Объединяясь для спасения жизни

НПО ВНМ

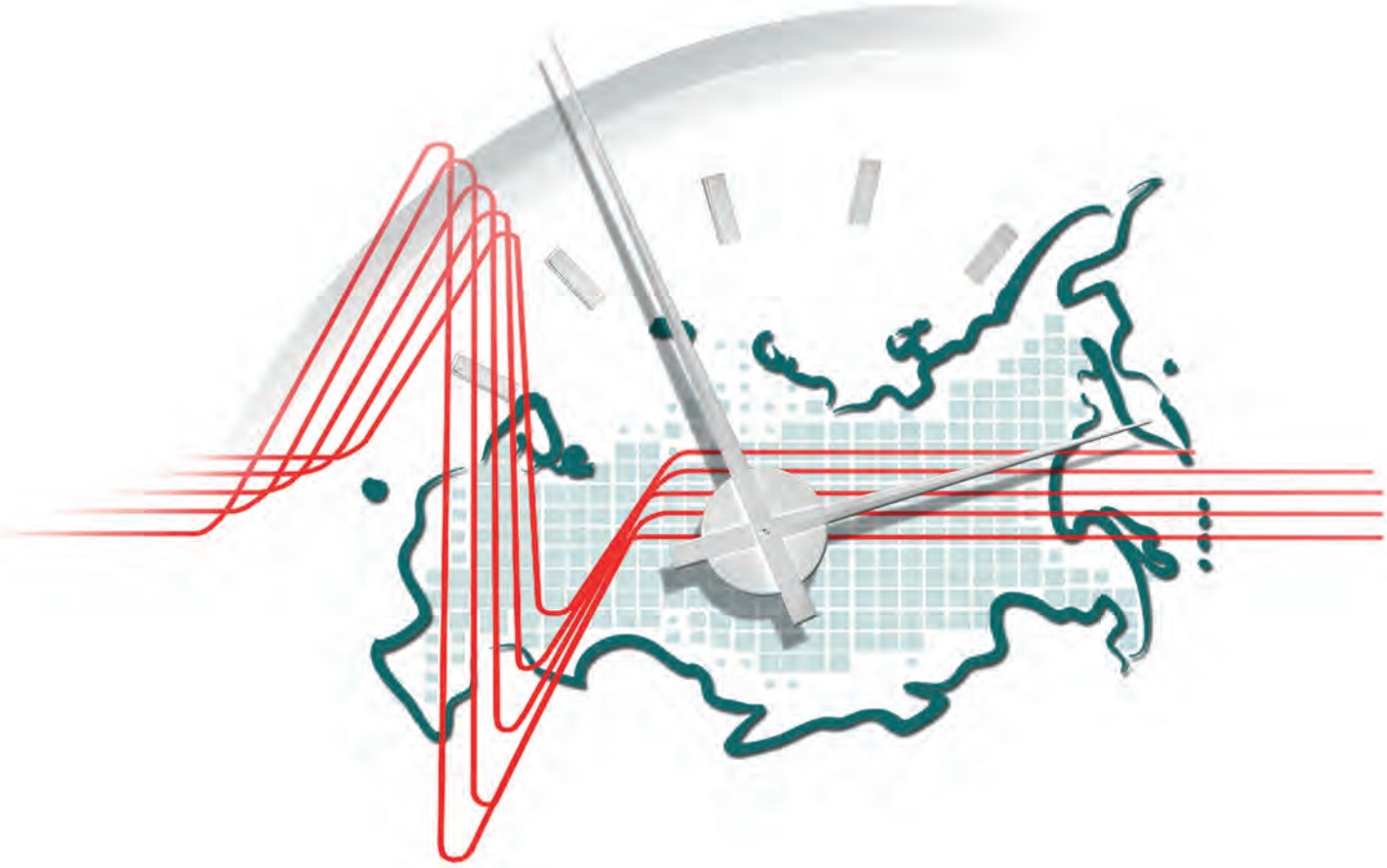
НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОСОВСКОГО

РОЛЬ БОЛЬНИЦ СКОРОЙ ПОМОЩИ И НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ИНСТИТУТОВ В СНИЖЕНИИ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Материалы 4-го съезда врачей неотложной медицины

МОСКВА

19–20 ОКТЯБРЯ 2018 г.



в которой основные жалобы распределяются по одной из 52 блок-схем, при этом триажная сестра определяет соответствие жалоб и клинических признаков согласно определенному алгоритму, с помощью которого можно определить приоритеты лечения. Такой подход позволит унифицировать методы сортировки пациентов независимо от уровня подготовки триажных сестер.

3. Обучение специалистов должно включать освоение современных алгоритмов по оказанию неотложной помощи, принятых в мире и основанных на принципах доказательной медицины. Для этого необходимо расширять международное сотрудничество с зарубежными медицинскими организациями, имеющими большой опыт подготовки специалистов и тренеров в отдельных направлениях экстренной медицины (токсикология, неотложная кардиология, неотложная хирургия и т.д.).

ПЕРВЫЕ ШАГИ НА ПУТИ СОЗДАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

В.Г. Теряев, В.А. Строков

ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи ДЗМ»,
ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Москва, Россия

По приезде в Москву В.И. Терешкова, посетив палестинские лагеря беженцев в Бейруте (Ливан), обратилась к министру здравоохранения СССР Б.В. Петровскому с просьбой оказать Министерству здравоохранения Палестины содействие в организационно-методических вопросах и определить объем лечебно-диагностической помощи ее населению.

Группа врачей из 5 человек, в том числе авторы настоящего сообщения, прибыли в расположение госпиталя «Иерусалим», имеющего в своем составе 60 коек для больных различного профиля. Среди находящихся в госпитале были пациенты с острым аппендицитом, кровоточащим геморроем, со спаечной кишечной непроходимостью, которые нуждались в экстренной хирургической помощи. Каждый из этих больных был оперирован в срочном порядке.

Наше предложение о реорганизации отделения и перераспределении пациентов по профилю по отдельным палатам было одобрено главным врачом госпиталя.

Проведенные нами мероприятия по организации приемного отделения, выделения коек по профилю патологий, по оперативности в проведении лечебно-диагностических вопросов в мирное время невольно стали предметом предварительной подготовки к приему и осуществлению экстренной медицинской помощи большому числу раненых в период военных действий между Израилем, с одной стороны, и Сирией, Ливаном, Египтом – с другой стороны.

Кроме доставляемых наземным транспортом раненых к нам обращались родители, приводившие и приносящие детей с врожденными уродствами, дизентерией, красной волчанкой, психическими расстройствами. Среди взрослых большое число составляли больные гипертонической болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с бронхиальной астмой, слоновостью, псориазом, мужское население с геморроем.

Именно здесь, в Ливане, сами того не осознавая, мы находились в положении начинающих специалистов медицины катастроф, характеризующихся наличием языкового барьера, отсутствием знаний по отдельным видам патологий, с которыми не сталкивались в нашей стране, нехваткой медицинского персонала, соответствующего оборудования, инструментария и медикаментов. Все это в большей степени проявилось в период начавшихся военных действий, приведших к массовому поступлению раненых в наш госпиталь.

Медицинское обеспечение со стороны соответствующего медицинского отдела ООН было недостаточным.

Одновременное поступление раненых и больных из местного населения заставило нас «переиграть» функциональность выделенных ранее госпитальных помещений, задействовать окружающую территорию госпиталя для приема раненых, для организации сортировочного пункта. К такому организационному приему прибегали мы в 1980 г. в Эль-Аснаме (Алжир), в Армении в 1988 г., в Иране в 2002 г. при организации приема пострадавших от землетрясений.

Начиная с 3-х сут военных действий поток раненых резко возрос. В день приходилось выполнять от 10 до 18 операций с участием наших врачей нехирургического профиля и ливанских хирургов, которые поступили в наше распоряжение. Одновременно с этим нами проводилось обучение местного среднего медицинского персонала в ведении послеоперационных больных.

Зачастую нам приходилось сталкиваться с таким положением, когда предстояло «в темпе» решать вопрос, кого оперировать в первую очередь, и мы не раз оперировали тяжелейших больных, вместо того чтобы оперировать раненых, имеющих перспективу выжить.

В общей сложности за 2,5 мес работы в ливанском госпитале «Иерусалим» нами была оказана медицинская помощь более 1000 больных, пострадавших и раненых.

По приезде в Москву мы в спокойной мирной обстановке смогли отчасти учесть выполненный объем работы, осознать недостатки и ошибки, указанные нам после нашего отчета на конференции института, а затем на очередном заседании Хирургического общества г. Москвы.

В то время мы еще до конца не осознавали, что каждый организационный прием, возникавший в ходе нашего труда, каждое мероприятие, впервые реализованное в условиях массового поступления больных, пострадавших, раненых, являлись первыми кирпичиками в фундамент здания отечественного научно-практического направления «Медицины чрезвычайных ситуаций».

Шел 1973 г. До провозглашения Р. Фреем и П. Сафаром нового научно-практического направления «Медицина катастроф» в мировом здравоохранении оставалось ПЯТЬ ЛЕТ!!!