии с которой выделяются три степени тяжести ОДН:

I степень характеризуется субъективными ощущениями нехватки воздуха, проявлениями беспокойства, эйфоричностью; кожа становится влажной, бледной;

появляется легкий акроцианоз. Частота дыханий возрастает до 25-30 в 1 мин. Регистрируются умеренная тахикардия и артериальная гипертензия. При исследовании газового состава крови, что может быть осуществлено только в стационаре, напряжение кислорода в артериальной крови снижается до 70 мм рт. ст.; напряжение же углекислого газа может колебаться: при гипервентиляции оно может быть снижено, при угнетении дыхания — несколько повышено.

II степень вначале проявляется психомоторным возбуждением; могут появляться спутанность сознания, бред и галлюцинации. Кожа становится выражено цианотичной, слизистые оболочки гиперемированы. Одышка возрастает до 30–40 в 1 мин; в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура; частота сердечных сокращений достигает 120–140 в 1 мин. Возрастает артериальная гипертензия, которая постепенно может переходить в гипотонию. PaO_2 снижается до 60 мм рт. ст.; PaCO_2 возрастает до 45–50 мм рт. ст.

III степень характеризуется прогрессирующим угнетением сознания вплоть до развития глубокой комы. Возможно развитие тонико-клонических судорог. Распространенный цианоз приобретает пятнистый характер с серым оттенком. Дыхание становится очень частым, поверхностным; возможен переход на брадипноэ. Пульс аритмичный, артериальное давление быстро снижается. PaO_2 падает (до 40 мм рт. ст. и ниже), PaCO_2 — резко возрастает.

Лечение больных с острой дыхательной недостаточностью включает в себя обеспечение проходимости дыхательных путей, восстановление дренажных функций легких, кислородную терапию, вспомогательную или искусственную вентиляцию легких, а также меры, направленные на восстановление нормального кровообращения и обменных процессов.

Восстановление проходимости дыхательных путей достигается различными способами — в зависимости от уровня обструкции, субстрата, ее вызывающего, и степени нарушения сознания пострадавшего.

Если больной находится в бессознательном состоянии, то наиболее частой причиной нарушения проходимости дыхательных путей является западение языка. В этом случае необходимо применить тройной прием Сафара — запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть вперед и вверх нижнюю челюсть так, чтобы нижние резцы были выше верхних (рис. 6.1). При этом корень языка поднимается, освобождая вход в гортань.

Разгибание позвоночника в шейном отделе нельзя применять у пострадавших с травмой черепа и шейного отдела позвоночника, так как при этом может усиливаться повреждение головного или спинного мозга.

Съемные зубные протезы необходимо удалить. Вода, рвотные массы удаляются с помощью обернутого материей (бинт, марля) пальца или любым отсосом.

Если после этого самостоятельное дыхание не восстанавливается, то дальнейшее поддержание проходимости дыхательных путей может быть обеспечено приданием больному устойчивого бокового положения, введением ротового или носового воздуховода, а также интубацией трахеи.

Устойчивое боковое положение не требует никаких специальных приспособлений. Голова больного запрокидывается назад и кверху и размещается на собственной кисти больного (рис. 6.2). При этом исключается возможность западения языка и значительно снижается опасность аспирации рвотных (регургитационных)

масс. Предпочтительным является положение на правом боку, так как в этом случае желудок перегибается и истечение из него содержимого затрудняется. Однако допустимо и положение на левом боку.

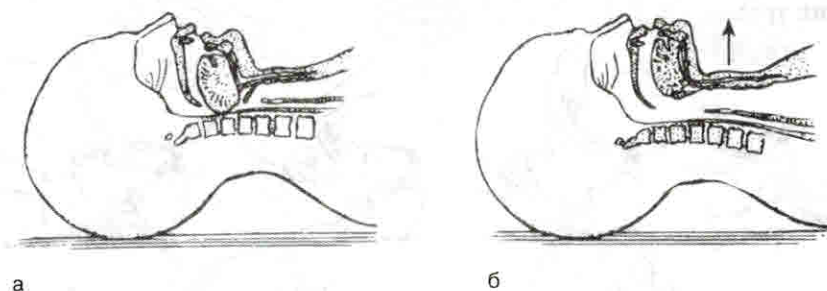


Рис. 6.1. Схема дыхательных путей при положении больного, находящегося без сознания, на спине: а — западение языка; б — выведение нижней челюсти поднимает язык и надгортанник

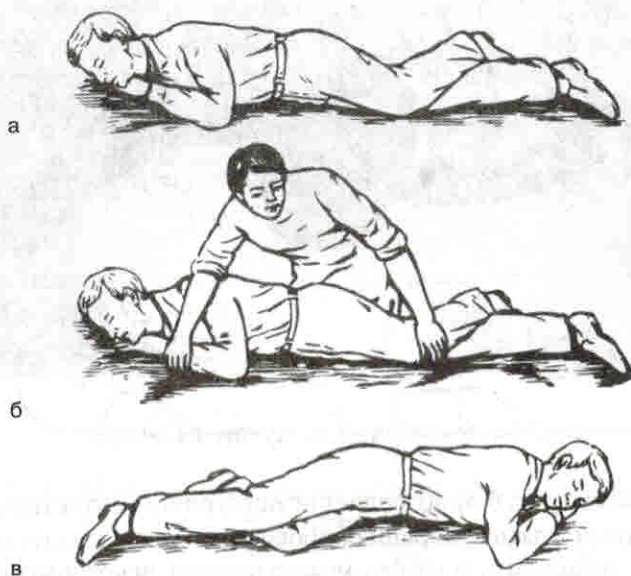


Рис. 6.2. Устойчивое боковое положение: а — на правом боку; б — положение оказывающего помощь; в — на левом боку

Введение воздуховода также предупреждает западение языка. Используются резиновые или пластмассовые воздуховоды, размеры которых должны соответствовать размерам дыхательных путей. Наиболее просто вводить ротовой воздуховод (рис. 6.3), но можно использовать и назофарингеальные воздуховоды различных модификаций, вводимые через нижний носовой ход. Целесообразно применять

Неотложные состояния при поражениях нервной системы

Виленский Б. С., Случек Н. И.

Неотложные состояния вследствие поражений нервной системы наблюдаются у 3–10% общего числа госпитализированных больных. В подавляющем большинстве случаев первая помощь данной категории пациентов оказывается медицинским персоналом, не имеющим специальной неврологической подготовки (врачи линейных бригад скорой помощи и отделений неотложной помощи, участковые терапевты, а иногда фельдшера), в связи с чем нередко допускаются диагностические ошибки и не полностью используются возможности современных методов лечения.

Главная особенность остро возникающей неврологической патологии — быстрое нарушение функций не только нервной системы но и других органов и систем, и, прежде всего — дыхания и кровообращения, а также нарушение гуморального гомеостаза, грубые нарушения черепной иннервации, моторики, координации и чувствительности. Остро развивающиеся поражения спинного мозга характеризуются резкими нарушениями движений нижних, а иногда и верхних конечностей изменениями чувствительности и нарушением функции тазовых органов.

Таким образом, неотложные состояния неврологического профиля отличаются быстрым и часто одновременным нарушением ряда функций организма. Прогноз нередко определяется объемом оказанной экстренной помощи, направленной прежде всего на нормализацию жизненно важных функций — дыхания и кровообращения.

Диагностика и терапия неотложных состояний вследствие ряда первичных поражений ЦНС и неврологических осложнений при различных интоксикациях и заболеваниях внутренних органов осуществляется врачами многих специальностей. Однако наибольшие трудности при решении диагностических и лечебных задач испытывает врач, оказывающий первую помощь. Клиническая картина неотложных состояний неврологического профиля своеобразна и их диагностика на догоспитальном этапе нередко сопряжена со значительными трудностями. Определить конкретную их причину — сложная задача.

Течение и продолжительность неотложных состояний зависят от причины, вызвавшей заболевание, и индивидуальных особенностей пациента. Рекомендации относительно того, что за неотложное состояние следует принимать «первые дни болезни» или «острый период заболевания», неоправданны как не отражающие сущность понятия «неотложное состояние», ибо оно может закончиться смертью.

или регрессировать. Исход во многом зависит от объема и качества оказываемой помощи. Состояние, расцениваемое как «неотложное», — этап заболевания, на протяжении которого нарастают или стойко сохраняются выраженные нарушения витальных функций и/или жизненно опасные неврологические расстройства, чреватые гибелью.

Термином неотложное состояние определяется современная точка зрения неврологов на принципы организации помощи при остро развивающихся поражениях головного и спинного мозга.

Клинические формы неотложных состояний неврологического профиля.

1. Острые нарушения мозгового кровообращения — ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, субарахноидальное кровоизлияние, острая гипертоническая энцефалопатия.
2. Посттравматические внутричерепные гематомы вследствие своевременно нераспознанной закрытой черепно-мозговой травмы, проявляющейся после «светлого промежутка» между травмой и появлением признаков поражения мозга.
3. Острые воспалительные заболевания мозга и его оболочек — менингиты, менингоэнцефалиты, субдуральная эмпиема, эпидуральный абсцесс.
4. Тромбоз мозговых вен и синусов твердой мозговой оболочки.
5. Экзогенные интоксикации с резким преобладанием неврологической патологии — отравления этиловым и метиловым спиртами, острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике, отравления анальгетиками, снотворными, атропином и атропинсодержащими препаратами, антигистаминными препаратами, психотропными средствами, хлоридами углерода, углерода монооксидом (угарным газом), антихолинэстеразными веществами и препаратами, этиленгликолем, цианидами.
6. Острая неврологическая патология при метаболических нарушениях — декомпенсация диабета, острые нарушения функции почек, печени, надпочечников и щитовидной железы, острая интермиттирующая порфирия, острый панкреатит.
7. Остро возникающие состояния обездвиженности — миастенические кризы и миастенические синдромы, миоплегия и миоплегические синдромы.
8. Остро манифестирующие опухоли и абсцессы головного мозга.
9. Эпилептический синдром — эпилептический статус, часто повторяющиеся серии судорожных припадков.
10. Острые инфекционно-аллергические заболевания нервной системы — острый полирадикулоневрит Гийена-Барре, острый рассеянный энцефаломиелит, поствакцинальные энцефалиты.
11. Злокачественный нейролептический синдром.
12. Ботулизм.
13. Столбняк.
14. Мигренозный статус. Мигренозный инсульт. Симптоматические формы мигрени.
15. Псевдоинсульт — различные формы соматической патологии и нейроинфекций, имитирующие клиническую картину инсульта.

16. Поражения спинного мозга — первичные и дисциркуляторно-компрессионные.

Необходимо подчеркнуть, что ряд перечисленных выше патологических процессов требует экстренной нейрохирургической помощи, а именно осложнения закрытой черепно-мозговой травмы (внутричерепные гематомы), некоторые формы цереброваскулярной патологии (доступные хирургическому вмешательству разорвавшиеся аневризмы, латеральные «спонтанные» гематомы), остро проявляющиеся опухоли и абсцессы мозга, некоторые остро развивающиеся спинальные патологические процессы. В подавляющем большинстве случаев пациентам с острой нейрохирургической патологией первичная помощь оказывается врачами скорой помощи. Таких больных после установления диагноза госпитализируют в нейрохирургические отделения.

Принципы организации помощи и врачебная тактика при неотложных состояниях

В нашей стране функционирует двухэтапная (догоспитальный и стационарный) система последовательной помощи пациентам с неотложными неврологическими состояниями.

На догоспитальном этапе первую помощь оказывают врачи линейных бригад скорой помощи, участковые терапевты, а в крупных городах — специализированные бригады скорой помощи (неврологические, токсикологические, кардиологические, реанимационно-хирургические и другие). На втором этапе — стационарном — лечение осуществляется в больницах скорой помощи, многопрофильных больницах, медико-санитарных частях, имеющих реанимационные и специализированные отделения различного профиля (неврологические, нейрохирургические, нейротравматологические, токсикологические и др.), а в сельской местности — в крупных центральных районных больницах. На базе этих лечебных учреждений может быть оказана необходимая комплексная помощь с использованием современных диагностических и лечебных методов.

Первоочередные мероприятия догоспитального этапа:

1. Выявление нарушений дыхания, кровообращения и принятие мер к их экстренной коррекции. При эпилептическом статусе или часто повторяющихся судорожных припадках — введение противосудорожных средств;
2. На основании диагноза или ведущего синдрома определить, нуждается ли пациент в экстренной нейрохирургической помощи;
3. При наличии в городе специализированных отделений, расположенных в различных лечебных учреждениях, определить профиль госпитализации исходя из диагноза или преобладающего синдрома.

На догоспитальном этапе врач непосредственно на месте оказания первой помощи за минимально короткий срок должен сориентироваться в обстоятельствах заболевания: собрать анамнез у больного, опросить (если это возможно) родных, близких или свидетелей, выяснить обстоятельства и провести обследование. В подобных условиях чрезвычайно важно четко спланировать процесс экспресс-диагностики и ограничиться минимумом неотложных лечебных мероприятий, необходимых до транспортировки в стационар. Все больные с неотложными состояни-

ями, возникшими на улице или в общественных местах, подлежат экстренной госпитализации.

Внедрение в практику современных достижений интенсивной терапии способствует постепенному сужению круга противопоказаний к транспортировке в стационар больных, у которых неотложные состояния развились дома. Овладение врачами скорой помощи основными реанимационными приемами и оснащение бригад портативной дыхательной аппаратурой, а также необходимыми медикаментами обеспечивает возможность корректировать нарушения дыхания и кровообращения, как на месте оказания первой помощи, так и во время транспортировки больных в стационар.

Пациентов в состоянии комы при должном реанимационном обеспечении следует экстренно транспортировать в стационар. Такая тактика обоснована тем, что в ряде случаев коматозные состояния (в частности, вызванные отравлениями) обратимы, а быстрая и щадящая транспортировка, как правило, не ухудшает состояния больных. Меры по нормализации дыхания и кровообращения предпринимают незамедлительно, непосредственно на месте оказания первой помощи (догоспитальный этап) и продолжают выполнять в наиболее полном объеме в стационаре. Коррекция нарушений функций мозга и других органов осуществляется в основном в лечебных учреждениях.

Отметим, что врачи, оказывающие первую помощь, но не имеющие специальной неврологической подготовки, не должны назначать препараты, о действии которых у них нет достаточно четкого представления. Если первую помощь оказывают неврологи или врачи, прошедшие специальную подготовку, то они имеют право (по соответствующим показаниям) вводить препараты для лечения отека мозга и вазоактивные лекарства.

В зависимости от причин, вызывающих неотложные состояния, интенсивная терапия может носить медикаментозный («консервативный») характер, либо необходимо экстренное нейрохирургическое вмешательство. Медикаментозная терапия может быть дополнена (по показаниям) интубацией, трахеостомией, ИВЛ, рядом инвазивных манипуляций, в том числе внутриартериальным, внутривенным, эндолюмбальным введением лекарств, длительной катетеризацией мочевого пузыря, введением зонда в желудок и др.

Не существует единых, стандартных схем интенсивной терапии, но разработаны ее общие принципы и направления. Определяемая конкретной клинической ситуацией интенсивная терапия может проводиться в двух направлениях.

1. Применение методов, обеспечивающих поддержание жизненно важных функций и/или гомеостаза. При этом используют приемы интенсивной респираторной терапии, проводится коррекция водного и электролитного баланса, кислотно-основного состояния. Вводят препараты, купирующие или предупреждающие развитие отека мозга, и неспецифические десенсибилизирующие средства. Данная форма интенсивной терапии применяется при заболеваниях, специфического лечения которых не существует (полиомиелит, тяжелые формы вирусных энцефалитов и др.).
2. Сочетание перечисленных выше методов терапии с этиотропным лечением или препаратами, активно влияющими на патогенетические механизмы. Не-

которые из компонентов медикаментозной интенсивной терапии назначают на догоспитальном этапе, на месте оказания первой помощи.

Эффективность интенсивной терапии во многом определяется ее динамичностью, то есть соответствием проводимых мероприятий изменяющемуся состоянию больного.

Система помощи при неотложных состояниях

Особенности диагностики и терапии неотложных состояний.

1. Оказание помощи в возможно более короткий срок от момента заболевания.
2. Обследование необходимо начинать с определения состояния жизненно важных функций — дыхания и кровообращения.
3. При резкой выраженности нарушений жизненно важных функций и эпилептическом статусе обследованию должны предшествовать соответствующие неотложные лечебные мероприятия. В зависимости от конкретной ситуации обследование, направленное на выяснение причин неотложного состояния, проводят одновременно с экстренной терапией или немедленно после ее завершения.
4. В силу своеобразия клинической характеристики некоторых неотложных состояний (невозможность собрать анамнез, быстрое прогрессирование нарушений функций ряда органов и систем) нередко сразу поставить диагноз нельзя, поэтому при неотложных состояниях допустима и оправдана первоначальная синдромологическая диагностика.
5. Конкретные схемы обследования и очередность диагностических процедур определяются клинической характеристикой неотложного состояния, собранным объемом информации об обстоятельствах заболевания и техническим оснащением для проведения лабораторных и инструментальных исследований на догоспитальном этапе.
6. В зависимости от конкретной клинической ситуации используются различные приемы врачебной тактики:
 - а) исходя из степени опасности для жизни обнаруживаемых нарушений и характера необходимых лечебных мероприятий, больных подразделяют на три категории:
 - нуждающихся в безотлагательной интенсивной терапии в связи с нарушением жизненно важных функций и наличием эпилептического статуса;
 - нуждающихся в нейрохирургических вмешательствах;
 - нуждающихся в медикаментозной интенсивной терапии;
 - б) пациентов дифференцируют в зависимости от преимущественной локализации патологического процесса (повреждение полушарий, ствола мозга или и мозжечка либо же токсико-метаболические поражения, характеризующиеся симметричными нарушениями в полушариях и одновременным угнетением функций ствола мозга).
7. В тех случаях, когда первоначально возможна лишь синдромологическая оценка неотложного состояния, обследование должно предусматривать выяснение состояния основных органов и систем, поскольку причиной ряда неврологических

нарушений могут служить самые различные экстрацеребральные патологические процессы. Иногда необходимо выяснить, какой патологический процесс является причиной неотложного состояния — острый или хронический.

8. В результате обследования должны учитываться клинические проявления (синдромы), обусловленные:

- а) основным патологическим процессом, вызвавшим неотложное состояние;
- б) соматоневрологическим фоном, на котором развилось неотложное состояние (текущее заболевание или инфекция; остаточные проявления ранее перенесенных заболеваний и травм; хронические заболевания внутренних органов или мозга; возрастные изменения, хронические интоксикации);
- в) действием ранее назначавшихся лекарств или применявшихся лечебных мероприятий.

Для обеспечения четкой преемственности диагностических и терапевтических мероприятий на догоспитальном этапе и в стационаре, все данные о пациенте необходимо тщательно документировать, обращая особое внимание на динамику состояния больного в период его наблюдения на догоспитальном этапе помощи и на степень эффективности проводившейся терапии.

Основные принципы обследования больных

При обследовании больных с неотложными состояниями действия врача должны быть максимально четкими. При сборе анамнеза и контакте с лицами, которым известны обстоятельства заболевания, врач должен активно выявлять интересующие его сведения. В первую очередь нужно получить сведения, относящиеся непосредственно к данному заболеванию, и факты, имеющие прямую связь с ним. Главная задача врача — правильно вести опрос, одновременно в тактической форме отвергая, посторонние, не относящиеся к делу сведения. Необходимо также максимально использовать все имеющиеся в распоряжении врача средства для полного обследования с учетом степени тяжести состояния больного.

Единственный тактический принцип, позволяющий избежать диагностических ошибок — четко спланированное в зависимости от характера патологического процесса обследование пациента, сочетаемое с неотложными лечебными мероприятиями.

С деонтологической точки зрения, при неотложных состояниях особенно опасна диагностика «по первому впечатлению». Обычно такой диагноз основан на переоценке значимости какого-либо одного или нескольких симптомов, доминирующих в клинической картине. Недопустимо, исходя из первого впечатления о больном, прекращать дальнейшее обследование. Возникающие при этом диагностические ошибки чаще всего имеют место при выраженном алкогольном опьянении. В подобных случаях безосновательно предполагается, что именно оно является единственной причиной нарушения сознания или судорожного синдрома. В действительности не исключено сочетание проявлений сильной алкогольной интоксикации с патологическими процессами, требующими экстренных вмешательств (нейрохирургической операции, активной дезинтоксикации и др.). Таким образом, при всех неотложных состояниях необходимо планомерное и завершенное комплексное обследование, обеспечивающее возможность обнаружения различных заболеваний, травм и интоксикаций.

Важность динамического наблюдения за состоянием больного после завершения обследования несомненна. Она обусловлена быстрым изменением клинических проявлений при неотложных состояниях. Приходится учитывать возможность как положительной динамики в результате проводимого лечения, так и ухудшения состояния больного.

Итак, генеральная тактика при неотложных неврологических состояниях — активный врачебный контроль за состоянием больного, комплексная терапия имеющихся нарушений и профилактики возможных осложнений (ухудшений).

Из-за недостатка информации о больном в практике оказания экстренной помощи при неотложных состояниях вначале нередко ограничиваются установлением характера основного, преобладающего по выраженности синдрома — синдрома, определяющего тяжесть состояния больного и требующего экстренных лечебных мероприятий. Установление характера основного синдрома часто именуют «синдромологическим диагнозом». Разница между болезнью и синдромом аналогична таковой между сущностью и явлением. Но, учитывая специфические особенности неотложных состояний (необходимость предпринять максимум усилий для оказания неотложной помощи при минимуме информации о больном), синдромологическая характеристика при этом оправдана.

Синдромологический диагноз — первая диагностическая гипотеза, на основе которой осуществляется экстренная терапия и формируется план дальнейшего обследования для выяснения причин и условий возникновения синдрома, т.е., для установления окончательного диагноза.

В практике неотложной неврологии указанный патофизиологический феномен представлен двумя наиболее часто встречающимися синдромами — угнетенным или измененным сознанием и синдромом острого повышения внутричерепного давления. Нередко к ним присоединяется судорожный синдром. Они наблюдаются при остро возникающей неврологической патологии самого различного генеза (черепно-мозговая травма, инсульт, остро проявляющиеся опухоли мозга, инфекционные и интоксикационные поражения ЦНС). Реже выявляется такой тип общепатологической реакции, как повышение температуры тела. Гипертермия может возникать вследствие разных причин — непосредственного поражения гипоталамических структур или рефлекторной их раздражительностью, проявлениями инфекции и др.

Обследование с целью выяснения характера патологического процесса предусматривает учет двух важных обстоятельств.

1. Клиническая картина неотложных состояний часто обусловлена сочетанием двух или нескольких синдромов, непосредственно вызванных внутричерепной патологией. Например, коматозное состояние и судорожный синдром при внутричерепной гематоме; синдром угнетенного сознания и синдром поражения ствола мозга при обширных геморрагических очагах или опухолях, вызывающих ущемление височной доли в вырезку намета мозжечка.
2. Клиническая картина неотложных состояний нередко обусловлена сочетанием синдромов, развивающихся в результате соматических заболеваний или интоксикации, и вторичных неврологических поражений. Например, геморрагическая сыпь, высокая температура тела, низкое артериальное давление и коматозное состояние с оболочечным синдромом при менингококковой

инфекции; выраженная гипогликемия и синдром угнетенного сознания при острой декомпенсации диабета; мерцательная аритмия и острая сердечная недостаточность в сочетании с угнетенным сознанием и бульбарным синдромом вследствие острой ишемии ствола мозга (стволовом инсульте) при выраженном атеросклерозе.

Фактором, определяющим исход заболевания в практике неотложной неврологии, является оказание срочной лечебной помощи. Поэтому в подавляющем большинстве случаев экстренные терапевтические мероприятия, направленные, прежде всего на коррекцию нарушения жизненно важных функций, осуществляются одновременно с диагностическими процедурами.

В зависимости от конкретной клинической ситуации объем и направленность лечения могут быть различными. В случае непосредственной угрозы жизни больного с неустановленным диагнозом, но ярко выраженным синдромом, предпринимаются экстренные меры по купированию (коррекции) указанного синдрома, используются симптоматические средства; диагноз, установленный в кратчайший срок, предполагает назначение соответствующей патогенетической терапии и необходимых симптоматических средств.

Степень тяжести состояния больного к моменту, оказания ему медицинской помощи, зависит от ряда причин. Первостепенное значение имеют особенности развития самого патологического процесса («молниеносное», острое, постепенное) и промежуток времени от начала заболевания до оказания помощи. Названные обстоятельства в немалой мере влияют на прогноз и обуславливают различную врачебную тактику.

Сведения об обстоятельствах развития неотложного состояния

При неотложных состояниях выяснение обстоятельств патологического процесса имеет важнейшее значение. При некоторых формах неотложных состояний удается собрать достаточно полный анамнез, а при других приходится пользоваться косвенными и часто неточными, скудными сведениями. Информация, полученная непосредственно на месте оказания больному первой помощи, позволяет врачу сориентироваться в причинах случившегося и немедленно приступить к осуществлению экстренной интенсивной терапии.

Сбор информации относительно обстоятельств, проявлений и возможных причин заболевания подразумевает получение ответов на следующие вопросы:

1. Кто? 2. Где? 3. Когда? 4. Что произошло? 5. Из-за чего? 6. Что было раньше?

Такая схема опроса обеспечивает максимальную целенаправленность получаемых сведений при минимуме затраты времени (см. стр.610).

При непосредственном контакте с больным могут быть установлены сведения, не выявляемые ни инструментальными, ни лабораторными методами исследования. Анамнестические данные удается выяснить у большинства пациентов с остро возникающими гипокинетическими, оболочечными синдромами и синдромом острого повреждения спинного мозга. При опросе необходимо обратить самое серьезное внимание на факты, которым больные обычно не придают значения или которые легко забываются (особенно пожилыми людьми и лицами, сис-

тематически злоупотребляющими алкоголем). К таковым относятся нетяжелые травмы черепа и позвоночника без явных последствий; похожие состояния в прошлом, но меньшей выраженности; «мелкие» операции по поводу якобы доброкачественных опухолей; постоянный прием каких-либо лекарств. Эти сведения помогут врачу исключить (или подтвердить) неотложное состояние, обусловленное эпидуральной или субдуральной гематомой, развивающимся инсультом, остро проявляющейся метастатической опухолью головного мозга, передозировкой лекарственных препаратов.

- | | |
|--|---|
| 1. Личность заболевшего | Фамилия, имя, пол, возраст, род занятий |
| 2. Место заболевания | Дома, на улице, на работе, в общественном месте, в гостях и др. |
| 3. Время появления первых признаков заболевания | Минуты, часы, сутки от начала заболевания |
| 4. Признаки нарушений | Краткая характеристика имевшихся нарушений (параличи, судороги, потеря сознания, боли, рвота, повышение температуры тела, изменение пульса, дыхания, глотания и др.) |
| 5. Обстоятельства и ситуации, непосредственно предшествовавшие данному заболеванию | Явное злоупотребление алкоголем, травмы, тяжелые телесные повреждения, тяжелые психические потрясения, пребывание в больнице, заболевания, перенесенные без обращения к врачу (уточнить диагноз), перегревание, резкое ухудшение настроения, укусы насекомых, животных, прививки и т.п. |
| 6. Изменение состояния с момента начала заболевания до времени обследования | Краткое описание темпа развития и последовательности возникших нарушений — внезапное или постепенное начало, увеличение или уменьшение их выраженности. |
| 7. Лечебные меры, проводившиеся с момента заболевания до первого осмотра | Принятые лекарства (применявшиеся лечебные мероприятия) и степень их эффективности. |
| 8. Хронические недуги, которыми страдал до данного заболевания (назначавшиеся лекарства) | Диабет, психические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы и др. Названия применявшихся лекарств. |
| 9. Наличие в прошлом подобных состояний. | Время возникновения, признаки и симптомы заболеваний, (диагнозы), их продолжительность, требовалась ли стационарная помощь, чем закончились. |

Особенностью обследования больных с неотложными неврологическими состояниями является невозможность собрать полноценный анамнез. Такая ситуация возникает при нарушении сознания (кома, сопор, выраженное оглушение, эпилептические автоматизмы с сумеречным сознанием), нарушении речи (различные типы афазий, дизартрическая спутанность), нарушении памяти (после эпилептических припадков, при корсаковском синдроме, вследствие деменции).

Анамнез может быть вымышленным или крайне недостоверным у лиц с нарушениями психики. Больные истерией и психопатические личности нередко сообщают выдуманные, а иногда заведомо извращенные анамнестические сведения (в частности, в мотивах отравлений, характере и количестве принятых токсических веществ). Лица с тяжелыми формами психических заболеваний могут включать в рассказ о своем заболевании бредовые идеи (о попытках их убить, отравить и т.п.), излагать анамнез так, что у врача создается впечатление об остром развитии заболевания (тогда как в действительности имеет место длительно текущий патологический процесс).

Специфика неотложных состояний диктует необходимость скорейшего получения максимально достоверных сведений об обстоятельствах заболевания на месте первичного осмотра больного. При отсутствии анамнеза или невозможности его использования в полной мере нужно собрать самую подробную информацию о больном посредством опроса его родных, близких, а также и других лиц, находящихся с ним, и тщательного осмотра помещения или места, где пребывает больной, поиска и изучения медицинских документов и предметов, позволяющих выявить причину развития неотложного состояния.

Если больной в бессознательном состоянии обнаружен один в квартире и добыть сведения о том, как развилось заболевание неоткуда, врач должен оценить ряд обстоятельств. Прежде всего, следует обратить внимание на необычные запахи в помещении. Запах газа, открытые краны газовых аппаратов заставляют заподозрить утечку бытового газа. Сам по себе бытовой газ малотоксичен. Однако нередко лица, пытающиеся покончить, с собой принимают большие дозы снотворных или транквилизаторов, а затем открывают краны газовых аппаратов.

Необычный запах может указать на вероятность отравления (случайного или преднамеренного) средствами бытовой химии (моющие средства, пятновыводители, растворители), инсектицидами (средства для борьбы с домашними паразитами), гербицидами (средства для борьбы с сорняками и вредными растениями). Подтверждение тому — обнаруженные в комнате, где находится пострадавший, или в соседних помещениях (ванная, туалет, кладовая) сосуды, тюбики и пакеты из-под указанных химических средств. Об этом же свидетельствует соответствующий запах изо рта пострадавшего.

Если больной лежит на полу, значит, нарушение сознания у него развилось крайне быстро, если в постели — значит более постепенно или во время сна. Наличие и характер лекарств или пустых упаковок из-под них (снотворные, психотропные, сердечные, диабетические), найденных возле постели больного или в комнате, могут в определенной мере служить указанием на причину внезапно возникающего патологического процесса — отравления, острой сердечно-сосудистой недостаточности или диабетической комы.

Обнаружение остатков алкогольных напитков, суррогатов алкоголя и даже запах алкоголя изо рта никоим образом не должны расцениваться как доказательство того, что именно эти жидкости стали непосредственной и единственной причиной остро возникшего патологического состояния. Часто прием больших доз алкоголя провоцирует развитие гипогликемической комы и инсультов; лица в состоянии резкого опьянения могут получить тяжелые закрытые травмы черепа. Необходимо помнить о комбинированных интоксикациях — алкоголем и его суррогатами в сочетании с седативными, снотворными и психотропными препаратами.