

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности колхозников по профессиям (на 100 работающих)

Профессии	Число случаев	Число дней
Адм.-управленческий, обслуживающий персонал и специалисты	19,6	470,0
Трактористы-машинисты	31,3	625,4
Шоферы	29,1	467,2
Работники мастерских	39,5	840,4
Работники на постоянных работах в строительных бригадах	23,9	480,7
Доярки	37,6	485,0
Скотники-пастухи	25,8	483,8
Телятницы	18,8	391,9
Птичницы	15,8	319,6
Прочие работники животноводства	21,8	407,6
Работники, занятые на ручных и конных работах в растениеводстве и пр.	12,7	270,3
В среднем	19,6	383,4

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонишен И. К. *Здравоохранение*. Российск. Федерации, 1970, 8.— 2. Мазурик М. Ф. *Сов. мед.*, 1961, 10.— 3. Нестеренко Т. М. *Здравоохранение*. Российск. Федерации, 1963, 5.— 4. Нестеров В. А., Дьяченко И. Я., Хитцова Н. В. *Там же.* — 5. Сидоренко-Зелезинская Г. М., Жаравель Р. Ю. *Сов. здравоохранение*, 1957, 6.— 6. Чумак М. М. *Опыт изучения заболеваемости колхозников с временной утратой трудоспособности*. Медгиз, М., 1958; *Здравоохранение*. Российск. Федерации, 1961, 1.

УДК 616.127—005.8—614.88

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Л. С. Домрачева, К. И. Савинцева

Станция скорой медицинской помощи г. Казани (главврач — Л. С. Домрачева)

По материалам Казанской городской станции скорой помощи, в 1967 г. сердечно-сосудистые заболевания составляли 33% от общего количества внезапных заболеваний, в 1968 г. — 34%, в 1969 г. — 38%, в 1970 г. — 38,8%, а в 1971 г. — 42%. По материалам станции скорой медицинской помощи г. Ленинграда этот процент составляет 38, Свердловска — 43,6, Киева — 48, Москвы — 46,5.

Долгое время не было единства во взглядах на тактику врача при острой сердечно-сосудистой патологии, и объем помощи на догоспитальном этапе был крайне недостаточным, особенно при инфаркте миокарда. Высока была смертность на дому. Созрела необходимость организации специализированной догоспитальной помощи больным с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы в виде кардиологических бригад в системе скорой медицинской помощи. В Казани кардиологическая бригада была организована в феврале 1962 г. и преследовала цель приблизить квалифицированную помощь к месту происшествия, обеспечить раннее выявление больных с инфарктом миокарда и госпитализацию их в стационары города. Бригаду возглавляет врач-кардиолог, получивший специальную подготовку по острой сердечно-сосудистой патологии и чтению ЭКГ, а также имеющий опыт работы по скорой помощи. Фельдшеры владеют лабораторной и ЭКГ-техникой исследований, навыками экстренной медицинской помощи, могут выполнять основные элементы реанимации. Оснащение бригады включает чернильнопишущий электрокардиограф, походную лабораторию и сумку-укладку с медикаментами, наборы для веносекции, интубации и трахеостомии, систему для внутривенных капельных вливаний, а также ДП-7, КИ-3, АН-8, ножной отсос, электрокардиостимулятор и др. Все это размещено в микроавтобусе типа РАФ, удоб-

ном и просторном, позволяющем во время транспортировки оказывать необходимую помощь в машине вплоть до реанимационных мероприятий.

За 5 лет работы (1967—1971) кардиологической бригадой выполнено 28 329 выездов к больным с сердечно-сосудистой патологией, в том числе к 7042 больным с **острой коронарной патологией**, которым проведено ЭКГ-исследование. Выявлено 1267 инфарктов миокарда, что составляет 18%. У 332 (12,3%) больных инфаркт миокарда осложнился коллапсом, выведено из него 304 пациента (90%).

За последний год процент госпитализации инфарктных больных значительно возрос — до 92,5% в 1971 г., а в среднем за 5 лет он составляет 77,5%.

Следует отметить, что одна кардиологическая бригада в силу своей перегруженности могла обслужить лишь 23,7% всех инфарктных больных в радиусе действия станции скорой помощи.

Инфаркт миокарда диагностируется на основании тщательно собранного анамнеза, данных объективного обследования, записи ЭКГ и анализа крови на свертываемость, протромбиновый индекс, лейкоцитоз и РОЭ. Экстренность случая, постановка диагноза и оказание помощи в необходимых условиях — на квартире, производстве, на улице — требуют от врача скорой помощи быстрых, энергичных и умелых действий по принципу максимального объема помощи на месте. Для купирования болевого синдрома наиболее эффективным мы считаем потенцированный наркоз, включающий закись азота и обезболивающие средства.

С хорошим болеутоляющим эффектом мы применяем в условиях скорой помощи внутривенное введение смеси, состоящей из 2—4 мл 50% анальгина, 2 мл 2,5% раствора пипольфена или 1 мл 1% димедрола, 2 мл 2% папаверина или но-шпа на 5% растворе глюкозы. При нерезко выраженном болевом синдроме были обычно проходят через 15—20 мин. При интенсивных болях вводим промедол или морфин, также в сочетании с анальгином или пипольфеном. Но чаще всего прибегаем к наркозу закисью азота, которая на службе скорой помощи нашла широкое применение, особенно при транспортировке. Каких-либо побочных явлений от применения закиси азота мы не наблюдали.

При инфаркте, осложненном коллапсом, наряду с обезболивающей терапией применяем вазопрессорные амины (0,5—1 мл 1% раствора мезатона или 0,5—1 мл 0,2% норадреналина) в сочетании с сердечными гликозидами и стероидными гормонами (0,5 мл строфантина или 1 мл корглюкона, 100—150 мл гидрокортизона), а также витаминами группы В.

При развившемся отеке легких показана активная противопенная терапия — ингаляции увлажненного кислорода в смеси с парами спирта, а иногда и интратрахеальное введение спирта (2 мл). Пенистую жидкость отсасывают с помощью резинового катетера, введенного через нос. Внутривенно медленно вводят 1 мл новурита или 40—80 мл лазикса. При отеке легкого, возникшего на фоне высокого АД, вводят 10 мл 2,4% раствора эуфиллина или же 1 мл 5% раствора пентамина. Врач, оказывающий помощь, не может оставить больного, если, несмотря на проведенную терапию, не достигается желаемый эффект.

Транспортировка больного в стационар на любом сроке заболевания является весьма важным и ответственным мероприятием и осуществляется лишь после проведения всего комплекса лечебной помощи. Однако могут быть временные противопоказания: некупированный болевой синдром, развившийся отек легких и состояние коллапса. Такие больные госпитализируются по улучшению состояния. Выявление ареактивного шока служит показанием для более срочной госпитализации, так как в условиях стационара возможна помощь в более широком масштабе и лучше контроль за проводимым лечением. Госпитализация осуществляется районированно. Для Бауманского района при 7-й гор. клинической больнице открыто специализированное инфарктное отделение, руководителем и организатором которого является проф. Я. М. Милославский. Открыта палата интенсивной терапии в терапевтической клинике ГИДУВа под руководством проф. Л. М. Рахлина. По жизненным показаниям больные госпитализируются в ближайший терапевтический стационар.

Смертность при госпитализации за 5 лет — 0,6% (9 человек). Мы считаем, что транспортировка инфарктных больных не приносит им вреда, если она осуществляется квалифицированно.

Для осуществления преемственности в лечении необходима организационная и методическая связь со специализированными инфарктными отделениями (тактика лечения, разбор диагностических ошибок, присутствие на секции) и повседневное научно-методическое руководство ведущих специалистов города. Назрела потребность в создании специализированного кардиологического центра, который бы осуществлял методическое руководство как службой скорой помощи, так и стационарами города.