

СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА

3

1967

Имеется в продаже книга:

Рейнберг С. А., проф. **Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов**. Изд. 4-е, в двух книгах. Книга 1-я, 1964, 532 стр., ц. 2 р. 70 к. Книга 2-я, 1964, 572 стр., ц. 2 р. 95 к.

Монография, написанная известным рентгенологом Советского Союза, представит интерес для врачей разных специальностей: рентгенологов, хирургов, терапевтов, педиатров, эндокринологов, травматологов, ортопедов, онкологов и других.

В книге подробно излагается рентгенологическая картина разнообразных повреждений и заболеваний костно-суставной системы. Рентгенологическая симптоматика этих изменений представлена в связи с ее анатомо-физиологическими и особенно клиническими проявлениями. Большое внимание автор уделяет клинико-рентгенологической дифференциальной диагностике. В книге представлен большой иллюстративный материал (многочисленные рентгенограммы), основанный на весьма богатых собственных наблюдениях автора.

Книга имеется в продаже в книжном магазине № 47 «Медицинская книга» [Москва, Комсомольский проспект, 25].

Отдел «Книга — почтой» магазина высылает книги наложенным платежом.

Издательство «Медицина»

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Канд. мед. наук *М. А. Мессель*

Ленинградская станция скорой медицинской помощи (и. о. главного врача Н. А. Станкузевич)

Оказание экстренной медицинской помощи в специфических условиях работы скорой помощи требует от врача быстрой ориентировки в любой обстановке, находчивости и умения влиять на окружающих, правильного распознавания характера повреждения или заболевания и самое главное — правильного оказания первой помощи, от чего нередко зависит дальнейшая судьба пострадавшего.

Несчастные случаи и внезапные заболевания, с которыми приходится сталкиваться врачу скорой помощи, накладывают особый отпечаток на всю его деятельность и определяют его тактику и поведение.

Кроме того, своеобразный характер работы врача скорой помощи чрезвычайно усложняет проведение дифференциальной диагностики.

Приводимый ниже пример подтверждает сказанное.

Во время следования трамвая по набережной Обводного канала вследствие неисправности тормозной системы штанга тормоза пробила снизу пол вагона, вонзилась в брюшную полость кондуктора П., 21 года, откуда прошла через диафрагму в грудную клетку слева и, выйдя на уровне VIII ребра, воткнулась в потолок. Таким образом, пострадавшая оказалась пригвожденной к месту, где сидела. Входное отверстие штанги — в правой подвздошной кости у передней ости подвздошной кости, выходное — на грудной клетке слева по средней аксилярной линии между VII—VIII ребрами. Пострадавшая находилась в шоке. Врач скорой помощи принял единственно правильное решение: послал одного из выезжавших с ним фельдшеров за слесарем на завод, находившийся неподалеку от места происшествия, он тотчас же стал выводить пострадавшую из шокового состояния. Прибывший через 10 мин. слесарь перепилил сверху и снизу штангу, после чего пострадавшая была уложена на носилки, доставлена в больницу им. Урицкого и там оперирована. Извлеченная из туловища штанга имела длину 94 см, в поперечнике 2 см, вес 1 кг 900 г. Через 34 дня больная выписалась в удовлетворительном состоянии и через 2 недели демонстрировалась в Хирургическом обществе им. Пирогова.

В данном случае несомненно одно: правильная тактика, выбранная врачом, способствовала благоприятному исходу тяжелой травмы.

Еще большее значение имеет правильная тактика при травматическом шоке, сопровождающемся кровотечением. По данным Ленинградской станции скорой помощи, из 653 пострадавших у 605, т. е. в 92,6%, имело место кровотечение (причем в 20% сильное). При этом следует учесть, что, если при слабом кровотечении летальность от шока равна 16,4%, то при сильном кровотечении она возрастает в 3 раза¹. Поэтому врач скорой помощи обязан проводить при развивающемся травматическом шоке не только профилактические мероприятия и ока-

¹ В. Н. Голяков. К вопросу о скорой медицинской помощи при травматическом шоке. *Здравоохранение Российской Федерации*, 1965, № 11, с. 16.

зывать проивошочковую помощь, но и бороться с сопутствующим кровотечением, помня, что любые протившоковые меры при неостановленном кровотечении будут безуспешны и лишь немедленная остановка кровотечения и замещение кровопотери при наружном кровотечении дадут желаемые результаты.

При внутреннем кровотечении единственно правильная тактика врача скорой помощи — с максимальной быстротой и минимальной затратой времени доставить пострадавшего в стационар, применяя кровоостанавливающие средства на месте и в пути следования.

Оказывая помощь пострадавшему от электротравмы, врач скорой помощи не должен забывать, что человек, пораженный электрическим током, упавший без сознания и без признаков жизни, нередко находится в состоянии клинической смерти и своевременно принятыми мерами может быть возвращен к жизни. Вот почему мы требуем от врачей скорой помощи длительного и непрерывного проведения мероприятий по оживлению пораженного электрическим током и прежде всего искусственного дыхания. В таких случаях наиболее эффективным оказывается искусственное дыхание, осуществляемое с помощью аппаратов, вдвухающих и отсасывающих воздух из легких. При отсутствии таких аппаратов искусственное дыхание осуществляется методом вдвухания воздуха изо рта в рот или нос пострадавшему. Искусственное дыхание сочетается с непрямим массажем сердца.

Многие врачи скорой помощи не знают, что опасность представляет поражение током как высокого, так и низкого напряжения. Парадоксальный на первый взгляд факт выживания людей, пораженных током высокого напряжения, наряду со случаями гибели от тока низкого напряжения дал основание известному электротравматологу Еллиннеку для афоризма: «Всякий ток может убить, но не всякий ток должен убить».

Ленинградской станцией скорой помощи был зарегистрирован случай смертельного поражения током низкого напряжения женщины 20 лет, включившей после принятия ванны аппарат «Фэн» для сушки волос в электроосветительную сеть напряжением 110 в. Все мероприятия, вплоть до внутриартериального переливания крови, оказались безрезультатными.

Если по условиям обстановки применение указанных выше методов оживления непосредственно на месте происшествия невозможно, врач может эвакуировать пострадавшего еще до появления признаков жизни, но при обязательном выполнении одного условия: во время пути обеспечить непрерывное проведение оживления.

Длительное отсутствие пульса при появлении других признаков оживления организма (узкие зрачки, самостоятельное дыхание) может служить указанием на возникновение у пострадавшего фибрилляции желудочков сердца.

Для прекращения фибрилляции (дефибрилляция) сердца применяется специальный аппарат «импульсивный дефибриллятор» ИД-1—ВИХ, генерирующий одиночные электрические импульсы, создаваемые разрядом конденсаторов. Продолжительность импульса 0,01 сек., напряжение до 6000 в.

Врачам скорой помощи следует помнить, что при наличии фибрилляции сердца введение адреналина противопоказано во избежание усиления ее.

В практике работы врача скорой помощи нередко встречаются острые отравления. Последние принадлежат к числу заболеваний, требующих особенно быстрого распознавания и помощи. Как известно, основой современной терапии острых отравлений являются быстрое разрушение, связывание и выведение яда из организма, с одной стороны, и стимуляция жизненно важных центров — с другой.

Из мероприятий по неотложной терапии острых отравлений целесообразнее применить то, которое может быть выполнено ранее других и является наиболее эффективным. Таким методом считается промывание желудка, производимое даже по истечении 2—3 часов и более после поступления яда и независимо от того, применялись или нет другие мероприятия.

Врачи скорой помощи иногда забывают, что в некоторых случаях промывание желудка делается не только при попадании яда через рот. Например, морфин и фенамин выделяются железами желудка, поэтому, чтобы помешать обратному всасыванию в кишечнике морфина и фенамина, необходимо промыть желудок и при парентеральном введении яда. В этом случае рекомендуется также ввести в желудок уголь, для того чтобы связать яд и тем самым помешать его повторному всасыванию.

До сих пор отдельные врачи скорой помощи и приемных отделений отрицательно относятся к промыванию желудка с помощью зонда при отравлениях крепкими кислотами и едкими щелочами из-за кровавой рвоты и заменяют его беззондовым промыванием, которое, как известно, сводится к обильному питью воды с последующим вызыванием рвоты. Последний метод значительно менее эффективен, кроме того, натуживание во время рвоты может способствовать развитию инсульта у пожилых людей.

Общезвестно, что при отравлениях крепкими кислотами и едкими щелочами основным мероприятием является срочное промывание желудка через зонд, что вполне закономерно и обосновано, ибо, во-первых, сокращается срок действия яда и, во-вторых, уменьшается концентрация прижигающего вещества.

Тридцатилетний опыт применения врачами Московской и Ленинградской станций скорой помощи промывания желудка при этих отравлениях независимо от наличия кровавой рвоты или примеси крови к рвотным массам свидетельствует о достаточной эффективности такого метода оказания экстренной помощи.

Немедленное промывание желудка — единственное средство, предотвращающее тяжелые деструктивные явления (рубцовые сужения пищевода, желудка) и благоприятно влияющее на исход отравлений. По материалам Института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, из больных, которым было произведено срочное промывание желудка, умерло 6,9%, а из больных, которым оно не было сделано, — 14,9%, хотя клиническая картина и степень тяжести поражения были аналогичны.

Следует помнить, что при отравлениях крепкими кислотами и едкими щелочами промывание должно производиться вне зависимости от степени ожога полости рта, если анамнестические данные указывают, что отравляющая жидкость была принята.

По данным Института им. Н. В. Склифосовского и нашим, в 22 случаях отравляющая жидкость, не затрагивая зева и пищевода, вызвала глубокие ожоги слизистой оболочки желудка. В 4 случаях при неповрежденной слизистой оболочке полости рта наступила смерть от глубокого некроза слизистой оболочки желудка. Это объясняется быстрой прохождением яда по пищеводу и наблюдается у алкоголиков, выпивших ядовитую жидкость залпом.

У возбужденных больных (при суицидальных действиях) промывание желудка необходимо делать применяя роторасширитель, так как в практике нашей работы были случаи, когда зонд перекусывался и для извлечения его требовалась лапаротомия.

С немалыми затруднениями врач скорой помощи встречается при диагностике алкогольных интоксикаций. Нередко очень трудно провести грань и установить, где кончается сильное алкогольное опьянение и начинается алкогольное отравление. В этих случаях врач может руко-

водствоваться следующим симптомокомплексом, в большей или меньшей степени характерным для алкогольной интоксикации: 1) отравленный лежит неподвижно с закрытыми глазами; 2) лицо бледное с синюшным оттенком; 3) пульс медленный, малый, мягкий, сердечные сокращения крайне слабы; 4) дыхание поверхностное, редкое; 5) сухожильные рефлексы отсутствуют; 6) на болевые раздражения и вдыхание нашатырного спирта не реагирует.

Иногда в начале интоксикации эти явления могут отсутствовать, а затем быстро нарастают, что заканчивается смертью.

Приведем пример.

Врач скорой помощи, прибывший по вызову милиционера, застал у подъезда лежащим мужчину Г., 52 лет. В истории болезни отмечено: «На вопросы не отвечает. Спит. Резкий запах алкоголя изо рта. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 76 в минуту, тоны сердца приглушены. Дыхание ровное, спокойное, 18 в минуту. Кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. Наружных повреждений не обнаружено. Диагноз: алкогольное опьянение. Г. оставлен на месте и передан милиционеру». Примерно через 40 мин. при доставке в милицию Г. скончался.

Патологоанатомический диагноз с данными химического и гистологического исследований: острое отравление алкоголем (концентрация алкоголя в крови 4,37%); изолированный атеросклероз нисходящей ветви левой венечной артерии.

Благоприятные результаты получили врачи Ленинградской станции скорой помощи, применяя нитроглицерин при коликах у больных желчнокаменной или почечнокаменной болезнью. Следует отметить, что в современной литературе по неотложной терапии желчнокаменной и почечнокаменной болезни имеет место несоответствие клинических и фармакологических заключений. Так, в руководствах, вышедших в последние годы, рекомендуется при печеночных и почечных коликах «срочное применение наиболее верного болеутоляющего средства — морфина или пантопона» (С. Г. Вайсбейн; М. Б. Парташников), несмотря на то что спазматическое действие морфина на общий желчный проток, сфинктер Одди, мочеточники отмечается во всех учебниках фармакологии. В зарубежной литературе за последнее время появились работы, посвященные лечению печеночных колик нитроглицерином.

Врачом Ленинградской станции скорой помощи С. Б. Ласкиным были проведены наблюдения по применению нитроглицерина при коликах у больных желчнокаменной или почечнокаменной болезнью¹.

В результате применения нитроглицерина при печеночной и почечной коликах у подавляющего большинства больных был получен полный эффект или достигнуто значительное улучшение. Таким образом, прием 2—3 капель нитроглицерина снимает приступ печеночной или почечной колики или снижает его интенсивность. Если после приема нитроглицерина боли полностью не проходили, то в период наибольшей активности препарата (первые 5 мин.) вводили атропин.

Мы здесь затронули лишь некоторые вопросы тактики, диагностики и неотложной терапии при оказании экстренной помощи, знакомство с которыми может быть полезно врачам скорой и неотложной помощи и участковым врачам.

¹ Применение нитроглицерина или сочетания его с атропином при печеночных и почечных коликах в условиях неотложной помощи. Сборник научных работ по вопросам неотложной хирургии органов брюшной полости. Ленинградский институт усовершенствования врачей 1959, с. 127—131.