

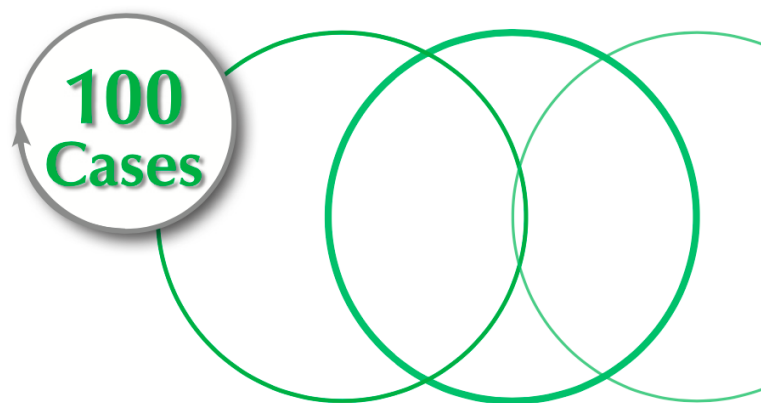
100
Ситуаций

В



Неотложной медицине и реаниматологии

Эмон Шамил, Прафул Рави
и Дипак Мисти



in Emergency Medicine and Critical Care

В книге «100 клинических случаев в неотложной и реанимационной медицине» представлено сто реальных примеров – «кейсов» – по диагностике и лечению острых, потенциально жизнеугрожающих состояний. Каждая глава описывает наиболее типичные ситуации в практике врача скорой помощи и анестезиолога-реаниматолога, включает анамнез, результаты обследований и пошаговый клинический разбор. Авторы сфокусировались на главных принципах оказания неотложной помощи и интенсивной терапии: быстром определении диагноза, понимании патофизиологических механизмов и рациональном выборе лечения. Пособие охватывает широкий спектр состояний – от инфаркта миокарда и дыхательной недостаточности до сепсиса и проблем в психиатрии. Издание ориентировано на врачей-интернов, студентов-медиков, практикующих терапевтов, а также сотрудников приёмных отделений и реанимационных подразделений. Благодаря структурированному изложению и форматам «обучения на примере» читатель может укрепить базовые знания и быстрее сориентироваться в экстренной ситуации, улучшая качество и безопасность медицинской помощи.



CRC Press

Taylor & Francis Group

Boca Raton London New York

CRC Press is an imprint of the
Taylor & Francis Group, an **informa** business

CRC Press

Taylor & Francis Group

6000 Broken Sound Parkway NW, Suite 300

Boca Raton, FL 33487-2742, США

© 2018 Taylor & Francis Group, LLC

CRC Press является подразделением Taylor & Francis Group, компании Informa

Международный стандартный книжный номер (ISBN-13): 978-1-139-03547-8 (мягкая обложка)

Данное издание содержит информацию, полученную из достоверных, авторитетных источников. Несмотря на все усилия по обеспечению точности и полноты представленных данных, ни автор(ы), ни издатель не несут юридической ответственности за возможные ошибки или упущения. Издательство также считает необходимым уточнить, что мнения, выраженные отдельными редакторами, авторами и другими участниками, являются их личной точкой зрения и не обязательно отражают позицию издательства.

Информация, приведённая в книге, предназначена в первую очередь для врачей, учёных и медицинских специалистов. Она должна рассматриваться исключительно как дополнительный материал, который не подменяет собой профессиональное суждение врача, его знание анамнеза конкретного пациента, а также инструкций от производителя лекарственных средств, медицинских изделий или иной специализированной аппаратуры, и соответствующих клинических руководств. В связи с тем, что медицинская наука непрерывно развивается, все рекомендации по дозировкам, методикам или диагностике следует перепроверять с помощью актуальных источников. Настоятельно рекомендуется сверяться с отечественными (национальными) справочниками по лекарственным средствам, а также официальными инструкциями к препаратам и оборудованию, прежде чем применять их на практике.

Настоящее издание не гарантирует, что описанное лечение будет равно эффективно или уместно для каждого пациента. Окончательное решение о назначении конкретных методов терапии и ведении пациента остаётся на усмотрение специалиста, исходя из его (её) профессиональной компетенции и знаний.

ДЕМОНСТРАЦИОННАЯ ВЕРСИЯ!

Case 1: Respiratory distress in a tracheostomy patient

Case 6: Nausea and vomiting in a diabetic

Case 9: Head-on motor vehicle collision

Case 11: Found unconscious in a house fire

Case 13: Submersion

*Моим родителям, братьям и сестрам и наставникам, кото-
рые научили меня важности доброты, сострадания и честно-
сти*

Имон Шамиль

Моим родителям и моим учителям

Прафул Рави

Моей матери, моей первой учительнице

Ашиши Чандра

РАЗДЕЛ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №1: ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТА С ТРАХЕОСТОМОЙ

Анамнез:

Пациент в возрасте 84 лет доставлен в реанимационное отделение скорой помощью в экстренном режиме. У него явные признаки дыхательной недостаточности, имеется трахеостома, установленная в связи с распространенным раком гортани.

Осмотр при поступлении:

При осмотре пациент цианотичен, выраженно утомлен, частота дыхания – 28 в минуту. Сатурация кислорода – 84% на атмосферном воздухе, артериальное давление – 94/51 мм рт.ст., пульс – 120 ударов в минуту, температура тела – 36,4°C.

Вопросы для обсуждения:

1. Каковы показания к трахеостомии?
2. Как вести пациента с трахеостомой в состоянии дыхательной недостаточности?
3. Что включает в себя стандартный уход за пациентом с трахеостомой?

ОБСУЖДЕНИЕ

Трахеостомия – это искусственно созданное отверстие между кожей и трахеей, благодаря которому воздух попадает в дыхательные пути, минуя верхние дыхательные пути. Это приводит к потере естественных механизмов голосообразования (гортань) и увлажнения воздуха (полость носа). У таких пациентов повышен риск лёгочных инфекций из-за накопления слизи.

Показания для трахеостомии:

- Длительная искусственная вентиляция легких в ОРИТ – наиболее частая причина. Трахеостомия снижает мертвое пространство и облегчает дыхательную работу по сравнению с эндотрахеальной трубкой.
- Экстренная дыхательная недостаточность – например, при супраглоттите, опухолях гортани, парезах голосовых связок, травме, инородных телах, ожогах и тяжёлой анафилаксии.
- Подготовка к обширным операциям на голове и шее.
- Управление чрезмерной секрецией в трахеобронхиальном дереве – например, при нервно-мышечных заболеваниях, где нарушены кашель и глотание.

Ведение пациента с трахеостомой при дыхательной недостаточности:

- Немедленно вызвать анестезиолога и ЛОР-хирурга, приготовить набор для трудной интубации.
- Подать кислород (15 л/мин) через маску с мешком (не-ребризерную маску) на лицо и на трахеостому. Использовать увлажнённый кислород, если возможно.
- Убедиться в наличии дыхания через рот и трахеостому.
- Убрать голосовой клапан и внутреннюю канюлю трахеостомы, аспирировать секреты.
- Если аспирация неэффективна, спустить манжету трахеостомы для восстановления проходимости.
- При сохранении непроходимости заменить трахеостомическую трубку.
- В крайнем случае проводить вентиляцию через рот и нос с дефлированной манжетой трахеостомы или непосредственно через стому, если это невозможно – интубировать через рот или непосредственно через стому.

Стандартный уход за пациентом с трахеостомой:

- Увлажненный кислород с регулярной аспирацией
- Наличие резервной трахеостомической трубки, проводника и трахеальных расширителей у постели пациента
- Средства коммуникации (бумага и ручка)
- Первая замена трахеостомы через 7 дней с момента установки для формирования стабильного стомы
- Обучение пациента и его родственников



Основные Моменты

- Основные показания к трахеостомии: длительная ИВЛ, экстренная дыхательная недостаточность, подготовка к хирургии головы и шеи, проблемы с избыточной секрецией дыхательных путей.
- **КЛЮЧЕВЫЕ ПРИНЦИПЫ («Три С»):**
 1. Сдуйте манжету (Cuff) – уменьшите давление или полностью сдуйте.
 2. Замените внутреннюю канюлю (Cannula).
 3. Выполните аспирацию секрета катетером (Catheter).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №6: ТОШНОТА, РВОТА И НЕДОМОГАНИЕ

Анамнез:

Мужчина 27 лет поступил в приёмное отделение с жалобами на тошноту, многократную рвоту и общую слабость в течение последних суток. Отмечает выраженную боль и покраснение кожи на правой голени. В анамнезе сахарный диабет 1 типа, на инсулинотерапии (базис-болюсная схема), но последние сутки пропустил несколько инъекций короткого инсулина из-за плохого самочувствия.

Осмотр при поступлении:

Жизненные показатели: температура – 38,0°C, АД – 90/60 мм рт. ст., ЧСС – 110 уд/мин, регулярный ритм, ЧДД – 26 в мин, сатурация кислорода – 96% на атмосферном воздухе.

Пациент выглядит обезвоженным, отмечается сухость слизистых оболочек, кожа бледная. Правая голень гиперемирована, отёчна и болезненна при пальпации. Неврологический статус без патологических изменений.

 Обследование
• Hb – 156 г/л, • лейкоциты – 17×10^9/л, • нейтрофилы – $13,5 \times 10^9$/л, • тромбоциты – 210×10^9/л, креатинин – 90 мкмоль/л. • Na – 136 ммоль/л, • K – 4,0 ммоль/л, • Cl – 95 ммоль/л, • глюкоза – 29 ммоль/л, • pH – 7,1, • HCO_3 – 12 ммоль/л, • лактат – 4,5 ммоль/л.

Объективный осмотр:

кожа сухая, выраженные признаки обезвоживания, болезненная гиперемия голени справа. Живот мягкий, болезненность отсутствует. Неврологический статус без очаговой симптоматики.

Вопросы для обсуждения:

1. Каков наиболее вероятный диагноз и триггер данного состояния?
2. Какие обследования следует провести в первую очередь?
3. Какова тактика лечения и мониторинга пациента с данным состоянием?

ОБСУЖДЕНИЕ

У пациента диагностирован диабетический кетоацидоз (ДКА) – тяжёлое осложнение сахарного диабета, обусловленное абсолютным или относительным дефицитом инсулина. Триггером ДКА у данного пациента вероятно является инфекция мягких тканей (целлюлит).

Необходимые срочные исследования:

- Общий анализ крови и биохимия (электролиты, глюкоза, креатинин, мочевины);
- Определение уровня кетонов в крови;
- Газовый состав венозной крови;
- Общий анализ мочи, посев крови и мочи;
- Рентгенография грудной клетки (исключение инфекции лёгких).

Первичные лечебные мероприятия:

- Немедленная внутривенная регидратация раствором NaCl 0,9%.
- Начало инфузии короткого инсулина внутривенно с постоянной скоростью (0,1 ед/кг/час).
- Коррекция гипокалиемии (при уровне калия ниже 5,5 ммоль/л) под регулярным контролем калия каждые 2 часа.
- Назначение эмпирической антибиотикотерапии, учитывая вероятный целлюлит (например, амоксициллин/клавуланат или цефалоспорины II–III поколения).
- Контроль гликемии и кетонемии каждые 1–2 часа с коррекцией терапии.

Мониторинг:

- Постоянный мониторинг уровня сознания, ЧСС, АД и сатурации кислорода;
- Регулярный контроль уровня глюкозы, кетоновых тел, электролитов и газового состава крови.



Основные Моменты

- Диабетический кетоацидоз – тяжёлое и потенциально смертельное осложнение сахарного диабета.
- Инфекции часто выступают провоцирующим фактором для развития ДКА.
- Основные принципы лечения: агрессивная регидратация, введение инсулина, коррекция электролитов и лечение основного заболевания.
- Необходим строгий лабораторный контроль для мониторинга состояния и коррекции терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №7: ТОШНОТА, СЫПЬ И ОТЁК ПОСЛЕ УКУСА ПЧЕЛЫ

Анамнез:

Молодой человек 20 лет доставлен в приёмное отделение с жалобами на тошноту, генерализованную зудящую сыпь, ощущение першения в горле и сердцебиение, возникшие вскоре после укуса пчелы в парке. В анамнезе бронхиальная астма.

Осмотр при поступлении:

Жизненные показатели: температура – 37,8°C, АД – 90/60 мм рт. ст., ЧСС – 120 уд/мин, ритмичный, ЧДД – 24 в мин, сатурация кислорода – 95% на атмосферном воздухе.

При осмотре отмечается распространённая уртикарная сыпь, выраженный отёк губ и языка. Пациент тревожен, испытывает затруднение глотания. При аускультации лёгких – рассеянные сухие хрипы, дыхание ослаблено. Сердечно-сосудистая система без особенностей.

Вопросы для обсуждения:

1. Какой диагноз наиболее вероятен, и какие осложнения могут возникнуть?
2. Опишите немедленные лечебные мероприятия.
3. Как долго следует наблюдать пациента после стабилизации состояния и какие рекомендации дать при выписке?

ОБСУЖДЕНИЕ

У пациента анафилактическая реакция – тяжёлая, потенциально смертельная аллергическая реакция гиперчувствительности немедленного типа (IgE-опосредованная). Основные симптомы включают генерализованную уртикарную сыпь, ангионевротический отёк, бронхоспазм и симптомы поражения сердечно-сосудистой системы (гипотония, тахикардия).

Экстренные лечебные мероприятия:

- Немедленно ввести адреналин внутримышечно (0,5 мл 0,1% раствора, что соответствует 500 мкг), при необходимости повторять каждые 5–10 минут до стабилизации состояния.
- Обеспечить проходимость дыхательных путей (при выраженном отёке – рассмотреть раннюю интубацию или трахеостомию).
- Кислородотерапия через маску с высокой концентрацией кислорода.
- Ингаляции β_2 -агонистами (например, сальбутамол 5 мг через небулайзер).
- Введение антигистаминных препаратов (хлоропирамина гидрохлорид 10–20 мг в/в).
- Внутривенное введение кортикостероидов (гидрокортизон 200 мг в/в).
- Инфузионная терапия физиологическим раствором для стабилизации гемодинамики.
- Тщательный мониторинг жизненно важных функций и подготовка к возможной интубации трахеи при ухудшении дыхания.

Пациенты после анафилаксии должны находиться под наблюдением не менее 6–8 часов, так как возможны двухфазные реакции. При тяжёлом течении или необходимости повторного введения адреналина рекомендовано наблюдение в стационаре в течение суток.

При выписке пациент должен получить:

- Автоинжектор адреналина для самопомощи;
- Консультацию аллерголога для выявления причинного аллергена;
- Инструкции по профилактике повторных реакций и распознавания признаков анафилаксии;
- Информацию о необходимости срочного обращения в больницу при повторном эпизоде.



Основные Моменты

- Анафилаксия – экстренная аллергическая реакция, требующая немедленного введения адреналина.
- Бронхиальная астма является фактором риска тяжёлой анафилактической реакции. Обязателен длительный мониторинг в связи с риском двухфазной реакции.
- Пациентам с анафилаксией рекомендован автоинъектор адреналина и консультация аллерголога после выписки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №9:

ТЯЖЁЛАЯ ТРАВМА ПРИ ДТП

Анамнез:

Мужчина 35 лет доставлен в приёмное отделение после лобового столкновения автомобилей на скорости примерно 80 км/ч. Пациент был пристёгнут ремнём безопасности.

Осмотр при поступлении:

При поступлении пациент спутан, дезориентирован, не отвечает на простые вопросы. Жизненные показатели: частота дыхания – 32 в минуту, сатурация кислорода – 97% на кислороде 15 л/мин через не-ребризерную маску, ЧСС – 130 уд/мин, АД – 91/49 мм рт.ст., температура тела – 35,8°C. До прибытия получил 1 литр физиологического раствора и 1 дозу эритроцитарной массы 0(I) Rh(-). Состояние пациента ухудшается: нарастает одышка, тахикардия и спутанность сознания.

Дыхательные пути проходимы, однако дыхание затруднено. На грудной клетке выраженный след от ремня безопасности. При аускультации – дыхательные шумы значительно ослаблены в нижних отделах лёгких с обеих сторон, отмечается выраженное набухание шейных вен, сердечные тоны приглушены. Другие травмы визуально не определяются.

	Обследование
Рентгенография грудной клетки: расширение тени средостения, увеличение сердечной тени, множественные переломы рёбер с обеих сторон, признаки двустороннего гемоторакса.	

Вопросы для обсуждения:

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Что такое шок, и каковы его клинические признаки?
3. Опишите тактику ведения пациента с подозрением на геморрагический шок.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее вероятный диагноз – тяжёлая тупая травма грудной клетки, осложнившаяся сердечной тампонадой и двусторонним гемотораксом, приведшая к геморрагическому шоку.

Шок – это клиническое состояние, характеризующееся неадекватной перфузией органов и тканей. При геморрагическом шоке отмечаются тахикардия, гипотензия, бледность кожи, холодные конечности, спутанность сознания, одышка и уменьшение диуреза.

Тактика ведения при геморрагическом шоке:

- Обеспечить проходимость дыхательных путей и адекватную оксигенацию (при необходимости – интубация и ИВЛ).
- Немедленное начало массивной инфузионной терапии (кристаллоиды, препараты крови).
- Оценка источника кровопотери и срочная остановка кровотечения (дренирование плевральных полостей, хирургическое вмешательство).
- Мониторинг гемодинамики, контроль лактата, газового состава крови, гемоглобина и коагулограммы.



Основные Моменты

- Тупая травма грудной клетки может быстро привести к развитию жизнеугрожающих осложнений (тампонада сердца, гемоторакс).
- Геморрагический шок требует немедленного выявления и устранения источника кровотечения.
- Эффективная инфузионная терапия и мониторинг жизненно важных показателей критически важны для улучшения прогноза.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №11:

ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ПОЖАРЕ

Анамнез:

Мужчина 35 лет доставлен в приёмное отделение скорой помощью после того, как был найден без сознания в горящем здании. Время пребывания в задымлённом помещении неизвестно.

Осмотр при поступлении:

Пациент без сознания, не реагирует на словесные и болевые раздражители. Кожные покровы и одежда покрыты копотью. Частота дыхания – 8 в мин, поверхностное, сатурация кислорода – 89% при подаче кислорода 15 л/мин через маску с резервуаром, АД – 88/52 мм рт. ст., ЧСС – 115 уд/мин, температура тела – 36,0°C.

При физикальном осмотре отмечается выраженное загрязнение сажей лица и верхних дыхательных путей, отёк слизистых, имеются ожоги рук и грудной клетки 2–3 степени (около 15% поверхности тела).

Вопросы для обсуждения:

1. Какие основные риски для жизни у пациента после нахождения в задымлённом помещении?
2. Какие обследования следует выполнить в первоочередном порядке?
3. Опишите начальные мероприятия по ведению данного пациента.

ОБСУЖДЕНИЕ

Главные риски для пациента после пребывания в задымлённой среде включают:

- Ингаляционную травму и отёк дыхательных путей;
- Отравление угарным газом (СО);
- Цианидную интоксикацию (особенно при горении пластика и синтетических материалов);
- Тепловую травму и ожоги кожи;
- Гипоксию головного мозга и нарушение сознания.

Необходимые первичные обследования:

- Газовый состав артериальной крови с обязательным определением уровня карбоксигемоглобина (HbCO);
- Уровень лактата (для оценки тканевой гипоксии и цианидной интоксикации);
- Биохимический анализ крови (электролиты, мочевины, креатинин, глюкоза, коагулограмма);
- ЭКГ для выявления возможной ишемии миокарда;
- Рентгенография грудной клетки для исключения ингаляционной травмы и повреждений лёгких.

Начальная тактика ведения:

- Срочная интубация трахеи и перевод на ИВЛ при любых сомнениях в проходимости дыхательных путей (ожог верхних дыхательных путей, снижение сознания);
- Подача 100% кислорода для лечения отравления угарным газом;
- Установка венозного катетера и начало инфузионной терапии (кристаллоиды);
- Введение противоядия (гидроксикобаламин) при подозрении на отравление цианидами (выраженный метаболический ацидоз и лактатацидоз);
- Купирование болевого синдрома и анальгоседация при необходимости;
- Оценка потребности в специализированной помощи (хирургия, токсикология, ожоговый центр).



Основные Моменты

- Основные причины смертности при пожаре – ингаляционная травма и отравление токсическими газами (СО и цианиды).
- 100% кислород необходим немедленно для устранения карбоксигемоглобина.
- Раннее обеспечение проходимости дыхательных путей критически важно.
- Рассмотрите отравление цианидами и примените специфическое лечение (гидроксикобаламин) при наличии признаков тяжёлого метаболического ацидоза и неврологических нарушений.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №13:

УТОПЛЕНИЕ И ГИПОТЕРМИЯ

Анамнез:

Мужчина 35 лет доставлен в приёмное отделение после утопления в холодной воде канала. Случайные свидетели извлекли его из воды через 10 минут после погружения. На месте происшествия была начата сердечно-лёгочная реанимация (СЛР), которая продолжается и в отделении. Из анамнеза: предположительно находился в состоянии алкогольного опьянения.

Осмотр при поступлении:

Пациент без сознания, зрачки расширены, на свет не реагируют. Частота дыхания – отсутствует самостоятельное дыхание, проводится искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ) через интубационную трубку. Частота сердечных сокращений – не определяется, регистрируется асистолия, сатурация не определяется. Температура тела – 30°C.

Вопросы для обсуждения:

1. Какие основные осложнения возможны после утопления в холодной воде?
2. Какие обследования нужно срочно выполнить?
3. Каковы основные принципы ведения пациента с тяжёлой гипотермией и остановкой кровообращения?

ОБСУЖДЕНИЕ

Основные осложнения утопления в холодной воде:

- Тяжёлая гипотермия;
- Гипоксия головного мозга;
- Острая дыхательная недостаточность вследствие аспирации жидкости;
- Острая сердечная недостаточность и аритмии;
- Нарушения свёртывания крови и кислотно-щелочного состояния.

Необходимые срочные обследования:

- Газовый анализ артериальной крови (рН, лактат, газы крови);
- Электролиты и биохимия крови (почечная функция, глюкоза);
- Коагулограмма;
- ЭКГ;
- Рентгенография грудной клетки (оценка лёгочных осложнений и аспирации).

Основные принципы ведения:

- Продолжение СЛР до восстановления температуры тела пациента до 34–35°C;
- Использование активных методов согревания (согретые инфузионные растворы, внешние и внутренние методы согревания, при возможности – ЭКМО);
- Обеспечение адекватной оксигенации и вентиляции лёгких, профилактика дальнейших повреждений лёгких;
- Мониторинг гемодинамики, кислотно-щелочного состояния, электролитов, уровня лактата;
- Предупреждение осложнений, связанных с гипотермией (аритмии, нарушения коагуляции).



Основные Моменты

- Пациенты, утонувшие в холодной воде, могут пережить длительную остановку кровообращения благодаря нейропротективному действию гипотермии.
- Необходимо продолжать СЛР до повышения температуры тела выше 34°C, так как при глубокой гипотермии эффективность медикаментозной терапии и дефибрилляции снижается.
- Согревание пациента должно проводиться активно и контролируемо, учитывая риски осложнений.

Врачи, знакомящиеся с этой книгой, найдут в ней 100 клинических сценариев, призванных помочь быстро ориентироваться в urgentных и критических ситуациях, возникающих в практике специалиста неотложной медицины и реаниматолога. Ниже кратко описано, что они могут ожидать от каждого крупного раздела, опираясь на содержание, представленное в оглавлении.

1. Critical Care (Критические состояния)

Раздел посвящен ведению пациентов с острой дыхательной недостаточностью, тяжелыми инфекциями, нарушением метаболизма (например, кетоацидоз), сепсисом и шоковыми состояниями. Рассматриваются тактика интубации, применение вазопрессоров, инфузионная терапия, оценка состояния пациента после реанимации (включая обсуждение терморегуляции, дополнительных методов диагностики и ведения). Многие случаи показывают, как вовремя распознать ухудшение (например, обострение ХОБЛ или анафилаксию) и какие алгоритмы лечения использовать.

2. Internal Medicine (Внутренние болезни)

Здесь собраны казуистические ситуации, характерные для терапевтической практики в отделении неотложки: пневмонии, острые сердечно-сосудистые эпизоды (включая боль в груди при анемиях, пороках, перегрузке жидкостью), обострения сахарного диабета, острая почечная недостаточность, нарушения электролитного баланса, внезапные потери сознания, лихорадка неясной этиологии и расстройства коагуляции (например, кровотечения на фоне приема антикоагулянтов). Авторы уделяют внимание первичным диагностическим мероприятиям (анализам крови, рентгену, КТ, УЗИ), клиническому осмотру, а также критериям госпитализации.

3. Mental Health and Overdose (Расстройства психики и передозировки)

Разбираются случаи, когда у пациента не только соматическая, но и психопатологическая симптоматика (суицидальные попытки, отравления, токсические действия веществ). Особый упор сделан на алгоритмах ведения при подозрении на передозировку лекарствами (например, парацетамол, антидепрессанты), наркотиками, а также на острых состояниях (делирий, выраженное психомоторное возбуждение, депрессия и суицидальные риски). Предлагается общая тактика для безопасной седации, проверки жизненно важных функций и профилактики осложнений.

4. Neurology and Neurosurgery (Неврология и нейрохирургия)

Подробно описаны диагностические подходы и способы неотложного лечения при травмах головы, инсультах, судорожных приступах, внутричерепных кровотечениях, а также при болевом синдроме, связанном с патологией позвоночника. Даны рекомендации по визуализирующим методам (КТ, МРТ), тактические решения по ведению

пациента в зависимости от клиники (например, оценка уровня сознания, необходимость консультации нейрохирурга).

5. Trauma and Orthopaedics (Травмы и ортопедия)

Раздел посвящен оказанию первой помощи при травмах и повреждениях опорно-двигательного аппарата, комплексной оценке состояния, рентггендиагностике и определению дальнейшей тактики (консервативное или оперативное лечение). Здесь отражены типичные сценарии: ушибы, вывихи, переломы различной локализации (конечности, таз, позвоночник), укусы животного и последующие действия по профилактике инфекционных осложнений.

6. General Surgery and Urology (Общая хирургия и урология)

Эти случаи охватывают острый живот (включая боли в правом и левом нижнем квадрантах, подозрение на аппендицит, дивертикулит, холецистит), urgentные состояния мочевыводящих путей (обструкции, нефролитиаз с почечной коликой, острые инфекции) и тактику обследования. Освещены хирургические вмешательства, показания к экстренной операции и первичные меры по стабилизации пациента.

7. ENT, Ophthalmology and Maxillofacial Surgery (ЛОР, офтальмология и челюстно-лицевая хирургия)

Содержит разбор случаев со срочными патологиями уха, горла, носа, глаз и лицевого скелета: обструктивные кровотечения после тонзилэктомии, инородные тела в дыхательных путях, острые инфекционные процессы (например, эпиглоттит), абсцессы лица и шеи, орбитальные повреждения. Указаны методы локализации и извлечения инородных тел, оценка зрительных функций, неотложные мероприятия при травме лица.

8. Paediatrics (Педиатрия)

Здесь представлены ситуации от сложных инфекций у детей (бронхиолит, круп, пневмония) до травм и судорожных приступов, а также расстройств ЖКТ (диарея, рвота). Раздел акцентирует внимание на особенностях диагностики и выбора лекарственных препаратов в зависимости от возраста, на необходимости тесного контакта с родителями и доступе к специализированной помощи.

9. Obstetrics and Gynaecology (Акушерство и гинекология)

Рассматривается неотложная помощь при осложнениях беременности (гиперемезис, кровотечения, преэклампсия) и в послеродовом периоде (мастоидит, кровотечения), а также при острых гинекологических патологиях (внематочная беременность, разрыв кисты, острые боли в малом тазу). Дается пошаговый план первичной диагностики, применение ультразвука, выбор консервативного или хирургического метода лечения.

10. Medicolegal (Медико-правовые аспекты)

Книга затрагивает и юридические вопросы: правильная документация согласия пациента в отделении неотложной помощи, работа с пропущенными переломами, опасность ошибок в назначении рецептов. Автор указывает на меры профилактики подобных ситуаций, правильное ведение документации и взаимодействие с юристами.

Таким образом, в полном издании «100 Cases in Emergency Medicine and Critical Care» врачи найдут пошаговый разбор типичных и редких неотложных случаев, с подробным описанием клиники, дифференциальной диагностики и тактики лечения. Каждый кейс отражает реальную клиническую ситуацию, демонстрируя не только алгоритмы оказания неотложной помощи, но и тонкости мультидисциплинарного подхода, юридические нюансы и важные детали ухода за пациентами. Для российского врача книга ценна структурированным изложением, концентрирующимся на практических аспектах диагностики и лечения, понятных в ежедневной практике.

**ПРИБОРЕТАЙТЕ
ПОЛНУЮ ВЕРСИЮ!**

**Пишите в телеграме:
[@thebestnameever](https://t.me/thebestnameever)**