

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ¹

Засл. врач РСФСР, кандидат медицинских наук М. А. МЕССЕЛЬ
(Ленинград)

Правильная и надлежащим образом поставленная организация неотложной терапевтической помощи имеет актуальное значение в работе амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров. Однако вопросам неотложной терапевтической помощи не всегда и не всюду уделяется главными врачами и руководителями терапевтических отделений то внимание, которое они заслуживают.

В результате такого отношения персонал отдельных поликлиник не инструктируется по этому вопросу, а главные врачи объединений и их заместители по поликлинике считают, что оказание неотложной терапевтической помощи должно быть возложено на приемные покои объединенных с поликлиниками больниц.

Обследование ряда поликлиник показало, что во многих из них организации надлежащей неотложной терапевтической помощи мешает существующая в них установка на немедленную отправку больного в стационар фактически без оказания предварительной помощи.

Этим обстоятельством, очевидно, объясняется отсутствие в этих поликлиниках обязательного минимума средств для оказания первой помощи.

Касаясь отдельных организационных дефектов по оказанию неотложной терапевтической помощи, необходимо прежде всего отметить, что в поликлиниках подчас не проводятся простые мероприятия по приему тяжело больных. Например, в поликлиниках, имеющих несколько этажей, путь для тяжело больных от входа в поликлинику до врачебного кабинета представляет немалые трудности только потому, что на площадках лестниц между маршами нет стульев и диванов для отдыха этих больных.

Очень важно, чтобы каждая поликлиника, стационар были подготовлены на случай аварии электрического освещения и имели запасный свет (керосиновые лампы, свечи, аккумуляторное освещение).

Само собой разумеется, что каждая поликлиника и приемное отделение больницы должны иметь таблицы противоядий и противоядия, из последних — универсальное противоядие и антидот Стржжижевского против отравлений тяжелыми металлами, в частности сулемой. К сожалению, бывает так, что врачи и сестры не знают ни дозировки, ни способ применения противоядий.

В некоторых поликлиниках не соблюдаются правила хранения сыпороток (последние хранятся при несоответствующей температуре). Следует обратить также внимание на строгий учет расходуемого кислорода. Недостаточно иметь запас кислорода, надо знать его остаток;

¹ Доложено на Совете неотложной терапии Ленинградского городского отдела здравоохранения 12 июня 1957 г.

поэтому необходимо, чтобы каждый баллон с кислородом имел манометр.

Переходя к отдельным разделам неотложной терапии (отравления, острая сердечно-сосудистая и легочная недостаточность, стенокардия и инфаркт миокарда, внезапные заболевания органов брюшной полости), необходимо подчеркнуть, что вопросы организации неотложной терапевтической помощи при указанных заболеваниях далеко еще не разрешены.

Возьмем острые химические и пищевые отравления. Нельзя допустить, чтобы лечебные учреждения не имели возможности оказать полноценную неотложную терапевтическую помощь при острых отравлениях, в частности при отравлении тяжелыми металлами (сулемой). Следует отметить, что до сего времени Главное аптечное управление Министерства здравоохранения СССР не озаботилось изготовлением таких эффективных противоядий, какими являются противоядия типа ВАЛ и унитиол, обезвреживающие, в отличие от антидота Стржжижевского, резорбированную всосавшуюся сулему. Также не выпускается противоядие при отравлении морфином: нор-алил-морфин. Кроме того, весьма важно обеспечить не только станции скорой помощи, но и все лечебные учреждения полноценными таблицами противоядий и справочниками. К сожалению, некоторые справочники не находятся на уровне современных требований, а авторы их, не обладая, по-видимому, собственным опытом, повторяют то, что было написано в предыдущих изданиях, забывая о более совершенных и новых методах. Характерный факт: несмотря на то, что промывание желудка при отравлениях крепкими кислотами и едкими щелочами вполне оправдано, эффективно и применяется свыше 40 лет, В. И. Скворцов в своем учебнике фармакологии, выпущенном в 1948 году, считает этот метод «часто противопоказанным...» (стр. 496).

Общеизвестно, что при отравлениях крепкими кислотами и едкими щелочами основным мероприятием является **немедленное промывание желудка**, которое врач обязан делать на месте (обычно врач скорой помощи), ни в коем случае не откладывая этого до доставки пострадавшего в стационар. Такое требование, предъявляемое, в частности, инструкцией Министерства здравоохранения СССР по оказанию первой помощи от 1950 г., вполне закономерно и обосновано, так как при промывании желудка **на месте** сокращается, прежде всего, время действия яда, повреждающее влияние которого пропорционально времени, прошедшему с момента отравления, и, во-вторых, время на доставку больного в больницу является «астрономической цифрой», по сравнению с временем диффузии яда в окружности очага поражения.

30-летний опыт службы скорой помощи в Москве и Ленинграде по применению промывания желудка при этих отравлениях, независимо от кровавой рвоты или примеси крови к рвотным массам, показал эффективность такого метода оказания экстренной помощи.

Однако, в брошюре «Лечение ожогов пищевода едкими и химическими веществами», выпущенной в 1956 г. Госмедиздатом УССР и предназначенной для практических врачей, К. П. Радзимирский пишет (стр. 19): «...в самой ранней стадии болезни, начиная с момента ожога, первая помощь состоит из осторожного, раннего (через 1—3 часа после ожога) промывания желудка теплой водой (6—7 литров); ...при кровавой рвоте противопоказано введение в пищевод желудочного зонда».

Таким образом, К. П. Радзимирский рекомендует проводить «раннее промывание желудка через 1—3 часа». По нашему мнению, такое промывание желудка через 1—3 часа после отравления ничего, кроме вреда, не принесет.

Но если надлежащей подаче неотложной помощи при этих отравлениях мешает отсутствие полноценных справочников, таблиц противоядий и самих противоядий, то оказание неотложной терапевтической помощи при пищевых токсико-инфекциях требует внесения определенных поправок, так как многие стационары склонны без достаточных оснований заменять этот диагноз более «спокойным» диагнозом: «острый гастрит». Анализом материалов по пищевым отравлениям установлено, что даже в тех случаях, когда налицо имеются все симптомы пищевого отравления, сопровождающиеся тяжелым состоянием, и хотя приемное отделение применяет соответствующую пищевому отравлению терапию, стационар нередко ограничивается диагнозом «острый гастрит». А ведь далеко не все равно, поставит ли приемное отделение диагноз «острый гастрит» или «пищевое отравление». В последнем случае больница должна незамедлительно провести ряд мероприятий: уведомить государственную санитарную инспекцию, собрать и отправить материал (рвотные массы, испражнения) для анализа в лабораторию и прочее. Этим последним обстоятельством, по-видимому, и можно объяснить отмену некоторыми стационарами диагноза: «пищевое отравление».

Кроме того, врачам амбулаторно-поликлинических учреждений, приемных отделений и, в особенности, врачам станций скорой помощи следует помнить, что диагноз «пищевое отравление» нередко затушевывает тяжелые заболевания, при которых промывание желудка, как основной метод неотложной помощи при пищевых отравлениях абсолютно противопоказано (инфаркт миокарда, инсульт и т. п.).

По данным Ленинградской станции скорой помощи, из 519 больных, госпитализированных в Ленинграде врачами станции скорой помощи с диагнозом: «пищевое отравление», в стационарах установлено у 11 больных нарушение мозгового кровообращения, у 7 — гипертоническая болезнь, у двух — инфаркт миокарда и у одного — стенокардия.

В вопросах неотложной терапевтической помощи при стенокардии и инфаркте миокарда до последнего времени не было единства во взглядах на тактику врача при этих заболеваниях. Одни считали (Ленинградская станция скорой помощи), что больные со свежим инфарктом миокарда и во время приступа грудной жабы не госпитализируются, так как требуют абсолютного покоя (за исключением случаев, когда больные находятся на улице или в общественных местах). Другие (Московская станция скорой помощи) придерживались противоположной точки зрения.

В июле 1954 года Министерством здравоохранения СССР была выпущена инструкция, которая внесла ясность в вопрос госпитализации больных со свежим инфарктом миокарда. Согласно этой инструкции, «больные со свежим инфарктом миокарда, как правило, подлежат госпитализации в терапевтические отделения больницы и терапевтические клиники, где им должны быть обеспечены соответствующий уход и лечение, в частности — в случае необходимости — антикоагулянтами». По инструкции, противопоказанием к перевозке больных, находящихся на дому, является только состояние шока или коллапса.

Эта инструкция, как нам кажется, требует внесения некоторых коррективов. Прежде всего, необходимо включить в противопоказания к перевозке больных со свежим инфарктом миокарда агональное состояние, резко выраженный болевой синдром и сон больного.

При агональных состояниях госпитализация, само собой разумеется, исключается.

Резко выраженный болевой синдром должен быть сначала устранен, и только после этого, обеспечив больному на некоторое время полный покой, врач может решать вопрос о госпитализации.

Сон больного является прямым противопоказанием к госпитализации, так как действует благотворно на больного, — обстоятельство, не требующее доказательств.

Практика нашей работы показывает, что при названных состояниях врачи никогда не госпитализируют больных, и нельзя от них требовать слепого выполнения инструкции.

Кроме того, в инструкции следовало бы указать наиболее благоприятные сроки для госпитализации больных.

Весьма ответственна роль врачей скорой медицинской помощи и участковых врачей при острых заболеваниях органов брюшной полости.

Если условия, при которых приходится оказывать в стационарах неотложную хирургическую помощь при этих заболеваниях, нельзя назвать благоприятными, то есть если хирург лишен возможности повторного и длительного исследования больного, он не вправе иногда применять некоторые методы исследования, у него нет подчас времени на подготовку сердечно-сосудистой или других систем к операции, то еще большие трудности встают перед врачом скорой и неотложной помощи и участковым врачом. Он ограничен во времени, не может прибегнуть к клиническим исследованиям и в то же время должен быстро ориентироваться и правильно распознать характер заболевания.

Практика работы врачей внебольничных учреждений, в особенности врачей скорой и неотложной помощи, показывает, что никогда положение врача не бывает столь трудным и ответственным, как перед лицом больных с острыми, внезапно наступившими заболеваниями органов брюшной полости. От того, насколько быстро и правильно принято решение в этих случаях, зависит судьба больного, участь которого по сути предрешает первый врач, видевший больного, а таким врачом очень часто является врач скорой помощи или участковый врач.

Сказанное можно иллюстрировать следующим примером: участковый врач, посетив больного в возрасте 45 лет и услышав жалобы на тошноту, боль в животе и общую слабость, поставил диагноз: «гастрит» и, предложив больному положить на живот грелки, оставил его на месте. Состояние больного не улучшалось. На следующий день — через 15 часов — состояние больного резко ухудшилось, и к нему был вызван врач скорой помощи; установили острую кишечную непроходимость и госпитализировали больного. Оперативное вмешательство оказалось запоздалым — больной погиб. В данном случае ошибка врача повлекла за собой летальный исход. За ошибку врача больной расплатился жизнью.

Мы не можем и не должны требовать от врачей скорой помощи и врачей амбулаторно-поликлинических учреждений детального диагноза. Самое большее, что от них требуется в условиях их работы — распознать явления «острого живота» и направить больного в стационар; то же самое они должны сделать и при подозрении на «острый живот». А отсюда вытекает и тактика врача при этих заболеваниях, о которой говорил еще в 1937 году Ю. Ю. Джанелидзе: «...в сомнении госпитализируй, и чем раньше, тем лучше».

Могут возразить, что при такой тактике в стационары будут направляться больные с неуточненным диагнозом, вследствие чего увеличится «гипердиагностика» острых заболеваний органов брюшной полости. Это вполне возможно, но зато резко уменьшится в этих случаях летальность, так как общеизвестно, что от ранних сроков госпитализации зависит благоприятный исход подобных заболеваний.

Значение оксигенотерапии при оказании неотложной терапевтической помощи при сердечной и дыхательной недостаточности доказывать не приходится. Наша отечественная медицинская промышленность выпускает хорошие кислородные ингаляторы — КИ-3, кислородные палатки

и другую аппаратуру. В особенности удобен для целей неотложной терапии кислородный ингалятор КИ-3. Этот ингалятор имеет маску с выдыхательным клапаном, мешок для скопления кислорода во время выдоха, редуктор для регулирования скорости подачи кислорода, инжектор для подмешивания к кислороду воздуха. Максимальный запас кислорода в баллоне равен 210 литрам.

Для производства искусственного дыхания исключительно эффективным является аппарат искусственного дыхания — «Горноспасатель-2». Этот прибор является универсальным автоматическим аппаратом для искусственного дыхания. Он позволяет производить искусственное дыхание двумя способами: по методу вдувания воздушной смеси в легкие оживляемого субъекта и отсасывания ее из них (основной метод), а также при помощи пневматической манжеты (вспомогательный метод).

Аппарат позволяет также проводить ингаляцию кислородом или смесью кислорода с воздухом и аспирацию — очистку верхних дыхательных путей пострадавшего.

Благодаря сочетанию этих двух различных методов, аппарат пригоден для проведения искусственного дыхания при остановках дыхания, вызванных различными причинами. Аппарат приводится в действие сжатым кислородом, заключенным в стальной баллон, при помощи инжекторов и эжекторов. Инжектор подсасывает атмосферный воздух. Создаваемая воздушно-кислородная смесь поступает в легкие оживляемого человека при искусственном дыхании — по первому способу или в пневматическую манжетку при искусственном дыхании — по второму способу. Благодаря эжектору, осуществляется аспирация газовой смеси из легких или манжеты.

При проведении искусственного дыхания обоими способами аппарат работает автоматически. Роль лица, осуществляющего искусственное дыхание, сводится к подключению аппарата к пострадавшему человеку, установлению необходимого режима искусственного дыхания, наблюдению за пострадавшим и за правильной работой аппарата по имеющимся в нем контрольным приборам.

«Горноспасатель-2» смонтирован в дюралюминиевом футляре с открывающейся крышкой¹.

Показания для применения аппарата «Горноспасатель-2»: расстройство и ослабление дыхания, приводящие к недостаточной вентиляции легких, вызывающие учащение дыхания и цианоз кожных покровов и слизистых; прекращение дыхания при наличии слабой сердечной деятельности, состояние клинической смерти при электротравме.

Однако очень редко стационары и поликлиники имеют кислородные ингаляторы, не говоря уже о таком аппарате как «Горноспасатель-2», и поэтому, как правило, пользуются кислородной подушкой, хотя она и не отвечает современным требованиям кислородной терапии, поскольку не обеспечивает нужной концентрации и поступления в дыхательные пути достаточного количества чистого кислорода. Это объясняется отсутствием зарядных станций, что вынуждает лечебные учреждения воздерживаться от приобретения кислородной аппаратуры.

Мы далеко не исчерпали всех вопросов организации неотложной терапевтической помощи, но затронули лишь некоторые из них, правильное разрешение которых поможет выполнить основную задачу, стоящую перед каждым лечебным учреждением, — повысить качество оказываемой помощи.

Статья поступила 29 августа 1957 г.

¹ Общие данные об аппарате «Горноспасатель-2» взяты из инструкции «Аппарат искусственного дыхания «Горноспасатель-2», составленной ст. научным сотрудником Центральной научно-исследовательской лаборатории по горноспасательному делу Н. С. Диденко. Сталино, 1956.