

Таблица оценки тяжести состояния пациента (взрослый)

Общее состояние	ЦНС	СС система	Дых система	Температура тела
Удовлетворительное Болезнь при этом состоянии находится в стадии компенсации функций организма. Субъективные жалобы. Угрозы для жизни нет.	15 баллов по GSC. Активное бодрствование, полная и правильная ориентация в пространстве, времени, личности, развёрнутый продуктивный контакт.	АД 100-139/60-89 мм.рт.ст. При артериальной гипер- или гипотонии - привичные цифры ЧСС: 60-90'	ЧД 16 - 20 в мин., SpO2 95-99% Клинических признаков острой дыхательной недостаточности нет, необходимости в респираторной поддержке нет.	Температура до 38°С
Средней тяжести Болезнь протекает в стадии субкомпенсации основных функций организма. Субъективные жалобы. Непосредственной угрозы жизни в настоящее время нет.	14-12 баллов по GSC. В сознании, адинамичность, заторможенность, частичная дезориентация в пространстве, времени, личности, ограниченность и затруднённость речевого контакта.	АД сист. - 99-90 или > 140 мм.рт.ст. АД сред. > 65 мм.рт.ст. ЧСС: <60' или 91-120', Без признаков острой недостаточности кровообращения, осложнённого гипертонического криза, острых нарушений сердечного ритма	ЧД 12-16' или 21-36', SpO2 90-94%, Вынужденное положение, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры при компенсации основных показателей газового состава крови, которые не достигают границ, требующих респираторной поддержки.	Температура > 38°С и < 39,5°С
Тяжелое Болезнь протекает в стадии декомпенсации основных функций организма. Требуется протезирование витальных функций при отсутствии эффекта от лечения. Жалобы минимизированы. Без оказания медицинской помощи существует непосредственная угроза жизни	11-7 баллов по GSC. Патологическая сонливость, минимальная доступность речевого контакта / полное выключение сознания, невозможность речевого контакта, неподвижность при сохранении координированных защитных реакций.	АД сист. < 90 или > 140 мм.рт.ст., АД сред. < 65 мм.рт.ст. ЧСС < 60' или > 120', Признаки острой недостаточности кровообращения, осложнённого гипертонического криза, острых нарушений сердечного ритма. Необходимость в кардиотропной и вазопрессорной поддержке с положительным эффектом	ЧД 8-12' или 30-40', SpO2 85 - 89%, Уменьшение глубины дыхания, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры, артериальная гипертензия + стойкая тахикардия, нарушение сознания и психики (эйфория, сонливость, дезориентация, галлюцинации). Наличие критериев перевода на ИВЛ при отсутствии эффекта от кислородотерапии	Температура 39,5 - 40,9°С или 34 - 35°С
Крайне тяжелое Болезнь протекает в стадии глубокой декомпенсации основных функций организма, без срочной медицинской помощи больной погибнет. Жалобы минимизированы Требуется протезирование витальных функций	6-4 баллов по GSC. Появление патологических двигательных реакций и неврологических симптомов, дислокационный синдром	АД сист. < 90 мм.рт.ст. или АД сред. < 65 мм.рт.ст. ЧСС < 60' или > 120', Без эффекта от кардиотропной и вазопрессорной поддержки.	ЧД < 8' или > 40', Патологические дыхательные ритмы SpO2 < 85%, ИВЛ	Температура > 41°С и < 34°С
Терминальное Критический уровень декомпенсации основных функций организма с постепенным их исчезновением Жалобы отсутствуют Требуется замещение витальных функций	3 балла по GSC. Атония, арефлексия, признаки поражения ствола головного мозга	Отсутствие физикальных признаков сердечной деятельности (АД, пульс на периферических сосудах) с сохранением эффективного ЭКГ ритма	Парадоксальное дыхание, апноэ Невозможность достичь целевых показателей SpO2 > 90% при различных режимах ИВЛ и FiO2 равным 100%	Температура вариабельна

РЕЦЕНЗИЯ НА ПРОТОКОЛЫ ОКАЗАНИЯ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ

НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Краеугольным камнем современной интенсивной терапии является использование в своей клинической практике, в том числе и на амбулаторном этапе международных и национальных рекомендаций. Обоснованием тому, прежде всего, служит риск формирования быстро прогрессирующих органно-системных расстройств с развитием неблагоприятного исхода. В этих условиях принятие решения происходит в условиях дефицита времени, а цена ошибки видится неизмеримо более высокой. Наряду с этим следует принять во внимание существование разноречивых рекомендаций в отечественной литературе на уровне отдельных школ и кафедр высших учебных заведений и имеющиеся проблемы первичной и постдипломной подготовки в целом. В данной ситуации подготовка протоколов оказания реанимационной помощи на амбулаторном этапе выглядит крайне важной и необходимой. Коллеги из реанимационного отделения СМП города Екатеринбурга выполнили эту сложную задачу. Их внимание было обращено на 4 клинических состояния: гиповолемический, септический и анафилактический шок, состояние клинической смерти и одну наиболее распространённую медицинскую технологию – переводу на ИВЛ. Выбор избранных вариантов шока вполне справедлив, принимая во внимание существующую эпидемиологию шока. Подробное знакомство с документами делает необходимость внесения определённых терминологических и терапевтических корректив, что требует его высокий статус. В особенности это касается определения сепсиса и септического шока внедрённое в рутинную практику с 2016 года, роли ГКС и катехоламинов, что позволит обеспечить преемственность госпитального и до госпитального этапов оказания помощи. Таким образом, с внесёнными исправлениями клинические протоколы реанимационных состояний могут быть изданы и внедрены в практику работы реанимационных отделений СМП.

Заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии
токсикологии УГМУ, главный внештатный специалист ГУЗ Администрации Екатеринбурга,

профессор



В.А. Руднов

17.04.2018