

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ (1963–1966 ГГ.)

Эргашева Мухлиса Соаттуллаевна

*Независимый соискатель Чирчикский государственный педагогический
университет*

Ergasheva Muxlisa Soattullayevna

Independent Researcher at Chirchik State Pedagogical University

Аннотация: 1963-1965 гг., состояние скорой медицинской помощи, оказываемой населению работниками санитарно-эпидемиологического надзора и станции г.Ташкента, и лечебно-клинической помощи, предназначенной для скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: Скорая помощь, медпункт, дежурный диспетчер, поликлиника, дежурный диспетчер, плановая больница, основной фонд гипертонии, ангиоспазм коронарных артерий, стенокардия, стихийное бедствие, землетрясение.

ORGANIZATION AND STATUS OF THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE IN THE CITY OF TASHKENT (1963–1966)

Abstract: The study aims to examine the state of emergency medical care provided to the population of Tashkent by the sanitary and epidemiological supervision services, the Tashkent City Emergency Medical Service Station, and medical-clinical institutions designated for emergency care during the period of 1963–1965.

Keywords: emergency medical care, medical station, duty dispatcher, polyclinic, planned hospital, hypertension, coronary artery angiospasm, angina pectoris, natural disaster, earthquake.

Введение: В статье рассматриваются стационарные услуги, оказываемые населению в г.Ташкенте, деятельность Ташкентского

городского управления здравоохранения. Более широко были освещены процедуры госпитализации больных, нехватка кадров в пунктах скорой медицинской помощи, недостаточная укомплектованность медицинских пунктов в регионах, а также стационарная помощь в городе в экстренных ситуациях, многогранная деятельность Ташкентского медицинского центра.

Материалы и методы:

В 1963-1965 годах командирован в Москву, Ленинград и другие города с целью изучения организационных форм госпитализации сотрудников Ташкентского городского отдела здравоохранения и станции скорой медицинской помощи. Планирование госпитализации больных в г. Ташкент осуществлялось на основе принципа районного выделения участков больницам с учетом оказания льготных услуг рабочим и служащим промышленных предприятий по размещению, утвержденному Ташкентским городским управлением здравоохранения. Для терапевтических, хирургических, неврологических, акушерско-гинекологических больных, а также узких специальностей (болезни уха, горла, носа, глаз) планируется принцип регионального распределения и прикрепления (новое и экстренное планирование).

В дежурную поликлинику по графику поступали неотложные больные с заболеваниями уха, горла, носа, глаз, а в центр для неизлечимых состояний госпитализировались неизлечимо больные.

В целях улучшения стационарного обслуживания населения, обеспечения равномерного распределения нагрузки, падающей на стационары, разделы территориальной привязки несколько раз пересматривались. Усовершенствованы корпуса некоторых больниц, на станции скорой медицинской помощи организовано отделение по госпитализации, где имеются (3 врача, 2 фельдшера, заместитель главного врача по госпитализации), а в некоторых больницах терапевтические отделения внедрена плановая система госпитализации для лечения.

Руководство экстренной и плановой госпитализацией больных осуществлялось главными специалистами лечебного отдела Ташкентского городского управления здравоохранения и под контролем инспектора стационарной сети. Госпитализацией больных по неотложным показаниям занималось приемное отделение скорой медицинской помощи. Плановая госпитализация больных осуществлялась заведующими больницами и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, при необходимости станция скорой помощи использовала транспорт для перевозки больных в стационар. Но, несмотря на несколько улучшений стационарного обслуживания, в течение многих лет коечный фонд не мог полностью удовлетворить потребности населения, и его развитие отставало от роста населения. По действующей норме на 1000 жителей города должно приходиться 11,2 койки, но на 1 января 1965 г. их было 8,5 койки, а на 1 января 1966 г. - 8,8 койки.

Землетрясение 26 апреля 1966 г. усугубило этот коечный дефицит, так как часть больничных корпусов в Кировском, Октябрьском, Ленинском, Куйбышевском и Чиланзарском районах пришла в негодность (до 30 процентов коек), уцелела и коечного фонда хватило лишь на для госпитализации неотложных больных и пострадавших.

Партийно-советскими органами, Министерством здравоохранения Узбекской ССР и Ташкентским городским отделом здравоохранения были приняты срочные меры по восстановлению утраченных мест: часть больниц была переведена в наименее пострадавшие районы, часть — в дома отдыха и санатории в предместьях, а временные палатки и спальни в летних павильонах размещались в действующих госпиталях. Таким образом был восстановлен коечный фонд, по состоянию на 1 сентября 1966 года этот показатель составлял 90% от числа работавших до землетрясения.

В результате передислокации больниц возникли трудности в работе станции скорой медицинской помощи при госпитализации, так как некоторые больницы оказались далеко за пределами района, а не в

отведенном для этого районе, что задержало движение автотранспорта и время транспортировки.

Таким образом, в основном обслуживает население Кировского района. Многопрофильная городская больница № 17 расположена за городом, в колхозе имени Карла Маркса Калининского района; Клиническая больница скорой медицинской помощи, обслуживающая в основном жителей Ленинского района, располагалась на окраине Чиланзарского района.

Во Фрунзенском районе нет больниц, большинство детских соматических больниц находится в Октябрьском районе. С учетом карантина детей госпитализировали в соматические отделения без территориальной принадлежности. Длительная реконструкция корпусов детских больниц после стихийных бедствий, землетрясений, увеличение числа простудных заболеваний в осенне-зимний период привели к тому, что до 21% экстренных больных (в основном с пневмонией) оставались дома под наблюдением местных врачей. Был Отсутствие в городе детских хирургических и травматологических коек (коек) (до 500) привело к значительной перегрузке такими койками единственной детской больницы № 14. Так, нагрузка в дневном и ночном отделении детской больницы № 14 составила 16,1 больного (165 коек), а в больнице № 15 (взрослой) — 8,1 (120 коек). Неадекватные боксы в больницах стали причиной неравномерной загрузки из-за карантина.

Многолетний ремонт родильных домов № 2, 3, 5, 6 вызвал значительную нагрузку на стационары и трудности в госпитализации неотложных гинекологических больных и рожениц.

На вокзале в диспетчерском отделении установлен круглосуточный пост дежурного врача по госпитализации, который по информации о вакансиях в больницах совместно с Ташкентским городским управлением здравоохранения за регулированием направления больных.

Особенно в первые 2-3 месяца после стихийного бедствия отсутствие связи между станцией и отделениями ряда больниц затрудняло равномерное

распределение нагрузки по потоку больных. Так, отсутствовала связь с городскими больницами № 10, 17, скорой медицинской помощью, инфекционной больницей № 5, НИИ ортопедии и травматологии и др. Информация о передвижении пациентов и занятости коек в этих больницах собиралась в основном работниками станций, которые выезжали на места один раз в день, но больницы не могли сообщать об изменениях в одночасье или о них сообщали с опозданием мобильные бригады. Связь с некоторыми из вышеперечисленных госпиталей не была установлена до конца 1966 года. Кроме того, прекращена прямая связь с 18 больницами в связи с переносом некоторых больниц и самой станции в другие здания.

Неблагоприятная эпидемиологическая обстановка по острым кишечным заболеваниям и ухудшение условий жизни части населения в связи с землетрясением потребовали особой аккуратности в проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий, поэтому эпидемиологический транспорт скорой помощи с инструктажем по профилактическим мероприятиям, Госпитализировано максимальное количество больных с острыми кишечными заболеваниями среди выявленных при осмотре вызовов. Таким образом, 47,5% больных в 1-м полугодии 1966 г. и 92,4% во 2-м полугодии 1966 г. были госпитализированы по скорой помощи.

Результат анализа материалов, полученных со станции скорой помощи в 1965-1966 гг., показывает, что в 1966 г. в результате выполнения вызовов скорой помощи в больницы было доставлено 32,6 % больных, из них 76,6 % - работниками скорой помощи, 23,4 % амбулаторно осуществляется врачами поликлинических учреждений.

В 1965 г. соответственно на 28,6%, 73,8%, 26,2%, т. е. в 1966 г. по сравнению с 1965 г. несколько увеличился процент обращений работников скорой медицинской помощи, а поликлинических врачей уменьшился. Кроме того, в связи с перемещением некоторых больниц возросла потребность в машинах скорой помощи для перевозки пациентов из больницы в больницу.

Так, с открытием в августе 1966 г. крупных эвакогоспиталей количество таких транспортов составило 32% всех госпитализированных больных.

В 1966 г. наибольший процент лиц, которым было отказано в госпитализации, составляли больные с заболеваниями почек и мочевыводящих путей (79%). В основном это больные мочекаменной болезнью, которым по заключению уролога было отказано в госпитализации в связи с улучшением их состояния и исчезновением болей. Именно в этой группе больных было принято наибольшее количество несоответствий в диагнозе (21%). Поэтому на станции скорой медицинской помощи была создана специализированная урологическая бригада. Отказ от госпитализации объясняется нехваткой урологических коек в городе, тем, что единое отделение неотложной урологии (100 коек) городской больницы № 15 не может обеспечить необходимый уровень госпитализации больных.

Значительный процент не госпитализированных больных составляют травматологи, преимущественно с повреждениями мягких тканей, ушибами, переломами и простыми переломами трубчатых костей. Больных выписывали домой после оказания надлежащей помощи: обработка раны, наложение швов, гипсование, вакцинация против столбняка и др. Некоторые из тех, кто не был госпитализирован с травмами мягких тканей, были доставлены в больницы в вечернюю смену для вакцинации противостолбнячной сывороткой, так как эта вакцинация требовала много времени в то время, когда персонал скорой помощи страдал от нехватки времени.

Несмотря на нехватку хирургических и травматологических коек в городе, в больницах оставляли необходимые места для экстренных больных. В группе новообразований пациенты, не госпитализированные, составили 41%. В основном это больные с кровотечением из гнилых опухолей, доставленные в хирургические отделения, потому что онкологические стационары не дежурят по скорой медицинской помощи. После остановки кровотечения больных направляли в онкологический диспансер. В больницу

поступали только пациенты, у которых кровотечение было опасным для жизни и не могло быть локализовано в отделении неотложной помощи.

Больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости составили 36,9% отказавшихся от госпитализации, основной причиной чего был неподтвержденный диагноз (преимущественно острый аппендицит).

Заключение.

В 1966 г. диагностическое качество врачей станции скорой медицинской помощи и всех временных работников было следующим: соотношения - 86,6%, различия - 13,4%. Таким образом, основная ошибка при госпитализации больных в службу скорой медицинской помощи была вызвана недостаточным коечным фондом и нехваткой квалифицированных кадров на станциях скорой медицинской помощи, а также отсутствием у них медицинских знаний.

Использованная литература:

1. Скорая неотложная медицинская помощь. Выпуск I. Издательство «Медицина» УзССР, Ташкент, Навои, 30
2. Памятка по диагностике и оказанию первой медицинской помощи при некоторых неотложных состояниях (для выездных врачей скорой и неотложной помощи). М. 1966
3. Очерки истории развития внутренней медицины в Узбекистане. Н.М. Махмудова. Ташкент. 1969
4. Бурд Г.С. Скорая неотложная медицинская помощь при церебральных сосудистых кризах. Врачебное дело. 1964