

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ СЛУЖБА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. ЛЕНИНГРАДА

В. Н. ГОЛЯКОВ — начальник Управления скорой медицинской помощи
г. Ленинграда

Осуществление экстренной медицинской помощи, как известно, возложено на целый ряд медицинских учреждений: Станции скорой помощи, пункты неотложной помощи, травматологические пункты, поликлиники и больницы.

Среди этих медицинских учреждений Станция скорой помощи по характеру и специфике своих задач занимает особое место. Имеется еще немало взглядов и мнений, сводящих роль скорой помощи лишь к быстрой доставке пострадавшего от места происшествия в стационар. Однако опыт работы Ленинградской Станции скорой помощи позволяет отвергнуть это положение и сделать вывод о необходимости оказания медицинской помощи непосредственно на месте происшествия.

Контингент больных, не считая больных с острыми психическими расстройствами и рожениц, обслуживаемых врачами скорой помощи, составляет две основные группы: 1) пострадавшие от несчастных случаев и 2) больные с внезапными заболеваниями. За последние пять лет соотношение между этими двумя группами стабилизировалось: 35% падает на несчастные случаи и 65% — на внезапные заболевания.

В группе несчастных случаев наибольший удельный вес составляют травмы — 82,1%, второе место по численности занимают отравления — 9,2% и на долю ожогов и электротравм падает 5,7%. В группе внезапных заболеваний центральное место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, составляющие одну треть обслуженных больных (35%). Установлено, что около 90% всех случаев скоропостижной смерти при внезапных заболеваниях составляют больные с тяжелой сердечно-сосуди-

стой патологией. К смертельным же исходам в группе несчастных случаев главным образом приводят тяжелые травмы, осложненные кровопотерей и шоком. Таким образом, в результате изучения контингента больных, обслуживаемых врачами скорой помощи, и причин внезапной смерти, наступившей до прибытия или в присутствии врача скорой помощи, напрашивается вывод, что одной из основных задач службы скорой медицинской помощи является увеличение объема и повышение качества медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях и тяжелых травмах непосредственно на месте происшествия и создание дифференцированных медицинских служб.

Значение сердечно-сосудистых заболеваний определяется не только их частотой, но и тяжестью течения, последующей инвалидностью и, самое главное, высокой летальностью. Наиболее опасным и тяжелым заболеванием является острый инфаркт миокарда. Летальность в стационарах, по данным советских авторов, составляет при инфаркте миокарда без гипертонической болезни 14,5%, а при инфаркте миокарда на фоне гипертонической болезни — 17,2% (Л. Е. Лукомский и Е. М. Тареев). Исходы острого инфаркта миокарда во многом зависят от ранней диагностики, раннего применения современных методов лечения и своевременной госпитализации.

В свете изложенного становится очевидным важное значение организации специализированной скорой медицинской помощи при остром инфаркте миокарда и его осложнениях.

Задачами этой службы скорой медицинской помощи являются ранняя диагностика острого инфаркта миокарда или прединфарктного состояния в ближайшие часы с момента заболевания и применение соответствующей терапии в целях профилактики возможных осложнений.

Для осуществления этих задач в 1958 году впервые в Советском Союзе при Ленинградской Станции скорой медицинской помощи был организован «Центр по борьбе с тромбоэмболическими заболеваниями». Организация специализированной службы по борьбе с тромбоэмболическими заболеваниями именно при Станции скорой медицинской помощи города явилась новой формой оказания экстренной диагностической и лечебной помощи наиболее тяжелому контингенту больных с сердечно-сосудистой патологией. Целесообразность организации этой службы при Станции скорой помощи продиктовано тем, что она располагает мобильными средствами для оказания срочной медицинской помощи, благодаря чему выездные врачи могут прибыть к больному в первые минуты после начала заболевания.

Оценка результатов работы специализированной службы по борьбе с тромбоэмболическими заболеваниями показывает, что ранняя диагностика острого инфаркта миокарда, своевременно начатое лечение, в том числе и антикоагулянтами, а также свое-

временная госпитализация значительно улучшают течение заболевания, снижают количество осложнений и уменьшают летальность. Так, по материалам Станции скорой помощи г. Ленинграда после применения антикоагулянтов с первых часов или с первого дня заболевания, летальность в стационарах составила 8,5%, при лечении антикоагулянтами со 2—3-го дня умерло 10,4%, а в более поздние сроки — 11%. Анализ электрокардиографических изменений у выписанных больных показал, что благоприятная динамика чаще наблюдалась в группе больных, леченных антикоагулянтами в ранние сроки. У этой группы больных быстрее исчезали болевые ощущения.

Накопленный опыт по ранней госпитализации больных с острым инфарктом миокарда и полученная специальная подготовка позволили врачам бригады более правильно оценивать тяжесть состояния и устанавливать более точные противопоказания к их транспортировке в стационар. Количество так называемых «нетранспортабельных» больных с инфарктом миокарда благодаря этому снизилось с 20% в 1959 г. до 4% в 1960 г. Исходы острого инфаркта миокарда у больных, госпитализированных в более ранние сроки, были более благоприятными, чем у больных, оставленных на дому или поздно госпитализированных.

Четырехлетний опыт работы позволяет считать, что специализированная скорая помощь при тромбоэмболических заболеваниях полностью себя оправдала.

Вряд ли в настоящее время можно сомневаться в необходимости рационального расширения объема медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях таких, как шок и терминальные состояния. Необходимость организации специализированной службы скорой медицинской помощи для борьбы с шоком и терминальными состояниями диктуется еще и тем, что эти патологические состояния, как указывалось выше, относительно часто встречаются в практике скорой помощи. Ранняя и полноценная медицинская помощь на месте несчастного случая или заболевания является одним из важнейших факторов, способствующих снижению летальности от травматического шока. Между тем, как показали наши наблюдения, от момента получения травмы до начала оказания пострадавшему противошоковой помощи в стационаре часто проходило 30—40 и свыше мин., то есть терялось драгоценное время и тем самым утяжелялось состояние больного. К тому же известно, что транспортировка тяжело пострадавших без предварительного оказания им противошоковой помощи является отягчающим для больного фактором. В связи с этим врачи Ленинградской Станции скорой помощи, начиная с 1957 г., стали внедрять в практику комплекс противошоковых мероприятий пострадавшим с тяжелыми повреждениями на месте происшествия и в машине скорой помощи. Однако вскоре стало очевидным, что оснащение обычной санитарной машины

и не всегда достаточная подготовленность выездных врачей, не позволяют осуществить весь комплекс лечебных мероприятий при этих состояниях. В связи с этим в 1958 г. в Ленинграде была создана специализированная санитарная машина, обеспеченная высококвалифицированными кадрами и оснащенная всем необходимым для борьбы с шоком и терминальными состояниями.

Нами накоплен некоторый опыт, позволяющий дать известную оценку скорой медицинской помощи при шоке и терминальных состояниях.

Наши наблюдения над 1350 больными показали, что расширение объема медицинской помощи на месте происшествия и в санитарной машине вполне целесообразно. Об этом свидетельствует снижение процента летальных исходов при шоке в стационарах с 29,8% до 14,5%, т. е. в 2 раза, а среди больных, доставленных специализированной машиной, — до 6%.

Следует отметить, что благодаря полной противошоковой помощи на месте происшествия (применение наркоза закисью азота, новокаиновые блокады, внутривенные вливания крови и плазмозаменителей, оксигенотерапия, введение прессорных аминов, дыхательных и сердечных аналептиков) во многих случаях удалось предупредить развитие тяжелых стадий шока и терминальных состояний. Наши наблюдения над 308 больными, находящимися в состоянии шока, показывают, что применение комплекса энергичных лечебных мероприятий, позволяет вывести многих пострадавших на месте происшествия из тяжелых стадий шока и доставить их в стационары.

Наш опыт выведения из состояния клинической смерти, наступившей в результате острой кровопотери у родильниц в роддомах, куда вызывается специализированная санитарная машина для срочного оказания помощи, показал весьма благоприятные результаты, однако мы считаем, что такая помощь не отвечает задачам службы скорой медицинской помощи.

Одним из главных условий, определяющих исход лечения терминальных состояний, является время начала оказания медицинской помощи. Между тем, в подавляющем большинстве случаев продолжительность времени от момента вызова до прибытия скорой помощи к больному колеблется от 6 до 8 минут. При шоке прибытие врача скорой помощи в эти сроки позволяет осуществить ряд лечебных мероприятий с известным эффектом. При агональном же состоянии и особенно при клинической смерти, осуществляемые методы оживления организма (внутриартериальное переливание крови, аппаратное искусственное дыхание, массаж сердца) часто оказываются безуспешными. В тех случаях, когда терминальное состояние наступает в присутствии врача скорой помощи, исходы несколько более благоприятны. Наш опыт лечения терминальных состояний дает основание по-

лагать, что дальнейшее улучшение организации скорой медицинской помощи, расширение специализированной службы, обеспечение ее квалифицированными кадрами реаниматоров позволит достигнуть значительно более благоприятных результатов.

Оказание высококвалифицированной помощи больным с острым заболеванием нервной системы в виде нарушения мозгового кровообращения по типу кровоизлияния в мозг, тромбоза, эмболии, динамического расстройства немыслимо без привлечения специалистов-невропатологов на станции скорой помощи. Поэтому с мая месяца текущего года при Станции организована скорая неврологическая помощь, основными задачами которой являются раннее оказание специализированной помощи неврологическим больным, заключающееся в обеспечении активной терапии в первые часы заболевания и осуществление квалифицированного отбора больных для ранней госпитализации в специализированные отделения. Бригада скорой неврологической помощи состоит из врача-невропатолога, фельдшера и лаборанта. Раннее лечение по показаниям осуществляется антикоагулянтами, коагулянтами, сосудорасширяющими, гипотензивными, седативными средствами, антибиотиками, а также оксигенотерапией. Производятся на месте у больного клинические и биохимические анализы крови, мочи и спинномозговой жидкости.

За 5 месяцев работы скорой неврологической помощи обслужено 376 больных, из них с острым нарушением мозгового кровообращения 292 человека (79,5%), с прочими нервными заболеваниями — 51 человек (13,5%) и больных без заболеваний нервной системы — 23 человека (6%). Среди больных с острым нарушением мозгового кровообращения 113 человек (40%) было с кровоизлияниями в мозг, 126 человек (43%) с инфарктом мозга и 53 человека (17%) с динамическим нарушением мозгового кровообращения. 30,5% острых сосудистых больных были госпитализированы. Больные с кровоизлиянием госпитализировались из дома при наличии показаний для хирургического лечения по улучшению состояния спустя 5—6 часов после инсульта. Ишемические инфаркты мозга, за небольшим исключением, позволяли более свободно осуществлять раннюю госпитализацию. Целесообразность госпитализации больных с динамическим нарушением кровообращения не вызвала сомнений, принимая во внимание возможность повторного нарушения с образованием очаговых поражений.

Дальнейшая научная разработка материалов скорой неврологической помощи позволит получить истинное представление о составе больных с острым нарушением мозгового кровообращения, решить вопрос о целесообразности ранней госпитализации этих больных в специализированные отделения и эффективность современных методов лечения.

Весьма важную роль в работе скорой помощи имеет оказа-

ние экстренной психиатрической помощи душевнобольным, являющимся по характеру своего заболевания социально опасными. Выездные врачи скорой помощи не могут быть компетентными в вопросах оказания экстренной психиатрической помощи, а также в вопросах, связанных с изоляцией или госпитализацией психических больных. Для обслуживания больных с психическими расстройствами на Станции скорой помощи имеются бригады врачей-психиатров и фельдшеров, имеющих специальную подготовку. Бригада во главе с врачом-психиатром направляется на все случаи, где имеет место агрессивное поведение больного: покушение на самоубийство, наличие бредовых идей, острого возбуждения или угнетения и для оказания консультативной помощи выездным врачам скорой помощи для отграничения психического заболевания от соматического.

За последние годы процент госпитализированных больных с психическими расстройствами несомненно снижается: с 53,7% в 1955 г. до 42,2% в 1961 г. Эти цифры говорят о том, что качество диагностики врачей повышается, врачи правильно оценивают состояние больного и возможность его амбулаторного лечения. Использование медикаментозных средств для купирования возбуждения, стимулирующая и противосудорожная терапия непосредственно на месте заболевания, строго обоснованная госпитализация душевнобольного в психиатрическую больницу — это и есть высокое качество специализированной психиатрической помощи.

Для обслуживания рожениц на Станции скорой помощи выделены специальные акушерские машины со средним медицинским персоналом — акушерками. Машины обеспечены соответствующим оборудованием, медикаментами и комплектами белья для родильницы и новорожденного. Предоставление скорой акушерской помощи роженицам ведет к резкому снижению осложнений во время родов, а также предупреждает роды в неудовлетворительных гигиенических условиях, ведущих к осложненному послеродовому периоду. Специально подготовленные кадры по вопросам неотложной помощи при акушерской патологии ставит эту группу специалистов в группу специализированной медицинской помощи.

Специализированная скорая медицинская помощь на первом этапе — на месте происшествия, на дому или в санитарной машине имеет важное значение для исхода заболевания или повреждения. Не менее важное значение имеет, разумеется, и срочная медицинская помощь на последующих этапах — в приемном отделении стационара и в стационаре. Нет надобности доказывать, что только последовательность и преемственность в оказании срочной медицинской помощи больным и пострадавшим на всех этапах могут обеспечить благоприятные исходы.