

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАЙ
ИЮНЬ
1979

3

ТОМ
LX

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.127—005.8—08—039.35

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ¹

Проф. А. П. Голиков

Отдел острых терапевтических заболеваний (зав. — проф. А. П. Голиков) Московского научно-исследовательского института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского

В течение последних двух десятилетий неотложная кардиология в нашей стране развивалась стремительными темпами. Терапевтическая клиника института им. Н. В. Склифосовского — одно из первых учреждений, где в 1969 г. было открыто кардиореанимационное отделение для больных инфарктом миокарда. Благодаря внедрению кардиомониторного наблюдения за ритмом сердечной деятельности удалось значительно снизить летальность в остром периоде инфаркта миокарда за счет успешной своевременной дефибрилляции при наступлении клинической смерти от фибрилляции сердца. Но резерв снижения летальности за счет дефибрилляции, как признают специалисты всего мира, практически вскоре был исчерпан. Нужны были новые организационные формы и пути решения насущных проблем в области неотложной кардиологии. В процессе работы над этой проблемой в институте сложился по существу центр неотложной кардиологии. Он сформировался в новом научно-практическом объединении «Скорая медицинская помощь», и его задачей является разрабатывать научные вопросы и проводить единую линию научной организации ведения больных кардиологического профиля на всех этапах оказания помощи: догоспитальном, стационарном и постстационарном. Воплощению этих целей подчинена структура центра неотложной кардиологии.

В организационном отношении центр представляет собой единый комплекс лечебных и диагностических подразделений, причем последние непосредственно приближены к больным.

Для тесной связи с догоспитальным звеном созданы выездная кардиореанимационная бригада и дистанционный диагностически-консультативный кабинет по регистрации и расшифровке ЭКГ с догоспитального этапа. В центре неотложной кардиологии имеются отделение интенсивного наблюдения и лечения, лаборатория экс-

¹ Актовая речь на научной сессии НИИСП им. Н. В. Склифосовского, 15/X 1978 г.

прессдиагностики, кабинеты по изучению гемодинамики и дыхательной функции, лаборатории изотопных методов исследования и экстренной коронарографии, операционная.

Для успешной разработки вопросов интенсивной терапии центр неотложной кардиологии в своей деятельности комплексировался с клиниками и отделами института им. Н. В. Склифосовского, ЦНИЛ Четвертого Главного управления при МЗ СССР, Всесоюзным кардиологическим научным центром и рядом других научных учреждений нашей страны, а также ГДР и Финляндии.

Следует подчеркнуть, что в последние годы в клинике срок интенсивного наблюдения за ритмом сердца значительно продлен за счет организации палат промежуточного интенсивного наблюдения, оснащенных кардиомониторами, из которых ЭКГ передается на экран пульта, расположенного в самом кардиореанимационном отделении. Это дает возможность оказать быструю реанимационную помощь и провести интенсивную терапию в случаях поздних фибрилляций желудочков.

Близость лабораторно-диагностических подразделений к больным позволяет поднимать уровень интенсивной терапии в неотложной кардиологии, и лечение по сути становится контролируемым и управляемым.

Благодаря внедрению в практику экспресс-методов диагностики удалось изучить роль стресса при неотложных состояниях в неотложной кардиологии. В процессе стрессорной реакции у больных с гипертоническими кризами, пароксизмальными тахикардиями, поражениями сердца при закрытой травме грудной клетки на фоне повышения концентрации в крови биологически активных глюкокортикоидов, катехоламинов, кининов развивался гиперкинетический синдром кровообращения.

При остром инфаркте миокарда характер стрессорной реакции был иным — чаще более резко выраженным. Динамические исследования концентрации гормонов надпочечников с первых минут клинических проявлений заболевания позволили установить взаимосвязь между содержанием их в крови и степенью тяжести состояния. Чем тяжелее течение инфаркта миокарда, тем выше концентрация глюкокортикоидов и катехоламинов. Развитию некоторых осложнений предшествует избирательное повышение в крови тех или иных гормонов, что в ряде случаев оказалось важным для прогнозирования осложнений и проведения интенсивной терапии.

Использование инвазивного (радиокордиография) и неинвазивного (интегральная и тетраполярная реография) методов оценки гемодинамики в сопоставлении с сократительной функцией миокарда позволило у больных без предшествующей хронической сердечной недостаточности чаще определять в первые сутки острого инфаркта гиперкинетический тип гемодинамики. Он характеризуется увеличением ударного выброса, а также увеличением работы левого желудочка сердца. Такой тип гемодинамики часто наблюдается при неосложненном течении инфаркта миокарда. В последующие дни заболевания, чаще к третьим суткам, по мере стихания стрессорной реакции нормализовались и показатели гемодинамики. При сопоставлении показателей гемодинамики, сократительной способности миокарда и клинических данных можно предсказать появление сердечной недостаточности, которая начинает развиваться по преимуществу с третьих суток и позже. Именно в этот период чаще всего и возникает необходимость в назначении гликозидов. Но при их применении в блоке интенсивной терапии должен стать правилом контроль за состоянием гемодинамики и сократительной функции миокарда с учетом клинических проявлений. С другой стороны, при наличии у больных с первого дня выраженного гиперкинетического синдрома целесообразно применение бета-блокаторов, при этом также обязателен контроль за гемодинамикой. Если гиперкинетический синдром сочетается с тахикардией или экстрасистолией, мы предпочитаем в качестве бета-блокатора использовать вискен. Комплексная интенсивная терапия позволила снизить летальность при остром инфаркте миокарда в кардиореанимационном отделении с 30 до 16%. Значительно снизилась общая летальность при инфаркте миокарда в институте по сравнению с общегородской. Дальнейшее снижение летальности в центре неотложной кардиологии возможно за счет внедрения не только кардиомониторных систем, но и методов исследования гемодинамики, дыхания, проведения контролируемой терапии с использованием фибринолитических препаратов и экстренной коронарографии.

Актуальными проблемами в неотложной кардиологии продолжают оставаться предупреждение и лечение кардиогенного шока и разрывов сердца. Они являются традиционными в исследованиях института. Успешное решение их зависит от объединения усилий различных специалистов. Если учесть, что в Москве среди умерших от инфаркта миокарда в первую неделю в стационарах каждый четвертый погибает от разрыва сердца, то важность решения этих проблем становится очевидной. До недавнего времени хирургическое лечение наружных разрывов сердца сдерживалось несовершенством диагностики. В институте накоплен опыт прогнозирования и диагностики наружных разрывов сердца на основании комплексного обследования 100 больных инфарктом миокарда с мониторным наблюдением до момента катастрофы. На очереди стоит вопрос о хирургическом лечении. Следует, однако, подчеркнуть, что резервы снижения летальности даже при успешном решении проблемы хирургического лечения разрывов сердца составляют небольшой процент. Более перспективным направлением на ближайшие годы в неотложной кардиологии является профилактика осложненных инфаркта миокарда.

Для этого интенсивную терапию следует приблизить к остро заболевшему. Необходимо шире развивать специализированную службу неотложной кардиологии на догоспитальном этапе путем создания кардиореанимационных и кардиологических бригад, дистанционных консультативно-диагностических центров с возможностью мониторингового наблюдения за заболевшим до прибытия специализированной бригады. Надо обратить особое внимание на предынфарктное состояние или на синдром нестабильной стенокардии.

Поскольку первым проявлением острой ишемической болезни сердца на догоспитальном этапе у большинства заболевших бывает болевой синдром, значение его в диагностике инфаркта миокарда и предынфарктного состояния не следует уменьшать и в настоящее время, особенно при отсутствии соответствующих лабораторных и электрокардиографических данных. Быстро купировать боль при острой ишемической болезни — одна из главных задач врача-кардиолога. Нейролептанальгезия является наиболее совершенным методом обезболивания при ишемической болезни сердца, но широкое внедрение ее в практику, особенно на догоспитальном этапе, сдерживается угнетающим действием фентанила на дыхание. Ввиду этого в клинике разработан метод контролируемой нейролептанальгезии, успешно используемый как в условиях блоков интенсивной терапии, так и на догоспитальном этапе.

При проведении интенсивной терапии в неотложной кардиологии большое значение имеет контроль за показаниями центральной гемодинамики, который может осуществляться с догоспитального этапа. Для больных с нарушениями ритма чрезвычайно важным является быстрая запись ЭКГ и купирование приступа с последующей госпитализацией в блоки интенсивного наблюдения.

Не менее перспективным может оказаться создание при центре неотложной кардиологии промежуточных палат для срочной госпитализации больных с острым приступом болей после их купирования на догоспитальном этапе без дополнительного уточнения диагноза. Это обеспечит возможность доставить заболевшего в кардиологический центр в предынфарктном состоянии или в ишемической стадии инфаркта миокарда, когда можно провести экстренную коронарографию. По нашему мнению, после купирования приступа болей или тахикардии при первом поступлении в центр неотложной кардиологии больные в возрасте до 50 лет подлежат экстренной коронарографии, во время которой уточняется состояние коронарных артерий и решается вопрос об объеме необходимой терапии (введение в коронарные артерии фибринолитических препаратов, вазодилататоров или срочный перевод в кардиохирургическую клинику). По данным института, при правильной организации исследования риск осложнений в проведении коронарографии минимальный, а непосредственный и отдаленный диагностический и лечебный результат может быть значительным. Однако такие перспективы в ближайшие годы реальны только для специализированных центров.

Дальнейшие успехи интенсивной терапии в неотложной кардиологии в большой мере зависят от наличия медицинских кадров высокой квалификации. НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского имеет многолетний опыт подготовки врачей и фельдшеров по неотложной терапии, а в течение последних лет — и по неотложной

кардиологии. Для работы в кардиореанимационных отделениях, блоках интенсивной терапии и кардиологических бригадах лучшей формой подготовки является клиническая ординатура, в процессе которой наряду с прохождением теоретического и практического курса изучаются и типологические особенности врача. По нашему убеждению, не каждый врач, даже при хорошей теоретической подготовке, может успешно работать в неотложной кардиологии. Поэтому в течение первого года клинической ординатуры врача, пришедшего после окончания медицинского института, следует определить целесообразность его дальнейшей работы в неотложной кардиологии и неотложной терапии. Поскольку программа первого года клинической ординатуры по терапии существенно не отличается от программ по неотложной терапии, дифференцированный отбор врачей в неотложную кардиологию лучше проводить в конце первого года клинической ординатуры. Должны быть постоянно действующие курсы усовершенствования врачей, куда следует направлять специалистов из стационаров и кардиологических бригад догоспитального этапа один раз в четыре года. Учеба необходима не только для врачей специализированных бригад, кардиореанимационных отделений, блоков интенсивного наблюдения и лечения, но и для организаторов догоспитального звена, осуществляющих руководство скорой помощью. Первостепенное значение приобретает подбор, профессиональная подготовка и повышение квалификации работников диспетчерской службы скорой медицинской помощи. Настало время на уровне Министерства здравоохранения СССР пересмотреть вопрос о диспетчере скорой помощи. На эту должность следует зачислять опытных медицинских работников, прошедших догоспитальный этап работы в составе бригад скорой помощи и знакомых со спецификой работы в блоках интенсивного лечения. Диспетчер должен хорошо знать симптоматику субъективных проявлений неотложных состояний в кардиологии и быстро ориентироваться в информации, полученной от обратившихся за скорой помощью.

Для высококвалифицированной подготовки врачей необходима организация кафедры по неотложной кардиологии. Если в 1931 г. при институте скорой помощи им. Н. В. Склифосовского была учреждена кафедра неотложной терапии, то с учетом задач совершенствования специализированной службы в системе объединения «Скорая медицинская помощь» Москвы в 1979 г. следует решить вопрос о создании кафедры по неотложной кардиологии. Это будет способствовать успешному развитию неотложной кардиологии.

Поступила 1 февраля 1979 г.

УДК 612.12—073.97

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФАЗ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА ОБОИХ ЖЕЛУДОЧКОВ ПО КРИВЫМ СКОРОСТИ И УСКОРЕНИЯ

Н. И. Кирсанов

*Областная детская больница г. Пензы (главврач — Л. П. Ремизова)
Научный руководитель — проф. Г. П. Кузнецов*

Реферат. Сопоставление кривых прекардиальных реограмм скорости и ускорения с желудочковыми кардиограммами выявило их принципиальное сходство по форме и временным фазовым интервалам. Синхронная регистрация реографических кривых скорости и ускорения и дифференциальных желудочковых кардиограмм имеет преимущество перед методиками, в которых используется только общая реограмма и ее первая производная. Получение всех фаз сердечного цикла, особенно правого желудочка, бескровным методом делает методику удобной для применения в кардиологических исследованиях.

Ключевые слова: показатели фаз сердечного цикла, реография, ЭКГ.
2 таблицы, 2 иллюстрации. Библиография: 17 названий.

Основную реографию как метод определения фаз систолы применяли многие исследователи. Использование дифференциальной реограммы для изучения малого круга кровообращения увеличивает возможности реографической методики в определении количественных показателей сердечного цикла и облегчает диагностику заболеваний сердца. Целью настоящей работы является изучение временной дина-