

следующей рентгенографией черепа позволила автору установить органический характер остаточных явлений при закрытой травме мозга у больных, которые до этого расценивались как невротич.

Общее впечатление о работах сборника по невропатологии вполне благоприятное. Каждая статья в определенной степени интересна, практически целенаправлена.

Можно сделать несколько критических замечаний в адрес технической редакции сборника, но в целом рецензируемый сборник заслуживает, несомненно, положительной оценки и должен быть рекомендован широкому кругу врачей-невропатологов и психиатров, которые смогут извлечь из него много нового и полезного. С этой точки зрения приходится выразить сожаление по поводу малого тиража книги (1000 экз.).

А. Л. Лещинский, Т. Осинцева (Ижевск)

УДК 614.88

Новое в работе станции скорой медицинской помощи.  
Ред. И. А. Островский, М., «Медицина», 1964. 4,9 п. л., цена 25 коп.

Рецензируемая брошюра представляет собой сборник статей работников станции скорой медицинской помощи г. Москвы. Очень ценно, что в ней излагается в предельно насыщенном виде богатейший опыт оказания специализированной скорой помощи. Здесь описаны принципы организации и тактики помощи больным с травматическим шоком, инфарктом миокарда, острыми нарушениями мозгового кровообращения, острыми отравлениями.

Первый раздел книги посвящен организационным вопросам и состоит из двух статей. В первой из них, написанной засл. врачом РСФСР Л. Б. Шапиро, описана структура подразделений Московской станции скорой помощи. Принципиально новым является теснейшая связь станции с большинством институтов и клиник города, что обеспечивает преемственность в лечении больных и создание специально оборудованных санитарных машин, обслуживаемых специализированными бригадами с профилировкой их работы: а) инфаркты миокарда, осложненные коллапсом; б) шок; в) черепно-мозговая травма; г) инсульт мозга; д) отравление, е) борьба с терминальными состояниями. Л. Б. Шапиро подчеркивает, что такая структура по бригадному типу позволила решить важнейший вопрос о транспортировке больных инфарктом миокарда с обязательной их госпитализацией вне зависимости от срока, когда произошел этот инфаркт. Во второй статье (автор Н. А. Ромодин) излагаются некоторые организационные формы работы станции скорой медицинской помощи по повышению врачебной квалификации, расширению диапазона мероприятий на дому, уменьшению процента диагностических ошибок, улучшению санитарно-просветительной работы среди населения и политико-воспитательному движению за коммунистический труд. Н. А. Ромодин подчеркивает, что в результате всех этих мер наступили объективные сдвиги в показателях работы станции. Примером служит снижение процента летальности к числу обслуженных при выездах больных за один год с 1,6% в 1961 г. до 1,4% в 1962 г.

Любому практическому врачу необходимо ознакомиться с работой А. С. Сметнева и В. С. Белкина о тактике врача у постели больного инфарктом миокарда с развившимся «кардиогенным коллапсом». В статье приводится подробное обоснование лечебных вмешательств и их методика, дана простая схема лечения «кардиогенного коллапса» по его степеням. Так, в третьей степени коллапса рекомендуется: 1) введение прессорных аминов (мезатона, норадреналина); сердечных гликозидов; опиатов; гепарина; 2) ингаляции смеси закиси азота с кислородом (50% : 50%) через аппарат АН-8; 3) оксигенотерапия. А. С. Сметнев и В. С. Белкин приходят к категорическому выводу: «Всех больных инфарктом миокарда необходимо госпитализировать независимо от дня и часа заболевания ..., и чем раньше произведена госпитализация, чем раньше начата терапия при инфаркте миокарда, особенно осложненного коллапсом, тем больше шансов спасти больного». Статья хорошо иллюстрирована клиническими примерами.

Общие принципы лечения и транспортировки больных в состоянии травматического шока изложены в сообщении Г. П. Амбатьелло. Описано оборудование противошоковой машины—микроавтобуса РАФ-977. Автор рекомендует проводить при травматическом шоке три комплекса мероприятий: 1) обезболивание (наркотики, нейролегические смеси, новокаиновые блокады, наркоз закисью азота), проводимое одновременно с тщательной иммобилизацией переломов; 2) лечение гемодинамических нарушений (переливания крови, полиглюкина, синкола внутривенно или внутриаартериально) и остановка кровотечения; 3) борьба с дыхательной недостаточностью и нарушением обменных процессов (оксигенотерапия, парентеральное введение витаминов, АКГТ, кортизона и т. д.).

Большой интерес для невропатологов, несомненно, представит статья В. В. Лебедева об оказании помощи и транспортировке больных с мозговым инсультом. В. В. Лебедев обращает внимание читателя на высокий процент летальных исходов

при инсульте в первые 4—6 дней с момента начала заболевания (80% из всех умерших от цереброваскулярной недостаточности!). Обсуждая вопросы госпитализации, автор настаивает на необходимости оказания ранней квалифицированной помощи и экстренной транспортировки больных в специализированные невропатологические или нейрохирургические отделения. Свои выводы он обосновывает наблюдениями над 1700 больными. В. В. Лебедев приводит ряд схем оказания медицинской помощи в зависимости от патогенеза инсульта (гипертоническая болезнь, кровоизлияние, тромбоз, черепно-мозговая травма и т. д.). В статье кратко описано оборудование специализированной машины скорой помощи.

Опыт лечения больных с острыми отравлениями в условиях скорой помощи изложен в работе В. Н. Дагаева и Е. А. Лужникова. Актуальность темы бесспорна и подтверждается данными, что всего за год было обслужено 900 больных в возрасте от 10 месяцев до 80 лет с острыми интоксикациями ядами более 100 наименований. Из них на медикаменты, бытовые химикаты, промышленные газы и яды в Москве пришлось 83,9%. Следует отметить оговорку авторов, что обслуживались специализированной бригадой только особо тяжелые случаи острых отравлений. Статья интересна не только описанием неотложной помощи при отравлениях барбитуратами, фосфорорганическими соединениями, но и расширением показаний для промываний желудка через зонд. В. Н. Дагаев и Е. А. Лужников считают, что практически, за исключением терминальных состояний, «...не существует противопоказаний для промываний желудка зондом». При коматозном состоянии промывания желудка проводились после предварительной интубации. Авторы неоднократно прибегали к реанимации по В. А. Неговскому в терминальных состояниях. Некоторым недостатком статьи является довольно отрицательное отношение В. Н. Дагаева и Е. А. Лужникова к немедленной антидотной терапии при ряде отравлений (стр. 89, 3-й абз. снизу). Из описания оборудования видно, что в качестве антидотов используются всего только семь препаратов, хотя в действительности количество противоядий больше четырех — пяти десятков.

Издательство «Медицина» выпустило в свет интересную и очень полезную книгу, и стоит только пожалеть, что тираж ее всего 3800 экз.

**В. Ф. Боговлянский**  
(Казань)

---

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

---

### ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

УДК 616.366—002

(Научная сессия Ленинградского научно-исследовательского института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе)  
19—22/1 1965 г.

Сессия началась с доклада директора института Г. Д. Шушкова, который указал на значительное увеличение за последние 10 лет больных острым холециститом. За это время в институте лечилось 2219 больных с этим заболеванием. Часто клинические симптомы при остром холецистите не соответствуют патолого-анатомическим изменениям в желчном пузыре. Ввиду того, что ранее применение антибиотиков при холециститах сглаживает клиническую картину заболевания, институт не рекомендует применение антибиотиков до оперативного вмешательства.

Институт считает показанным при острых холециститах срочное хирургическое вмешательство, особенно у лиц старше 60 лет, при обязательной ревизии желчных путей (пальпация, зондирование, манометрия, холангиография). Общая послеоперационная смертность — 8,8%. После оперативного лечения больные диспансеризируются в течение 2 лет.

А. Т. Лидский и Мищенко (Свердловск) доложили о клинике острых безкаменных холециститов. Они отметили особенности их течения: отсутствие коллик, крайнюю редкость при них желтухи, более тяжелое течение вследствие частых осложнений острым панкреатитом (25,4%), перитонитом (15,6%), холангитом (1,9%), перфорацией желчного пузыря (8,9%).