

Охрана здоровья в СССР строится на основе целой системы социально-экономических и медико-санитарных мер. Это проведение широких оздоровительных и профилактических мероприятий, создание на производстве и в быту надлежащих санитарно-гигиенических условий, оздоровление внешней среды, санитарная охрана водоемов, почвы и атмосферного воздуха.

Большое оздоровительное и профилактическое значение имеют физическое и гигиеническое воспитание граждан, развитие массового спорта и физической культуры, а также развитие научно-гигиенических основ питания населения. Оказание лечебной помощи осуществляется через все растущую сеть учреждений здравоохранения.

Многочисленная армия медицинских работников — ученых, врачей, сестер, санитаров, фельдшеров, лаборантов — и работников медицинской промышленности самоотверженно трудится, отдавая все свои знания и силы благородному делу борьбы за здоровье и жизнь советских людей.

Медицинские работники встречают XXIV съезд КПСС, преисполненные решимости воплотить в жизнь поставленные перед ними задачи по охране здоровья советского народа.

Успешное выполнение намеченных планов и обязательств явится лучшим подарком предстоящему съезду великой партии Ленина.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.127—005.8—616.1

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ

И. Н. Новинская

*Станция скорой медицинской помощи г. Куйбышева (главврач — Н. К. Гаврилова).
Научн. руководитель — проф. С. В. Шестаков*

В целях улучшения диагностики и лечения инфаркта миокарда в Советском Союзе начиная с 1958 г. (в Ленинграде) впервые в мире начали работать специализированные кардиологические бригады станции скорой помощи. В настоящее время противoinфарктная служба организована более чем в ста городах нашей страны. В г. Куйбышеве специализированные противoinфарктные бригады стали работать с апреля 1962 г.

Кардиологическая бригада имеет необходимое оснащение для экспресс-диагностики и лечения больных на современном уровне.

В основу настоящего сообщения положены наблюдения над 2225 больными инфарктом миокарда, из которых острая недостаточность кровообращения была у 385 (17%). Мы выделяем острую сосудистую недостаточность (кардиогенный шок) и острую сердечную (сердечная астма и отек легких).

Лечение больных инфарктом миокарда с явлениями сосудистой недостаточности (шок) мы начинали с купирования болевого синдрома, для чего применяли морфин, омнопон, промедол, анальгин. В случаях, когда эти вещества не устранили боль (это можно объяснить тем, что они лишь прерывают афферентный болевой путь и не оказывают влияния на источник патологической импульсации), мы одновременно назначали спазмолитические средства: платифиллин, папаверин, зуфиллин, нейроплегические, фибринолитические препараты, аминазин, димедрол (все в виде внутривенных смесей).

Обезболивающий эффект упомянутых веществ усиливается при сочетании их с новокаином (2% — 2 мл).

Если перечисленные меры не устранили болевой синдром, мы применяли ингаляции закиси азота с кислородом (4:3 или 2:1).

Всем больным инфарктом миокарда с проявлениями острой недостаточности кровообращения мы давали кислород с помощью аппаратов КИ-3М или ИП-1.

При отсутствии противопоказаний мы вводили больным с инфарктом миокарда 10 000—15 000 ед. гепарина внутривенно или внутримышечно под контролем свертываемости крови. Гепарин вводили 1573 больным. Побочных явлений при этом мы не наблюдали. Гепарин, видимо, расширяет коронарные сосуды и обладает анальгетическим эффектом.

У больных инфарктом миокарда с признаками сосудистой недостаточности необходимо применять также кордиамин, кофеин, мезатон, норадреналин.

При гипотонии с нерезким падением АД (I ст. коллапса по В. Н. Виноградову) бывает достаточно ввести кофеин, кордиамин или мезатон внутримышечно. При гипотонии II ст. мы вводили внутривенно 1 мл 1% раствора мезатона или 0,5—1 мл 0,2% раствора норадреналина.

Так как у больных этой группы обычно отчетливо выражена сердечная недостаточность (тахикардия, одышка), мы назначали им коргликон или строфантин. Прессорные амины можно применять в одном шприце со строфантином. Более эффективны мезатон и норадреналин внутривенно, капельно в 5% растворе глюкозы, полиглюкина или изотонического раствора.

Длительное поступление лекарственных веществ в кровяное русло вызывает постоянное раздражение сосудистых рецепторов, в результате чего в некоторых случаях удавалось стабилизировать АД. При крайне тяжелой форме гипотонии (III ст.) комплексная терапия средствами, повышающими сосудистый тонус, и сердечными гликозидами не дает эффекта. Все такие больные погибли.

Из 197 больных инфарктом миокарда с признаками сосудистой недостаточности выведено из тяжелого состояния 116 (58,3%). Из них госпитализировано 105 (52,9%), отказались от госпитализации 11 (6%); 86 чел. (41,1%) умерли в ближайшие часы.

У 188 больных инфарктом миокарда была выраженная острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких). В таких случаях мы применяли строфантин дробными дозами (0,3—0,5 мл в 10—20 мл изотонического раствора). Всем этим больным одновременно вводили омнопон или промедол. В качестве противонепного средства мы применяли пары спирта (с помощью аппаратов КИ-3М и ИП-1 под давлением в 2—3 атмосферы).

51 больному с сердечной недостаточностью при нормальном или повышенном АД мы делали кровопускание с последующим введением строфантина. Выведено из тяжелого состояния 26 больных, из них госпитализировано 23. 3 больных отказались от госпитализации и погибли в ближайшие часы.

При острой сердечной недостаточности на фоне инфаркта миокарда применяли лекарственную смесь из строфантина, промедола, димедрола, пипольфена, аминазина. После введения смеси снимается возбуждение, дыхание становится спокойным, наступает сон. Успокаивающее действие этих препаратов является весьма полезным, особенно для подавления чувства страха смерти. Одновременно с введением лекарственной смеси больным назначали кислород, вначале увлажненный, затем со спиртом. Такую смесь мы применили 87 больным. Выведено из тяжелого состояния и госпитализировано 43 чел.

Арсенал средств борьбы с отеком легких за последние годы пополнился ганглиоблокирующими средствами. Их высокий терапевтический

эффект объясняется тем, что они увеличивают минутный объем и систолический выброс крови. Наиболее часто применяют гексоний и пентамин. Мы вводили эти препараты внутривенно в 10—20 мл изотонического раствора. Положительный эффект от применения ганглиоблокаторов был получен нами у 36 (из 50) больных инфарктом миокарда, осложнившимся отеком легких. АД, как правило, снижалось на 20—30 мм рт. ст. от исходного. Гипотензивный эффект сочетался с положительным влиянием на самочувствие больных. Уменьшалась одышка, тахикардия. Применяемые нами методы лечения снижают АД. Поэтому у больных с отеком легких на фоне пониженного АД объем помощи ограничен. Одновременно мы широко используем кордиамин, кофеин, строфантин, мезатон, норадреналин, оксигенотерапию.

Прессорный эффект мы получили лишь у отдельных больных, при том он был кратковременным. Общее состояние больных не улучшалось от применения строфантина, и у нас складывается мнение, что тахикардия у таких больных является плохим прогностическим признаком. Все больные с признаками сердечной и сосудистой недостаточности (87 чел.) погибли, несмотря на проводимую терапию. Причиной смерти этих больных является сердечная слабость и малое количество крови, выбрасываемое сердцем на периферию, в результате чего тонус периферических сосудов повышается, но не в такой степени, чтобы поддерживать АД на должном уровне.

УДК 616—056.52—616.127—002

О СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Л. И. Зингер, И. Г. Даниляк и М. Л. Заславский

Филиал (зав.—проф. Б. Б. Коган) госпитальной терапевтической клиники на базе городской клинической больницы № 67 г. Москвы (главврач.—П. С. Петрушко)

В данной работе освещается вопрос о функциональном состоянии миокарда при алиментарном ожирении.

Под наблюдением находилось 16 мужчин и 94 женщины в возрасте от 18 до 70 лет преимущественно с алиментарной формой ожирения с длительностью заболевания от 5 до 15 лет.

С I ст. ожирения согласно классификации М. Н. Егорова и Л. М. Левитского (1964) было 15 больных, со II ст.—30, с III ст.—40 и с IV ст.—25. По возможности отбирались больные ожирением без сопутствующих заболеваний сердца и легких, что устанавливалось из данных анамнеза, клинического и рентгеновского обследования. Исследовали сократительную функцию миокарда левого и правого желудочков сердца с помощью ряда инструментальных методов.

Баллистокардиограмму (БКГ) скорости записывали с помощью электромагнитного датчика при развертке процесса 25 мм/сек. и 1 мв, равном 20 мм. Поликардиограмму регистрировали при записи сифмограммы общей сонной артерии, фонокардиограммы (ФКГ)—с V точки и ЭКГ—во II отведении, реограмму аорты—при наложении активного электрода на грудину у яремной ямки, пассивного—сзади слева между позвоночником и задней лопаточной линией на уровне IV—VI грудных позвонков, реограмму легочной артерии—при наложении активного электрода справа во II межреберье по среднеключичной линии.

Анализ информации, полученной при БКГ, производили по общепринятым критериям. Результаты сопоставляли с нормальными стандартами, опубликованными ранее (Б. Б. Коган, Л. И. Зингер, 1964). При анализе БКГ увеличение Н и диастолических волн, уменьшение БКГ-