

ПЕРВАЯ ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПОДАЧЕ СКОРОЙ МЕДИ- ЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

М. А. Мессель

Первая Всесоюзная конференция по организации и подаче скорой медицинской помощи, состоявшаяся в Ленинграде с 20 по 24 декабря 1937 г., была приурочена к двадцатилетию ленинградской Скорой помощи. Программными вопросами конференции были:

1) организация Скорой помощи в крупных городах, промышленных центрах и районах, выработка единого положения о работе станций Скорой помощи.

2) подача скорой помощи при отравлениях кислотами и щелочами.

3) работа станций Скорой помощи в условиях ПВО.

Конференция открылась вступительным словом председателя оргбюро конференции начальника Внебольничного управления Наркомздрава СССР Г. С. Матульского, давшего обзор состояния Скорой помощи в Союзе в настоящее время и наметившего пути ее дальнейшего развития.

Г. С. Матульский подчеркнул, что Наркомздрав СССР работе станций Скорой помощи придает весьма важное значение, как организации, работающей на передовых постах советского здравоохранения.

М. А. Мессель в своем докладе «Скорая помощь в Ленинграде за 20 лет» обрисовал историю развития и состояния Скорой помощи в Ленинграде до Октябрьской социалистической революции и в настоящее время.

До 1917 г. в Петербурге был всего лишь один пункт Первой помощи с одной конной каретой.

В настоящее время ленинградская Скорая помощь представляет собой мощную организацию, имеющую

7 районных станций Скорой помощи с ходовым парком из 110 санитарных машин; станции выполняют огромную лечебно-профилактическую работу.

Заслуж. деят. науки проф. Ю. Ю. Джанелидзе в докладе «Значение раннего распознавания и ранней госпитализации при острых заболеваниях органов брюшной полости» указал, что несмотря на ряд неблагоприятных условий, при которых приходится оказывать оперативную помощь в неотложных случаях (невозможность длительного и повторного обследования больных, отсутствие достаточной подготовки сердечно-сосудистой и других систем) за последнее время отмечается резкое улучшение ее результатов. Наиболее демонстративным в этом отношении является резкое снижение летальности при остром аппендиците, которая с 21% в 1895 г. снизилась до 12% в 1913 г., а в настоящее время колеблется в пределах от 3,5 до 5%, а в некоторых лечебных учреждениях не превышает 1,5%.

Такое же резкое снижение летальности наблюдается при перфорациях язвы желудка, двенадцатиперстной кишки и при операциях по поводу ущемленных грыж. Это снижение летальности объясняется более ранним распознаванием и вмешательством и улучшением хирургической техники и тактики. Однако для дальнейшего улучшения результатов лечения, как отмечает докладчик, необходимо обеспечить главным образом раннее распознавание заболевания, раннюю госпитализацию больного и раннее оперативное вмешательство. Об этом с очевидностью свидетельствует процент летальности при остром аппендиците и непроходимости в зависимости от сроков госпитализации (материал Института скорой помощи за 1932—1936 гг.).

Операция в первые сутки	даёт	0,6%	летальности
" во вторые "	"	0,8%	"
" после 48 часов	"	5,9%	"
При непроходимости в первые 6 часов	22%	летальности	
от 6 до 12	"	29%	"
" 12 " 24	"	28%	"
" 24 " 38	"	43,1%	"
после 48	"	42%	"

Между тем при остром аппендиците, по данным докладчика в первые сутки госпитализируется только

46,7% больных, на вторые сутки доставляется 27,2% больных и позже 48 часов, когда летальность повышается в сравнении с первым днем в десять раз, госпитализируется 26,2% больных. При острой непроходимости кишечника до 24 часов доставляется всего 53,8% больных, после 24 до 48 часов 9,6%, позже 48 часов 34,7%.

Больные с ущемленной грыжей госпитализируются в первые сутки в 68,5%; спустя 24—48 часов — 12%, после 48 часов — 15%, тогда как летальность, составляющая в первые 48 часов 8,5%, по прошествии этого срока поднимается до 21%.

При перфорации желудка в первые сутки поступает 94% больных, во вторые сутки 4%, на третьи сутки и позже 1,3%. Но так как при этом заболевании летальность резко возрастает не по дням, а по часам, то каждый больной, доставленный позже 6 часов, рассматривается как поздно поступивший; однако в этот промежуток времени (до истечения 6 часов) доставляется всего 19% этих больных.

В целях ликвидации этого недопустимого запаздывания в оперативной помощи докладчик предлагает:

1) усилить санитарно-просветительную работу среди населения для ознакомления его с наиболее часто встречающимися формами перечисленных выше заболеваний и дать точные указания о допустимых и запрещенных способах самолечения;

2) в медицинских вузах необходимо обратить особое внимание руководителей кафедр на перечисленные заболевания с указанием на имеющее место недопустимое запаздывание распознавания заболеваний и госпитализации больных;

3) на Институт скорой помощи возложить обязанность вести по указанным вопросам широкую информационную и инструктивную работу среди врачей.

Проф. М. Д. Тушинский в докладе «Сулемовые отравления и их лечение» указал на недостаточность современного лечения сулемовых отравлений в остром периоде и тяжесть этих отравлений. Две неотложные задачи по мнению докладчика стоят перед врачом — удаление из желудочно-кишечного тракта как можно больше введенной сулемы и перевода оставшейся

сулемы в нерастворимые соединения, которые в дальнейшем не могли бы всосаться. Немедленное промывание желудка удовлетворяет первому требованию. Второму требованию как будто удовлетворяет дача отравленному белков (яичный белок, молоко), однако утешительных результатов применение белков не принесло, что и понятно, если вспомнить слова Em. Stakenstein'a: «Хотя растворимые соли ртути и переводятся таким путем в трудно растворимые соединения, но они ни в коем случае этим не обезвреживаются, потому что эти соединения ртути с белком при наличии хлористого натрия снова растворяются и всасываются». Внутривенное введение глюкозы необходимо и эффективно: оно удлиняет жизнь отравленному и может способствовать его выздоровлению. Декапсуляция почек, в особенности при маленькой почке и некротическом сулемовом нефрозе, совершенно бесполезна. Заслуживающим всяческого внимания является способ проф. Стржижовского, применяющего при отравлениях сулемой сероводородную воду для перевода ртути в нерастворимые соединения.

П. Т. Караваевым было собрано 16 случаев отравления сулемой, при которых врачами ленинградской Скорой помощи был применен *antidotum metall.* проф. Стржижовского. Из этих 16 человек погибли 2, остальные выздоровели. Количество сулемы, принятой отравленными, было от 0,25 до 6,0. В 2 случаях антидот дан был через 15 минут после отравления, в 8 случаях через 30 минут, в 4 случаях через 45 минут и в 2 случаях время не установлено. Докладчик приходит к выводу, что антидот проф. Стржижовского при раннем применении предохраняет от наступления тяжелой интоксикации и этим резко снижает процент летальности; промывание желудка необходимо производить с прибавлением к вводимой воде 100 см³ антидота до появления чистой воды, и после промывания необходимо оставить в желудке 200 см³ промывной воды, в которой разведен антидот. Необходима тщательная проверка этого метода путем детального клинического изучения выделения ртути из организма и количественного учета выделенной ртути для определения количества введенной сулемы. Для изучения вопросов, связанных с отравлениями и рациональной

постановкой лечения их, необходима госпитализация этих отравленных в одном стационаре.

Н. И. Иванов. «*Промывание желудка при остром отравлении крепкими кислотами и щелочами*». Докладчик, на основании изучения 415 случаев промывания желудка, произведенных в течение многих лет врачами московской Станции скорой помощи при отравлении крепкими кислотами и щелочами, отметил полную целесообразность этого метода оказания первой помощи и вредность запретительных указаний по отношению к промыванию, нашедших, в частности, отражение в таблице первой помощи, выпущенной в 1929 г., когда уже имелись не только положительные результаты от промывания, впервые примененного с успехом Я. Г. Диллоном еще в 1912 г. и им рекомендованного, но и накопилась большая литература о благоприятных результатах промывания. В практике московской Станции скорой помощи промывание при отравлениях крепкими кислотами и щелочами является обязательным. Вопрос же о допустимости промывания в каждом отдельном случае решается врачом индивидуально, в зависимости от времени, протекшего с момента отравления, степени наполнения желудка и степени отечных явлений в зеве. В тех случаях, когда врачи станции воздерживаются от промывания, они должны это подробно мотивировать. Докладчик обследовал в московских больницах 151 случай отравления, при которых было применено промывание, из них 104 — отравления уксусной кислотой, 28 случаев отравления нашатырным спиртом и 19 отравлений каустиком, и пришел к заключению, что промывание явилось мощным фактором, обусловившим более легкое клиническое течение заболевания.

В 25 случаях отравлений крепкими кислотами и щелочами промывание желудка было произведено при кровавой рвоте, которую докладчик не считает противопоказанием для промывания. По данным докладчика летальность от отравлений, достигавшая 14,9% до применения промываний, в настоящее время, после проведения промываний, снизилась до 4%.

А. Е. Петрова. «*Течение острых отравлений кислотами и щелочами при методе промывания желудка*»

как первой помощи». Докладчица в течение нескольких лет изучила 203 случая кислотно-щелочных отравлений, когда непосредственно после отравления была оказана медицинская помощь промыванием желудка. Из этих 203 больных скончалось 14 человек, т. е. 6,9% общего их числа. Из 334 человек, которым промывание не было сделано, умерло 14,9%, хотя по клинической картине, по степени тяжести они были аналогичны. Для промывания желудка у отравленных кислотами и щелочами применялось 4—5 л тепловатой воды с прибавлением животного угля. Так называемые малые промывания — питье 5—6 стаканов воды с искусственным вызыванием последующей рвоты — у отравленных больных не достигают цели.

В некоторых случаях малые промывания ухудшают тяжесть случая, так как введенная жидкость способствует лучшей адсорпции яда и проникновению его в кишечник. Заслуживает внимания рекомендуемое проф. Я. Г. Диллоном применение морфия перед промыванием. Промывание желудка должно проводиться вне зависимости от степени ожога полости рта, если имеются данные, что отравляющая жидкость была принята (в 19 случаях отравляющая жидкость, не затрагивая зева и пищевода, причинила глубокие ожоги желудка).

Течение отравлений кислотами и щелочами в тех случаях, когда проводилось промывание желудка, показывает положительное влияние этой терапии. В тех случаях, когда промывания не производились, токсические эзофагиты неизменно развивались, либо наблюдалось глубокое омертвление слизистой оболочки, а иногда и подслизистой, вплоть до мышечного слоя, с неизбежным образованием рубцов.

При отравлениях, после которых было своевременно сделано промывание желудка, изменения в пищеводе сводятся иногда к поверхностным некрозам эпителиального слоя без последующих сужений.

В указанных 203 случаях ни разу не отмечалось кольцевидных клапанообразных стриктур, не было пищеводов, изрытых множеством лучистых рубцов (в противоположность другой группе 334 отравленных), не отмечалось также последующих эклазий пи-

щевода, дивертикулов, периезофагитов, медиастинитов, перикардитов и прочих тяжелых осложнений, имевших место в случаях, где своевременно не было сделано промывание пищевода и желудка. Осложнения, происходящие в результате глубоких поражений стенки желудка, встречаются значительно реже в группе 203 больных.

Сюда относятся 5 случаев отравлений, при которых произошли глубокие повреждения антральной части желудка и привратника с образованием полного стеноза привратника. В группе отравлений, при которых не было проведено промывание желудка, часто наблюдались стойкие изменения секреторной деятельности (ахлоргидрия). Из 203 случаев, где было применено промывание желудка, в 100 случаях имелся гипоацидный тип секреции, в 64 случаях нормальный и в 39 — торпидный. При кислотно-щелочных отравлениях без промывания желудка отмечались изменения со стороны печени, клинически выражавшиеся в припухлости при одновременной более или менее выраженной гемолитической желтухе с гемоглобинемией и гемоглобинурией.

Благоприятный результат промывания желудка при отравлениях кислотами и щелочами сказался и в отношении функциональной способности печени, что доказывается ходом кривой полипептидного индекса, дающей вначале резкий подъем, в разгаре болезни — высокое стояние и по мере выздоровления — постепенное приближение к норме.

Доц. А. Д. Каплан. «Скорая помощь при электротравме». Докладчик указал, что проблема скорой помощи при электротравме заключается в борьбе с общими тяжелыми реакциями организма на прохождение тока. Самое главное — это то, что после поражения электрическим током может наступить состояние, когда признаки жизни отсутствуют полностью, но организм еще не потерял своей жизнеспособности и происходящие в нем процессы могут оказаться обратимыми.

Тяжелые и угрожающие жизни сердечно-сосудистые и вегетативные нервные расстройства, наступающие при поражении электрическим током, делают скорую помощь одним из важнейших этапов медицинской помощи при электротравме. Отсутствие ранних

беспорных признаков смерти в связи с существованием «мнимой смерти» при электротравме вызывают необходимость длительных мер по оживлению пострадавших, не обнаруживающих признаков жизни. Это обстоятельство подтверждается случаями оживления после полной остановки дыхания и сердцебиения.

Поэтому бесспорными признаками смерти при электротравме могут считаться, при отсутствии внешних смертельных повреждений, только трупные пятна и трупное ооченение.

Эффективность подачи скорой помощи стоит в тесной зависимости от срочности, непрерывности и качества помощи (медицинской и доврачебной). Помимо непрерывного искусственного дыхания и обычных сердечных средств, подлежащих введению, как правило, ввиду ослабленной деятельности сердца, — внутривенно должны применяться и средства, возбуждающие дыхательные центры, — карбоген, лобелин и корамин. Роль Скорой помощи не кончается помощью на месте происшествия или в пути, во время транспорта. Должна быть обеспечена и максимально правильная госпитализация; пострадавшие должны быть сконцентрированы в одном месте, чтобы обеспечить возможность научно-исследовательской разработки вопросов по оказанию помощи при электротравме. Важнейшей задачей является разработка новых методов и техники оживления мнимоумерших (в частности применение «инхобада» — аппарата для искусственного дыхания) и выявление ранних признаков действительной смерти при помощи переносного электрокардиографа, выпущенного заводом Эма.

И. М. Рожкинд. «Травматизм от городского транспорта в Ленинграде». По материалам, разработанным докладчиком за 5 лет (1932—1936 гг.) и 9 месяцев 1937 г., оказалось, что среди травмированных, пострадавших от городского транспорта, было около 70% мужчин и около 30% женщин: на долю детей в возрасте до 15 лет пришлось до 15% всех травм. 50% всех травм падает на часы с 16 до 24 часов, когда интенсивность движения и людских потоков достигает максимума. По времени года наименьший травматизм от городского транспорта имеет место в зимние месяцы. 97% всех травм от городского транспорта падает на

механизированный транспорт, из них 46% на трамвай и 51% на автотранспорт.

Н. А. Смирнов. «Стандартный тип врачебного ящика Скорой помощи». Докладчик ознакомил с врачебным ящиком, принятым в настоящее время в ленинградской Скорой помощи, вполне оправдавшим себя в многолетней практике работы станций ленинградской Скорой помощи. Описание ящика дано в № 15 «Советской врачебной газеты» за 1935 г.

Прив.-доц. Г. Б. Геренштейн. «О подготовке среднего медицинского персонала для станции Скорой помощи». В 1930 г. ленинградская Скорая помощь организовала специальные курсы по подготовке медицинских братьев, ставившие своей задачей дать курсантам медицинское образование применительно к специфическим условиям работы Скорой помощи. Занятия на курсах заключались в лекциях и в учебной практике слушателей на станциях, куда они прикомандировывались с первого же дня в качестве стажеров. Курсы эти, рассчитанные на 6 месяцев, вполне оправдали себя, и опыт ленинградской Скорой помощи в этом деле с успехом может быть перенесен и на другие города. Укомплектовывались курсы через бюро распределения рабочей силы лицами, имеющими образование в объеме 6 классов.

А. С. Пучков. «Методы контроля работы персонала Скорой помощи». Работа выездного персонала Скорой помощи, благодаря своим особенностям, трудно поддается обычному контролю; выезд же администрации не всегда дает истинную картину, так как персонал может работать при этом иначе. Контроль быстроты ответа на вызовы, правильности высылки машины, правильности отказа и корректности разговора с вызывающим Скорую помощь может быть проведен путем установки у главного врача особого контрольного громкоговорящего аппарата. Быстрота же выезда контролируется путем подачи сигналов о подходе к машине каждого из выезжающих — врача, медицинских братьев, шофера — и сигнала привратника о выезде машины за ворота станции.

С. Т. Муниц. «Задачи Скорой помощи как эвакуационной». Эвакуация больных и госпитализация их является важнейшей функцией Скорой помощи. Боль-

ные, нуждающиеся в экстренной госпитализации, направляются Центральной станцией Скорой помощи в соответствующий ближайший стационар. Для госпитализации остальных неинфекционных больных поликлиники, амбулатории и наиболее крупные здравпункты прикрепляются к районным больницам города, на которые возложено обеспечение коечной помощью больных, нуждающихся в госпитализации, направляемых из прикрепленных к ним лечебных учреждений. В целях наилучшей слаженности в работе больничной и внебольничной сети проводится положение, по которому заведующий отделением поликлиники является заведующим соответствующим отделением стационара. При необходимости госпитализировать больных, которые не могут быть в отдельных случаях почему-либо приняты районными больницами, поликлиники сообщают об этом Эвакуационному бюро, которое и госпитализирует этих больных. Для учета свободных мест и равномерного распределения по сети госпитализируемых больных Эвакуационное бюро получает ежедневно сведения из больниц о движении больных и о степени заполнения стационаров. Эта система госпитализации, принятая в ленинградской Скорой помощи, оправдала себя в практике работы.

С. И. Федоров. «Организация справочного бюро Скорой помощи». Задача справочного бюро заключается в том, чтобы родственники или близкие пострадавших и больных, доставленных в больницы, могли быстро получать исчерпывающие справки от справочного бюро о местонахождении их. Для этой цели докладчик предлагает ввести во всех лечебных учреждениях регистрацию поступающих больных на особых карточках, которые потом отправляются курьерской связью в справочное бюро.

С. Н. Шутенин. «О введении единой формы документации и отчетности на станциях Скорой помощи». Несмотря на то, что станции Скорой помощи в СССР существуют во многих городах со времени Октябрьской социалистической революции, до настоящего времени нет единообразной формы и документации отчетности. Докладчик предлагает принять в основу единой формы отчетности отчетность ленинградской Скорой помощи, принятую совещанием главных

врачей Скорой помощи Москвы, Ленинграда, Харькова и Киева, отражающую статику и динамику работы станции Скорой помощи по всем ее разделам.

М. А. Мессель. «Опыт изучения работы Скорой помощи в условиях ПВО (по данным хронометража)».

В условиях медико-санитарной службы ПВО Скорая помощь играет крупную роль. Являясь организацией, оказывающей в мирное время экстренную медицинскую помощь с последующей, в случае надобности, эвакуацией пострадавших в лечебные учреждения, Скорая помощь выполнит подобную же работу и в условиях воздушно-химического нападения.

Эффективность медицинской помощи при поражениях ОВ зависит в значительной степени от того, насколько эта помощь будет действительно скорой, экстренной; поэтому вопрос оказания быстрой медицинской помощи тесно связан с организацией эвакуации пострадавших из очага поражения до СПМ, где пострадавший получает квалифицированную врачебную помощь. Основные расчеты по эвакуации производятся по формуле $2(a+b)$, где a — время, затрачиваемое на погрузку в санитарную машину и выгрузку из нее одного больного, и b — время на рейс в один конец.

Хронометражу было подвергнуто 500 выездов, причем хронометрировались следующие случаи работы Скорой помощи в очаге поражения:

а) эвакуация из очага поражения до СПМ исключительно носилочных больных, первая помощь которым была оказана до прибытия санитарной машины Скорой помощи;

б) эвакуация из очага поражения только носилочных больных, первая помощь которым оказывалась персоналом Скорой помощи, и

в) эвакуация носилочных и сидячих больных, первая помощь которым была оказана до прихода санитарной машины.

Полученные данные могут служить основанием для расчетов эвакуации на санитарных машинах пораженных ОВ.

Два заседания конференции были посвящены ряду организационных вопросов, по которым было принято специальное постановление.

В этом постановлении конференция признала необходимым:

1) выработать типовой проект здания станции Скорой помощи различной мощности;

2) наладить серийное производство санитарных машин;

3) организовать массовое производство стандартных кузовов санитарных машин и их оборудования;

4) в целях сохранения существующих и привлечения новых кадров приравнять работников станций к группе работающих в заразных больницах и ввести рабочий день для ответственных и выездных врачей в 5 часов;

5) обязать станции Скорой помощи краевых и областных центров вести методологическое и инструктивное руководство работой сети Скорой помощи данной области и края.

Следующую конференцию постановлено созвать в Киеве.