

М. А. МЕССЕЛЬ

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЛЕНИНГРАДСКОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ

W 271
545

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ
ОРГАНИЗАЦИИ И РАБОТЫ
СКОРОЙ ПОМОЩИ И
САНИТАРНОГО ТРАНСПОРТА

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ЛЕНИН-
ГРАДСКОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ

32-53364



• ЛЕНОГИЗ • 1932 • ЛЕНИНГРАД •
ЛЕНИНГРАДСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ ПОМОЩИ В ЛЕНИН- ГРАДЕ И МОСКВЕ

Скорая помощь принадлежит к числу сравнительно молодых видов медпомощи, развившихся и организационно оформившихся в недавнее время.

Наиболее старинная организация—Венская скорая медицинская помощь—возникла в 1881 г.; за ней по времени открытия идет Варшавская скорая медпомощь, работающая с 1897 г. У нас в Союзе впервые станция Скорой помощи была открыта в Одессе в 1903 г. Что касается Москвы и старого Петербурга, то та „Скорая помощь“, которая была до революции в этих городах, являлась лишь суррогатом ее и не оправдывала своего названия.

В Москве в конце 90-х годов прошлого столетия на частных средства при некоторых полицейских управлениях были приобретены конные кареты для оказания первой помощи пострадавшим от несчастных случаев, а также для платной перевозки больных в больницы. С этими каретами выезжали фельдшер и полицейский для производства полицейского дознания и составления протокола. В 1908 г. оказывание Скорой помощи перешло в ведение добровольного общества с тем же названием, имевшего специальное помещение, нескольких врачей и санитаров и один санитарный автомобиль.

С изъятием последнего с началом империалистической войны и передачей его Городской управе для перевозки раненых Московская скорая помощь прекратила свое существование. Одновременно прекратили свою работу и кареты при полицейских домах, и, таким образом, к началу революции Москва оказалась без Скорой помощи. И только в 1919 г. Мосздравотдел основал при б. Шереметьевской больнице (в настоящее время Институт скорой помощи имени Склифасовского) на Сухаревской площади станцию Скорой помощи.

В Ленинграде Скорая помощь организовалась во время Февральской революции из санитарного отряда, выделенного 6. Петроградским комитетом союза городов с 30 братьями милосердия и тремя санитарными машинами для оказания немедленной медицинской помощи раненым. В таком виде этот отряд Скорой помощи существовал до весны 1918 г., имея своей задачей оказание помощи пострадавшим от несчастных случаев.

В апреле 1918 г. отряд Скорой помощи перешел в ведение Комиссариата здравоохранения Союза коммун Северной области и был реорганизован в Скорую помощь и Санитарный транспорт, куда были влиты: Первая помощь Красного креста с двумя санитарными автомобилями, занимавшаяся до февраля 1917 г. оказанием первой медицинской помощи в несчастных случаях и перевозкой в некоторых случаях за особую плату больных в лечебные учреждения, Санитарная автомобильная колонна Северного района Красного креста, 67-й передовой санитарный отряд и Санитарный транспорт Союза городов.

Впервые же в Ленинграде транспортировка больных была организована в 1896 г. бывш. Максимилиановской лечебницей (теперь I-я коммунальная лечебница), приобревшей у венской фирмы Lohner и С^о три экипаж-ландо, фургон и крытые колесные носилки, приспособленные для транспортировки незаразных больных. Этим было положено начало Санитарному транспорту в городе.

Лечебница отпускала экипажи каждому, представившему удостоверение, что транспортируемый больной незаразный. Плата за пользование экипажем с двумя санитарями в черте города была установлена в 10 руб., что фактически лишало возможности пользоваться транспортом беднейшую часть населения.

Впоследствии этот санитарный транспорт лечебницы перешел в Первую помощь Красного креста, а с апреля 1918 г., как упомянуто выше, был передан с санитарным транспортом Союза городов Скорой помощи.

В начале своего существования соответственно потребностям того времени Скорая помощь занималась большею частью эвакуационной работой. Так, напр.,

было во время холерной эпидемии осенью 1918 г., когда весь аппарат Скорой помощи работал почти исключительно по перевозке холерных больных. Такой же характер носила работа Скорой помощи во время наступления Юденича и Кройштадтского мятежа, когда она состояла в разгрузке санитарных поездов, прибывавших с фронта.

С течением времени работа Скорой помощи и Санитарного транспорта изменялась в сторону наиболее полного приближения к своим прямым задачам, и в настоящее время в круг ее обязанностей входят: 1) подача экстренной медицинской помощи в несчастных случаях и при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни, и 2) подача скорой психиатрической помощи психическим больным, по характеру заболевания являющихся социально-опасными.

В задачи Санитарного транспорта входят: 1) перевозка тяжелых незаразных больных; 2) перевозка остро-заразных больных; 3) перевозка на санобработку и на изоляцию; 4) ежедневный учет всех свободных коек в больницах и передача этих сведений в районные здравотделы.

Кроме того, в непосредственном ведении Скорой помощи находится ночная медпомощь (по прежней терминологии — неотложная помощь), оказывающая медицинскую помощь при тяжелых заболеваниях в ночное время (с 18 час. до 9 час.), когда медпомощь на дому не функционирует.

РАБОТА ЦЕНТРАЛЬНОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ И РАЙОННЫХ СТАНЦИЙ

Вполне естественно, что вызов Скорой помощи должен происходить наиболее упрощенным порядком, без указания номеров телефонов, и ограничиваться лишь одним ее названием: „Скорая помощь“, для чего городская телефонная станция заранее ставится в известность об определенных номерах телефонов станции Скорой помощи.

В Ленинграде вызывающий Скорую помощь, обращаясь на городскую телефонную станцию, просит „Ск о р о у ю п о м о щ ь“ и тотчас же соединяется городской станцией

Работа ночной медпомощи за 1928, 1929 и 1930 гг.

Года	Количество посещений	Численн. населения	На 1000 населения
1928	35 189	1 700	20,7
1929	51 729	1 760	31
1930	62 859	2 041	30,7 (в среднем 27,4)

Но так как пункты медпомощи на дому принимают к исполнению лишь вызовы, поступившие до 2 часов дня, то большинство заявок, не удовлетворенных после 2 часов, поступают с 6 часов в ночную медпомощь, загружая последнюю вызовами, не соответствующими ее задачам, причем заявители ссылаются на тяжесть заболевания или внезапность его и требуют срочной присылки врача. Таких вызовов бывает до 40 — 50%, вследствие чего количество посещений на 1000 населения (28) следует уменьшить до 12 — 15, и из этой цифры можно исходить при составлении штата врачей для данного вида медпомощи.

САНИТАРНЫЙ ТРАНСПОРТ

В противоположность капиталистическим странам, в которых Санитарный транспорт является филантропической организацией, содержащейся за счет банков, акционерных предприятий и разных благотворительных обществ и выполняет санперевозки лишь за плату, советский Санитарный транспорт входит в единую систему государственных органов здравоохранения, обслуживает совершенно бесплатно все трудящееся население (а при заразных перевозках и нетрудовой элемент) и представляет собой массовую организацию, обеспечивающую данным видом помощи в первую очередь интересы рабочего класса.

В задачи нашего Санитарного транспорта входят перевозки в лечебные заведения больных, не нуждающихся в экстренной помощи, выполняемые только по

требованию врачей медпомощи на дому или амбулаторий, обязанных в сопроводительной записке удостоверить, что больной может быть перевезен только в санмашине и при непременно условии обеспечения места больному в больнице или врачом, или пунктом медпомощи на дому или амбулаторией, или районным отделом здравоохранения.

Работа санитарного транспорта и правила, регулирующие его работу

Высылка автомобилей Санитарного транспорта производится в порядке поступления вызовов, причем больные рабочие и их семьи транспортируются в первую очередь (при отсутствии у других групп витальных показаний к срочной перевозке).

Все вызовы на перевозку больных принимает дежурный по Санитарному транспорту, отмечающий на вызывной карточке имя и фамилию больного, его возраст, социальное положение (последние сведения необходимы для социально-классового отбора), диагноз, фамилию врача или учреждения, передавшего вызов, больницу, куда больной транспортируется, и время приема вызова. Дежурный передает для исполнения наряд дежурному инструктору Центральной станции скорой помощи, находящемуся в соседней комнате, в полном распоряжении которого, как отмечено выше, находятся все оперативные санмашины.

Если по доставке больного в больницу окажется, что он не нуждается в госпитализации (а такие случаи имеют место), больница вправе потребовать сантранспорт для обратной доставки такого больного, в том случае, конечно, если больной не может быть отправлен никакими иными средствами.

Подобные бесцельные пробеги санмашины происходят также и вследствие небрежно составленных врачами сопроводительных записок. Опыт показал, что записки эти должны составляться весьма тщательно, с обозначением обязательно на русском языке диагноза заболевания и тяжести его. Лечащий врач, не передав по тем или другим причинам лично или через пункт вызов, предлагает это сделать родственникам или близким

больного, которые, получив такую записку с диагнозом, написанным по-латыни и не умея читать по-латыни, при вызове санитарного транспорта передают по телефону инструктору диагноз по буквам русского алфавита, что нередко приводит к сплошным курьезам и к таким „диагнозам“, как „саясеч“ или „туота“, что должно обозначать в первом случае рак (cancer), во втором миому (myoma). Получив сообщение о таком странном диагнозе, инструктор вынужден командировать врача Скорой помощи, особенно в тех случаях, когда настаивают на срочной госпитализации, и отрывать его тем самым от прямой работы.

Вполне понятно, что перевозки больных в порядке Санитарного транспорта производятся в соответствии с количеством свободных мест, показанных больницами. Исключение составляют больные, госпитализируемые по витальным показаниям, — в этих случаях дежурный по санитарному транспорту передает наряд на перевозку для внеочередного выполнения на Центральную станцию скорой помощи. Учет всех освобождающихся в больницах мест производится специальным лицом (статистиком) Управления скорой помощи, которому больницы два раза в день (в 10 час. и 14 час.) сообщают сведения об освободившихся местах. Статистик, получив указанные сведения, заносит их на особый лист, на котором обозначены все больницы с подразделением по специальности, и передает, в свою очередь, сведения о всех свободных соматических койках районным отделам здравоохранения, куда и обращаются с требованием на койки лечащие врачи пунктов медпомощи на дому, амбулаторий, поликлиник и здравпунктов.

Таким образом Санитарный транспорт перевозит соматических больных по получении наряда от районного отдела здравоохранения или по требованию лечащих врачей, если последними обеспечено место в больницах.

Сведения же о свободных заразных койках статистик передает в Санитарный транспорт, в распоряжении которого эти койки остаются и заполняются по требованию лечащих врачей, причем в первую очередь госпитализируются заразные больные из общежитий,

школ, вокзалов и из рабочих районов. По выполнении перевозки заразного больного Санитарный транспорт сообщает об этом в дезбригаду, выполняющую после госпитализации больного дезинфекцию.

Такой порядок, существующий три года, вполне оправдал себя своей простотой, а главное тем, что он дает возможность каждому (не только врачу) у себя в районе через Районный здравотдел обеспечить больному койку в больнице.

В Московской скорой помощи, при ее Центропункте (последний соответствует Санитарному транспорту в Ленинграде), установлен другой порядок госпитализации незаразных больных. За Центропунктом закрепляется ежедневно определенное количество мест¹.

Количество это определяется следующим образом: берется число штатных коек для того или иного рода больных (терапевтических, хирургических, гинекологических и т. д.) и вычисляется по особой формуле количество больных, которое больница должна пропустить, принимая во внимание нормальный кругооборот койки для этого рода больных. От полученного числа берется определенный процент (в настоящее время 40%) мест, которые и распределяются равномерно по дням месяца. Больница получает расписание, где указано, в какие числа и каких больных она должна принять от Центропункта и должна, сообразуясь с этим расписанием, так принимать остающееся число больных (в настоящее время 60%), чтобы во всяком случае не было отказа больным, присланным по нарядам Центропункта (согласно расписанию).

Самый расчет ведется так: положим, в данной больнице имеется 80 коек для терапевтических больных, средняя продолжительность пребывания в больнице терапевтического больного (кругооборот койки², поло-

¹ Цитирую из статьи д-ра Л. С. Пучкова, Центропункт Московской станции скорой помощи.

² Д-р Пучков ошибается: продолжительность пребывания в больнице больного на койке неравнозначна обороту койки; последний есть частное от деления числа использованных больных на число возвращенных коек, а продолжительность пребывания больного на койке получается от деления числа койко-дней на число использованных больных.

жим, равен 25 дням. Таким образом в 25 дней месяца пройдет 80 больных; в один день $\frac{80}{25}$ в 30 дней $\frac{80}{25} \cdot 30 = 96$ больных. 40% от этого числа дадут 38,4 больных, т. е. число больных, направляемых по нарядам Центропункта.

Врач, получивший (всегда только по телефону) от Центропункта наряд (так называемое, бронированное место), должен сам (либо через фельдшерицу) заполнить сопроводительный лист особой формы, где записывает № наряда, фамилию, адрес больного, свой диагноз и подписывается. Сопроводительный лист пришивается к истории болезни больного и после выписки или смерти его пересылается на Центропункт с диагнозом больницы, количеством проведенных в больнице дней и исходом заболевания."

При перевозках в порядке Санитарного транспорта инструктор прежде всего выполняет наиболее срочные наряды, госпитализируя больных, в первую очередь, в зависимости от тяжести заболевания или окружающей обстановки (общегития, школы и т. д.); как правило, он всегда подбирает наряды на перевозку больных из одного и того же района или участка, чтобы санмашина не делала бесцельных пробегов, и по возможности старается транспортировать больных, при наличии свободных коек, в ближайшие от местожительства больного больницы.

По доставке в больницы инфекционных больных санмашина там же дезинфицируется, а медбратья оставляют свои халаты и взамен их получают новые, для какой-либо цели Санитарный транспорт выделяет в каждую инфекционную больницу комплект халатов.

Инфекционные больные во избежание взаимной инфекции перевозятся исключительно в одиночном порядке.

Все принятые на перевозку наряды выполняются в тот же день, приблизительно к 12 час. ночи. В среднем на каждую перевозку больного тратится около 35—40 м.

Простой машин (из-за порчи) отнимает около 1% времени; простой по уважительным причинам (ожидание наряда, дезинфекция, обед) отнимает около 8%.

Кузов санитарной машины

Каждая санмашина Ленинградского санитарного транспорта может одновременно перевозить трех носилочных или 8 сидячих больных. Вопрос о типе санитарной машины, вернее, об устройстве ее кузова (корпуса), до сего времени еще не разрешен. Имеются сан-



Рис. 8. Санитарная машина Скорой помощи, вид сбоку.

машины с одними носилками, с двумя носилками и с четырьмя носилками. Стандартный же тип кузова пока еще не выработан. На основании опыта нашей работы мы считаем, что всякая санмашина должна удовлетворять прежде всего нижеследующим условиям: 1) быть эластичной и мягкой, обеспечивающей спокойную перевозку больного; 2) светлой и достаточно просторной для свободного размещения 3-носилочных или 8 сидячих больных; 3) отепляемой и 4) иметь внутреннее оборудование с соблюдением наибольшей простоты и из таких материалов, которые дали бы возможность скорейшей дезинфекции и чистки санмашины.

Кузов, принятый в Ленинградской скорой помощи и изготавливаемый в ее мастерских, имеет длину в 2,3 м, ширину 1,5 м, высоту в наивысшей точке

куполообразного потолка 1,5 м. Шасси, употребляемые для санмашин, марки Фиат и Московского завода Амо, грузоподъемностью $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ т с мотором в 12 сил.

У шасси расстояние от середины переднего до середины заднего колеса должно быть не менее 3,1 м, в противном случае кузов сзади будет слишком выступать и при езде может кидать машину из стороны в сторону.

Кузов деревянный, обитый снаружи тонким листовым железом (лучше оцинкованным). Боковые стенки кузова имеют во всю длину окно, разделенное двумя перегородками на три части. Остеклены они двойными матовыми стеклами, открывающимися передвиганием в пазах рамы. Окно находится на высоте 72 см от дна кузова и имеет размеры: боковых створок в длину 55 см и средней 81 см, высота их 52 см. На передней стенке кузова такое же раздвижное окно, с подвижными боковыми створками и фиксированным неподвижно средним. Размеры боковых створок 46×42 , средней — 51×42 . Высота от пола 80 см.

Задняя стенка кузова представляет собою двустворчатую дверь, состоящую почти из равных по ширине половинок, укрепленных на боковых стенках кузова помощью трех пар медных петель. Дверки, открываясь наружу, сразу дают широкий доступ во внутреннее помещение. Высота дверок у свободных краев 151 см, а по линии прикрепления к боковым стенкам кузова — 146 см; таким образом верхняя часть дверок имеет такой же полукруглый вид, как и крыша кузова.

Левая половина двери, имеющая 72 см ширины, укрепляется неподвижно при помощи внутренних задвижек, верхней и нижней. Вторая, замыкающая половина двери, имеет в ширину 74 см и снабжена ручкой для замыкания и открывания дверок и кроме того снабжена на нижнем краю стержнем, прижимающим подножку к кузову.

Со стороны задней стенки снизу приделана при помощи железных стоек подъемная подножка длиной в 69 см, шириной в 28 см. Подножка эта перед отправлением машины переводится из горизонтального поло-

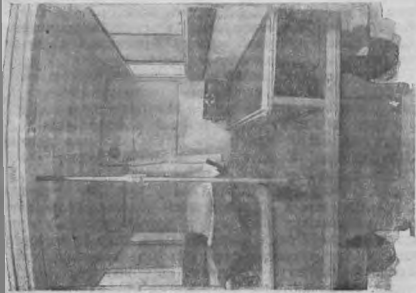
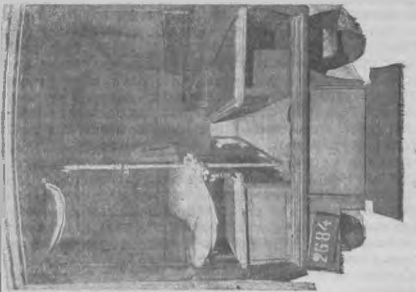


Рис. 9 и 10. Санитарные машины Скорой помощи. Внутренний вид.

жения в вертикальное и прижимается к кузову машины с помощью стержня, отходящего от нижнего края замыкающей дверки. Передняя часть машины, впереди кузова, как и в обычных машинах типа „Лимузин“, имеет крытое помещение для шофера и рядом с ним место для одного медбрата. Второй медбрат помещается внутри кузова на откидном сиденье, устроенном на передней стенке кузова, ниже окна. Вход в переднее отделение — обычный, с левой стороны. Правая, наружная стенка этого отделения наглухо затянута брезентом с целлулоидным окном посредине, размером 46×28 ; левая наружная стенка такого же устройства, но съемная для входа и выхода. Высота кузова от земли — 68 см, задние колеса машины двойные, что сделано для придания машине наибольшей устойчивости и ограждения ее от забрасывания на мокрых мостовых.

Окрашена санмашина эмалевой краской в светлосерый цвет.

На наружных боковых стенках в центре красный крест в белом круге, впереди него — слово „скорая“, а позади „помощь“. На каждой дверке задней стенки такие же белые круги с красным крестом.

Внутренняя обшивка кузова деревянная, окрашена в белый цвет масляной краской, не страдающей от дезинфекции. Пол заделан линолеумом.

По боковым стенкам во всю длину их расположены деревянные диваны, снабженные угловыми рельсами, проходящими по наружному и внутреннему краю их. Промежуток между ними выполнен волосяной подстилкой, обшитой клеенкой. Длина каждого дивана 223 см, ширина 55 см и высота 30 см. Ширина угловых рельс 8 см.

Между диванами во всю длину машины остается проход шириною в 50 см. В пазы угловых рельс свободно вдвигаются носилки, к ножкам которых приделаны ролики. Носилки брезентовые, покрытые сверху клеенкой; изголовье их слегка приподнято и снабжено волосяной подушкой в клеенчатой наволочке. Ролики носилок соединяются с ножками их посредством пружинных рессор.

По левой боковой стенке кроме описанного дивана для носилок имеются еще железные стелажы для третьих верхних носилок, для каковой цели с обоих концов дивана укрепляются по две полых железных трубы диаметром в 3 см. Трубы эти привинчиваются верхним концом к потолку, а нижним к полу машины и служат стойками для железной рамы с боковыми рельсами; на этой раме и устанавливаются верхние носилки. При отсутствии надобности в верхних носилках они укрепляются над нижними на высоте 66 см. В случаях же, требующих их загрузки, рама с носилками опускается ниже и укрепляется на специальных пружинных амортизаторах, расположенных на высоте 42 см от нижних носилок, по одному на каждой стойке; высота стоек—148 см; диаметр труб 3 см; расстояние между стойками 56 см; длина рельс верхней железной рамы 196 см. Устройство носилок такое же, как и нижних, с тем лишь отличием, что ручки у носилок выдвижные,—поэтому верхние носилки с вдвинутыми ручками короче нижних на 18 см.

Вопрос о лучшем типе носилок одно время вызывал большие споры. Пытались устраивать такие носилки, на которых можно было бы достигнуть совершенно спокойной и плавной перевозки больного. Для этой цели были произведены многочисленные опыты, делались разные приспособления как в самих носилках, так и при установке их. Устраивали носилки на пружинах, подвешивали их на тросах со спиральными пружинами, приделывали к ним особые резиновые амортизаторы и применяли целый ряд других приспособлений, пока не пришли к заключению, что эластичность, мягкость и плавность, обеспечивающие спокойную перевозку больных, достигаются только и исключительно удлиненными задними рессорами.

Употребляемая в настоящее время у многих фирм конструкция санитарной машины, при которой (конструкции) амортизаторы укреплены под задней осью, оправдалась блестяще.

Внутреннее устройство кузова санмашины должно быть таково, чтобы после выполнения заказа, в случае надобности, можно было бы легко и с наименьшей

затратой времени произвести дезинфекцию. Вот, почему необходимо избегать всякой мягкой обивки, занавесей и вообще трудно удаляемых вещей. Необходимые же в санмашине предметы: носилки, ящик для белья, таз—должны быть так устроены и размещены, чтобы их легко можно было вынимать.

Отопление санмашины (кузова) достигается установкой двух цельно-тянутых труб из красной меди на фланцах, соединенных с угольниками, проходящими через пол с плотной асбестовой изоляцией; через эти трубы пропускается отработанный газ. Трубы помещаются под местом для носилок и, таким образом, не должны стеснять едущих. Кроме того желательна дополнительная установка 2 маловольтных реостатов (нагревательных приборов), действующих от батареи и динамо-мотора и могущих быть использованными в тех случаях, если за остановкой мотора кузов чрезмерно охладится.

Для вечернего освещения в потолке кузова устанавливается электрическая лампа.

Вес кузова 380—400 кг.

Мощность двигателя санитарной машины достаточна в 12 сил.

В местностях, лишенных дорог, или с непроходимыми дорогами применяются санмашины на гусеничном ходу типа Керресс-Хинстен (Kegresse-Hinstin), впервые использованные во французской армии во время империалистической войны.

Сигнал санитарной машины

Каждая санмашина Скорой помощи должна иметь специальный гудок для отличия ее от других машин.

Принятый Ленинградской Скорой помощью стандартный образец сигнала „Габриэль“ представляет собою один из типов, запрещенных для обычного пользования сигналами, работающих отработанным газом. По устройству он представляет обработанную алюминиевую отливку, весом в готовом виде около 1 кг, имеющую форму трубы, с фланцем длиной в утолщенной и круглой части в 130 мм, при общей длине всего сигнала в 300 мм.

Передняя часть утолщенной трубы имеет фланц с двумя отверстиями для болтов, крепящих сигнал к фланцу выпускной трубы, отводящей газы из глушителя и соответствующей по сечению (47 мм) диаметру указывной выводящей трубы.

В своей средней по длине части круглая труба имеет изгиб, переходящий в удлиненно-прямоугольную коробку, общей длиной в 200 мм с расположенными внутри нее тремя квадратными отверстиями (рожками) диаметром в 160, 120 и 80 мм. В действии сигнал дает три тона, каковые вместе издают своеобразный, хорошо знакомый Ленинграду сигнал машины Скорой помощи.

Утолщенный круглый фланц в своей нижней части имеет косой срез, закрываемый особой заслонкой. В обычном состоянии заслонка открыта силою пружины, укрепленной на самом сигнале. При нажмем на заслонку, приводящем к изменению потока газов, последние попадают на рожки сигнала и издают звуки особого свистящего тона.

В зависимости от степени нажима на заслонку, а также в зависимости от числа оборотов и скорости выхода газов, сигнал издает различные звуки, повышающие тон при увеличении оборотов и понижающие при их уменьшении.

Шофер посредством нажима рукой или локтем на рычаг сигнала без затруднений для управления машиной, при любых скоростях ее движения, приводит сигнал в действие.

Главное преимущество этого сигнала, кроме простоты его и надежности действия, заключается в том, что с увеличением скорости движения, а, значит, и оборотов мотора, увеличивается сила звука, издаваемого сигналом „Габриэль“.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СКОРОЙ ПОМОЩЬЮ И АВТОТРАНСПОРТОМ

В выполнении Скорой помощью и Санитарным транспортом возложенных на них задач имеет огромное значение работа автотранспорта и состояние его ходового парка.

Последний имеет в Ленинградской скорой помощи 50 санмашин, количество, вполне достаточное при ежедневном выпуске в суточный наряд 14 санмашин, так как опыт показал, что резерв ходовых санмашин должен быть по крайней мере в два раза больше числа ежедневно работающих.

Взаимоотношения между Управлением скорой помощи и автосантранспортом определяются и регулируются особым положением, согласно которому:

1) автотранспорт в оперативном отношении подчинен целиком Управлению скорой помощи;

2) он выпускает санмашины и мотоциклы по требованию Управления скорой помощи в пределах, отпускаемых ему сметных ассигнований;

3) все санмашины, выпущенные в наряд, поступают в полное оперативное распоряжение Центральной станции скорой помощи и не могут быть заменены иначе, как с согласия дежурного Центральной станции;

4) шоферы и мотоциклисты во время работы подчиняются всем правилам, установленным для дежурного персонала станций скорой помощи;

5) автотранспорт обязан выпускать машины на работу в точно установленные Управлением скорой помощи сроки;

6) время приезда и выезда шоферов и мотоциклистов отмечается дежурными инструкторами станций;

7) возвращение в гараж подлежащих смене машин может последовать не иначе, как по приходе другой заменяющей ее машины;

8) при всякого рода авариях и поломках санмашин автотранспорт обязан заменить незамедлительно вышедшую из работы машину другой;

9) все машины выпускаются из гаража прибранными, вымытыми, продезинфицированными и снабженными полным комплектом носилок;

10) постройка и оборудование санитарных кузовов производится автотранспортом по указанию Управления скорой помощи и под непосредственным его наблюдением;

11) выбраковка старых машин производится по соглашению с Управлением скорой помощи;

12) обновление парка санитарных машин и покупка новых другой марки, кроме принятой в настоящее время, производится с согласия Управления скорой помощи;

13) автотранспорт обязан подбирать для работы на санитарных машинах шоферов, хорошо знающих город и имеющих квалификацию 1-й категории;

14) в установленные сроки автотранспорт представляет в Управление скорой помощи подробный отчет о расходах по автотранспорту для включения в общий калькуляционный отчет скорой помощи;

15) для получения точной себестоимости перевозки Управлению скорой помощи предоставляется право проверки правильности распределения расходов автотранспортом между отдельными его частями;

16) производственный план и приходо-расходные сметы автотранспорта должны быть согласованы с Управлением скорой помощи.

ПАЛАТКИ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Кроме задач, отмеченных выше, Скорая помощь занимается еще обслуживанием демонстраций, революционных празднеств, массовых гуляний и т. д. В этих случаях мы сравнительно редко имеем дело с несчастными случаями, а главным образом с обмороками, незначительными ушибами, повреждениями, растяжениями, легкими ранениями и т. д., т. е. с таким контингентом пострадавших, которые нуждаются в оказании первой помощи с кратковременным пребыванием, в течение 15—20 минут, в спокойной обстановке, весьма редко с последующей госпитализацией. При этих условиях мы пользуемся установкой палатки, оказывающей неоценимые услуги, так как она дает возможность сразу же обслужить 25—30 человек.

Выделение же даже нескольких санмашин никогда не может заменить палатки и обеспечить такие удобства, которые дает палатка, обслуживаемая обычно одной санмашинной на случай необходимости транспортировки пострадавшего.

В Ленинградской скорой помощи принята палатка под названием „Палатка стандарт № 4“, изготовленная