

На правах рукописи

В. С. БЕЛКИН

ОРГАНИЗАЦИЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА,
ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛЛАПСОМ

(по материалам Станции скорой медицинской помощи
г. Москвы)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва — 1965

Работа выполнена на Станции скорой медицинской помощи г. Москвы и кафедре факультетской терапии лечебного факультета I Московского ордена Ленина медицинского института имени И. М. Сеченова.

Научные руководители—действительный член АМН СССР профессор В. Н. Виноградов].

Профессор, доктор медицинских наук З. А. Бондарь.

Официальные оппоненты:

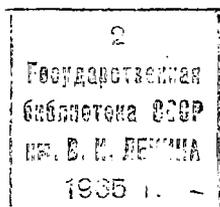
Доктор медицинских наук, профессор **Е. И. Чазов**
Кандидат медицинских наук, доцент **В. В. Ермаков**

Автореферат разослан 1965 г.

Защита диссертации состоится в 1-м Московском ордена
Ленина медицинском институте имени И. М. Сеченова
. 1965 г. в часов в аудитории
. этаж.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке _____

Адрес института: Большая Пироговская улица, дом 2—6.
Троллейбусы № 11, 15.



70932

До середины 50-х годов нашего столетия в Советском Союзе считалось нецелесообразным госпитализировать больного инфарктом миокарда в первые дни заболевания, если он находился дома (Г. Ф. Ланг, 1935; Н. Д. Стражеско, 1938; М. А. Мессель, 1941; В. Ф. Зеленин, 1951). Начиная с 1950 г. стали появляться отдельные высказывания о необходимости экстренной госпитализации больных инфарктом миокарда в первые дни заболевания (О. И. Глазова, 1950; С. Г. Моисеев, 1955; В. К. Булычева, 1957 и др.).

Однако, как в Советском Союзе, так и за рубежом больные инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, продолжали считаться нетранспортабельными и оставались дома.

Находясь в домашних условиях, эти тяжелые больные, в большинстве своем, лишались необходимой им с первых часов заболевания терапии, что, по-видимому, способствовало высокой летальности, достигавшей, по данным ряда авторов, 80—93% (А. В. Виноградов, 1959; В. Н. Виноградов, В. Г. Попов, А. С. Сметнев, 1962; А. С. Сметнев, В. В. Кованов, В. С. Белкин; В. Я. Табак, 1964; Г. Виллем, А. Фронек, В. Ганз, 1958; М. Plotz, 1961; Н. Е. Неуер, 1961).

Созданная в Советском Союзе система скорой медицинской помощи населению, совершенствуясь с каждым днем, позволяет применять наиболее современные и эффективные методы лечения непосредственно у постели больного, находящегося во внебольничных условиях. Организационные формы и методы оказания экстренной медицинской помощи больному на дому в разных городах Советского Союза различны, но вместе с тем, они имеют единое целевое направление — как можно быстрее оказать полную и наиболее квалифицированную помощь внезапно заболевшему человеку.

При инфаркте миокарда, осложненном коллапсом, большое значение имеет быстрота оказания помощи от начала заболевания (В. Н. Виноградов, В. Г. Попов, А. С. Сметнев, 1962). Чем быстрее начата терапия коллапса, тем больше шансов спасти больного. В связи с этим, в начале 1960 г.

в Москве при Станции скорой медицинской помощи были созданы специальные санитарные машины и постоянные медицинские бригады, предназначенные для оказания экстренной квалифицированной помощи больным с наиболее тяжелыми формами сердечно-сосудистой патологии. А. Л. Мясников (1958) считает вполне понятным большое внимание к сердечно-сосудистой патологии, так как «от заболеваний сердца и сосудов гибнет столько людей, сколько от туберкулеза и рака вместе взятых».

Учитывая изложенное, руководством станции скорой помощи (нач. — заслуженный врач РСФСР Л. Б. Шапиро) и кафедры факультетской терапии имени проф. В. Н. Виноградова (зав. — проф. З. А. Бондарь) нам было предложено, используя обширный материал скорой помощи гор. Москвы и свой личный опыт, организовать специальный транспорт и выработать: 1) организационные формы и показания для ранней госпитализации больных тяжелыми формами инфаркта миокарда и проверить их в условиях работы специальной службы скорой помощи на ограниченном контингенте больных; 2) в целях борьбы с коллапсом при инфаркте миокарда изучить возможность применения в условиях работы скорой помощи прессорных аминов (норадреналин, мезатон, эфедрин), закиси азота, гепарина. В целях борьбы с клинической смертью нам было предложено: изучить методы реанимации (прямой и непрямой массаж сердца), интубацию, наложение трахеостомы для подключения аппаратов искусственного дыхания, внутриартериальное нагнетание крови, внутрисердечное введение лекарственных средств, дефибрилляцию и вопросы транспортировки с дальнейшим внедрением их в работу скорой медицинской помощи; 3) организовать преемственность в лечении больных тяжелыми формами инфаркта миокарда, как во внебольничных условиях, так и в условиях стационара. Основой работы послужили наблюдения над 523 больными инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, обслуженными специальной скорой помощью, а также наблюдения над 185 больными, доставленными спецбригадами в отделение неотложной помощи клиники имени проф. В. Н. Виноградова I МОЛМИ имени И. М. Сеченова.

24 марта 1960 г. в Мосгорздравотделе был издан приказ за № 203, по которому на базе автобуса марки ПАЗ-651 была создана специальная противоишемическая машина-операционная.

Размеры машины и улучшенная амортизация дали возможность перевозить больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, на значительные расстояния. Внутри машина была специально оборудована дополнительным освещением, поднимающимся операционным столом, наркозными аппаратами, дефибриллятором, электрокардиографом, малыми и большими кислородными ингаляторами, аппаратами искусственного дыхания, наборами стерильного инструментария (наборы для торакотомии, для внутриартериального напнетания, трахеотомические и интубационные наборы), лабораторией для производства анализа крови, электростимулятором сердечной деятельности ГСИ-1 и т. п.

В состав спецбригады входили: врач-терапевт, два специально подготовленных фельдшера, лаборант. Врачи спецмашины проходили специальную подготовку в клинике имени проф. В. Н. Виноградова и лаборатории экспериментальной терапии и физиологии по оживлению организма (зав. — проф. В. А. Неговский). В задачу бригад спецмашины входило: экстренная диагностика, выведение из коллапса, борьба с отеком легких и болевым приступом, выведение из терминальных состояний, госпитализация.

При непосредственном нашем участии в клинике факультетской терапии I МОЛМИ было создано первое специальное отделение неотложной помощи для больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом. Отделение рассчитано на 10 коек и состоит из приемной палаты, трех палат для больных, выведенных из состояния коллапса, и манипуляционной палаты, в которую поступают больные в состоянии коллапса. Больные находятся в отделении несколько дней и по выведении из тяжелого состояния переводятся в общее отделение. Отделение оборудовано электрокардиографами с тепловой и фотозаписью, дыхательной и наркозной аппаратурой, дефибриллятором, электростимулятором дыхания и сердечного ритма, кислородными палатками, стерильными наборами хирургических инструментов, трахеотомическими и интубационными наборами. В отделении установлены функциональные кровати для сердечных больных. Штат отделения состоит из 5 врачей — ординаторов, заведующего отделением, 5 медицинских сестер, трех санитарок.

Врачи, работающие в отделении, несут определенное количество дежурств на спецмашине скорой помощи. Впоследствии в Москве было организовано дополнительно еще восемь спеццентров. Они созданы при Институте терапии

АМН СССР, при Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, при больнице имени С. П. Боткина, при Первой градской больнице, при больницах № 29, 50, 59, при госпитальной терапевтической клинике I МОЛМИ им. И. М. Сеченова.

В результате создания спецмашин и организации «противоинфарктных центров» при клиниках, начиная с 1960 г., в Москве был решен вопрос госпитализации больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом. Спецмашинами скорой помощи за период с 1960 по 1963 гг. было обслужено 523 больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, из них женщин было 200 человек, мужчин — 323 человека.

Распределение больных по полу и возрасту

П о л	До 50 лет	От 50 до 59 лет	От 60 до 69 лет	От 70 до 79 лет	От 80 лет и старше
Мужчины	32	125	119	43	4
Женщины	8	49	93	46	4
Итого	40	174	212	89	8

В результате оказания помощи в первые часы заболевания удалось вывести из коллапса или заметно улучшить состояние 412 больных (78,8%) и затем госпитализировать их в специальные инфарктные центры. Во время транспортировки больных в машине умерло 3 человека (0,6%), взятых в машину в агональном состоянии, в связи с плохими условиями на месте. Из 523 больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, 22 человека были оставлены дома (4,2%) в связи с невозможностью выноса. Все 22 больных умерли. 86 человек умерло дома при враче скорой медицинской помощи (16,4%).

По данным ряда авторов (С. Г. Моисеев, 1962; В. Н. Виноградов, В. Г. Попов, А. С. Сметнев, 1963; С. Wiggers, 1954; С. М. Agress и М. I. Binder, 1957; М. Plotz 1961; С. Пшма и Н. Гамер, 1963 и др.), коллапс при инфаркте миокарда, по-видимому, носит кардиогенный характер (острая сердечная недостаточность). В то же время большое значение имеют нервнорефлекторный и гуморальный факторы, действующие

на сосудистый центр и периферические сосуды. Под воздействием боли и токсинов, образующихся в инфарцированном участке сердечной мышцы, в результате белкового распада, происходит раздражение сосудистого центра и сосудистых рецепторов, что ведет к нарушению периферического сосудистого тонуса (неспособность компенсаторных механизмов повысить периферическое сопротивление — М. С. Вовси, 1961; С. Г. Моисеев, 1962).

По нашим наблюдениям клиническая картина инфаркта миокарда, осложненного коллапсом, чаще всего характеризуется следующими особенностями: больной обычно лежит спокойно, вытянувшись во весь рост, он не предъявляет никаких жалоб и лишь изредка издает легкий стон. При настойчивом расспросе больной медленно, с трудом и неохотой поднимая веки, отвечает, что чувствует слабость и нестерпимую боль за грудиной. Тоска, ужас надвигающейся смерти и жестокая боль отражаются в его взгляде. Вместе с тем, в ряде случаев невыносимая боль, страх, удушье, на фоне развивающейся гипоксии мозга иногда приводят больного в состояние крайнего возбуждения, он пытается встать, уйти, мечется по кровати, кричит, стонет, требует яда, желая прекратить свои мучения. Нередко сознание бывает спутано или совсем потеряно. Лицо больного с заострившимися чертами покрыто крупными каплями холодного липкого пота. Оно бледное, пепельно-серого цвета, с цианозом (носогубного треугольника). Это «мертвое» лицо еще живого человека.

Подобная картина обычно сопровождается в той или иной мере симптомами сердечной недостаточности: развивается и нарастает цианоз, разливаясь отдельными пятнами по всему телу, нарастает одышка, появляются застойные хрипы в легких, иногда увеличивается печень, развивается отек легких. Пульс малый, частый, иногда нитевидный, в ряде случаев не пальпируется. Тоны сердца глухие, температура тела понижается. Артериальное давление снижено.

Для оценки тяжести состояния больных и создания временной схемы лечения клиникой имени В. Н. Виноградова было предложено различать три степени коллапса. В основу классификации этих степеней положена тяжесть клинической картины, быстрота наступления реакции на введение прессорных аминов и быстрота выведения больного из коллапса.

1-я степень коллапса — состояние средней тяжести. Быстрая и устойчивая реакция на введение прессорных аминов.

2-я степень коллапса — состояние тяжелое. Реакция на прессорные амины замедленная и неустойчивая.

3-я степень коллапса — состояние очень тяжелое (преагональное). Реакция на прессорные амины кратковременная, недостаточная или совсем отсутствует.

Итак, в зависимости от стадии и тяжести процесса те или иные симптомы могут превалировать и определять конкретные клинические формы, с которыми врачу скорой помощи придется встречаться в своей практике и от которых зависит принятие определенного плана лечения больного.

Из 523 больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, обслуженных спецбригадами скорой помощи, 258 человек вошли в I группу (по тяжести коллапса), 101 больной — во вторую группу и 164 больных — в третью группу.

В ряде случаев течение инфаркта миокарда сопровождалось изменением ритма пульса, в 95 случаях инфаркта миокарда, осложненного коллапсом, присоединялось грозное осложнение в виде отека легких. В 304 случаях заболевание сопровождалось резкой одышкой, в 101 случае — рвотой, в 145 случаях — нарушением сознания и в 74 случаях — возбуждением. В 9 случаях отмечалось периодическое дыхание Чайн-Стокса. В 128 случаях артериальное давление не определялось, что, однако, по нашим наблюдениям, не всегда являлось признаком плохого прогноза. Основным, ведущим симптомом при инфаркте миокарда является сильная, сковывающая больного, загрудинная боль. Этот симптом отмечен нами почти во всех случаях заболевания. Однако в нескольких случаях нам удалось наблюдать развитие тяжелого инфаркта, сопровождающегося коллапсом при полном отсутствии болей.

У большинства из 523 обслуженных нами больных в анамнезе были отмечены либо гипертоническая болезнь, стенокардия, либо повторные инфаркты. Так, гипертоническая болезнь была в анамнезе у 153 больных, стенокардия в анамнезе — у 169 и повторные инфаркты миокарда — у 152 человек. Наибольшее количество случаев возникновения коллапса при инфаркте миокарда было отмечено в весеннее время года (175 случаев), наименьшее — зимой (104 случая).

Нередко бывает затруднительно поставить диагноз «инфаркт миокарда» в первые часы заболевания, даже если больной находится в условиях клиники. В этих случаях электрокардиография является наиболее ценным диагностическим методом. Особенно велика роль ЭКГ в условиях работы ско-

рой помощи, так как здесь врач повседневно встречается с целым рядом неотложных состояний, таких, как шок, коллапс, приступы сердечной астмы, отек легких, которые могут быть как коронарного, так и иного происхождения.

Наличие на спецмашине электрокардиографа позволило за период 1960—1963 гг. снять электрокардиограмму у 247 больных, у которых предполагалось развитие инфаркта миокарда. Разбирая клиническое значение ЭКГ, следует отметить, что врач скорой помощи в 190 случаях получил ценные дополнительные данные, подтвердившие клинический диагноз. В 57 случаях с помощью ЭКГ диагноз «инфаркт миокарда» был отвергнут.

При постановке диагноза «инфаркт миокарда, осложненный коллапсом» проводилась терапия, основанная на представлении о кардиогенном происхождении коллапса. В связи с этим, лечение, в первую очередь, было направлено на восстановление сократительной способности миокарда и на повышение тонуса периферических сосудов, что достигалось применением сердечных гликозидов и прессорных аминов (А. В. Виноградов, 1959; В. Н. Виноградов, В. Г. Попов, А. С. Сметнев, 1962; П. Л. Сухинин, 1963; В. С. Белкин, 1963; М. Plotz, 1961).

Наряду с этим существенное значение имеет борьба с болевым приступом и тромбэмболическими осложнениями, а также с развивающимся кислородным голоданием (Е. М. Тареев, 1951; А. А. Шелагуров, Т. И. Добровольская, Д. П. Ильин, 1962; П. Е. Лукомский и П. В. Казьмина, 1963; Е. И. Чазов, Ю. Т. Пушкарь, М. С. Бакуменко, К. В. Иосава, 1964; I. Jorges, 1946; H. Heger, 1961).

Одним из основных лечебных мероприятий, способствующих выведению из коллапса, является раннее применение прессорных аминов. Наиболее эффективным препаратом является норадреналин. Учитывая трудности, а подчас и невозможность введения норадреналина капельным способом в условиях скорой помощи, нами в 1960 году был предложен шприцевой метод введения этого препарата. Предлагаемый шприцевой метод заключается в следующем: 0,2—0,4 мл (в зависимости от состояния больного) 0,1% раствора норадреналина в разведении с 20 мл 40% раствора глюкозы вводят внутривенно медленно в течение 7—10 минут отдельными небольшими порциями под постоянным контролем артериального давления.

Нами в условиях скорой помощи гор. Москвы норадреналин в шприце применялся при выведении из коллапса 115 больных инфарктом миокарда. В результате в 78 случаях удалось вывести больных из состояния коллапса или значительно улучшить их состояние. Учитывая, что норадреналин в ряде случаев дает осложнения в виде тошноты, рвоты, головной боли, усиления отека легких и пр., мы обычно начинали терапию прессорными аминами с внутримышечных инъекций 1—2 мл 1% раствора мезатона или 1 мл 5% раствора эфедрина. В случае отсутствия эффекта в течение ближайших 30 минут переходили к внутривенному введению 0,5—1 мл 1% раствора мезатона или 5% раствора эфедрина. Если эти введения не помогали, то прибегали к внутривенному введению норадреналина вышеизложенным методом.

Мезатон вводился внутривенно 249 раз, а внутримышечно 227 раз, эфедрин — внутривенно 34 раза и внутримышечно 86 раз. Нами обслужено было 523 больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом. Применяя прессорные амины, удалось вывести полностью из коллапса 258 больных, у 101 больного прессорный эффект был кратковременным или недостаточным и у 164 больных эффекта не наступило.

Из последней группы (164 больных) при враче скорой помощи погибло 86 человек.

При нарастании симптомов острой недостаточности сердца нами широко применялись сердечные гликозиды — 0,05% раствор строфантина по 0,25—0,5 мл или по 0,5—1 мл 0,06% раствор коргликона в разведении с 20 мл 40% раствора глюкозы. Мы вводили строфантин и коргликон преимущественно внутривенно, так как в этом случае эффект наступал быстрее и действие препаратов выражалось отчетливее. Врачами спецмашины строфантин вводился внутривенно 176 больным и внутримышечно 19 больным, коргликон внутривенно — 161 больному и внутримышечно — 10 больным.

У 95 больных на фоне инфаркта миокарда, осложненного коллапсом, развился отек легких. Экстренными комплексными мероприятиями (внутривенное введение сердечных гликозидов, кровопускание 300—500 мл, наркотические средства, ингаляции с парами спирта, инъекции новурита и пр.) удалось спасти 61 больного. В 34 случаях заболевание закончилось летально.

Как известно, сердечно-сосудистая недостаточность является причиной кислородного голодания организма. Вследствие этого, другим важным мероприятием при явлениях недоста-

точности сердца является оксигенотерапия. Учитывая важность оксигенотерапии, мы всем больным давали вдыхать кислород как в чистом виде, так и в смеси с атмосферным воздухом. В большинстве случаев мы видели значительное облегчение, которое приносили ингаляции кислорода больным.

Для дачи кислорода больному в машине в пути следования в клинику, а также на дому у постели больного, на скорой помощи гор. Москвы применяется портативный кислородный ингалятор КИ-3 м. Он состоит из металлического баллона емкостью 1,3 литра, редуктора и маски, соединенной гофрированной резиновой трубкой с редуктором. Кислород, благодаря специальному устройству, смешивается с воздухом в заданных пропорциях и поступает в маску, покрытую изнутри смоченной в воде марлей. При отеке легких больному давали вдыхать кислород в смеси с парами спирта, образующимися в специальном распылителе. С помощью ингалятора КИ-3 м можно давать больному кислород в течение 30—40 мин. При необходимости более длительной дачи кислорода больному нами использовался 10-литровый кислородный баллон с подсоединенными к нему редуктором и маской от аппарата КИ-3 м. В ряде случаев для дачи кислорода мы использовали портативный наркозный аппарат АН-8 и аппарат искусственного дыхания ДП-2.

Для снятия боли в течение многих лет на скорой помощи широко применялись наркотические вещества: 1% раствор морфина, 2% раствор омнопона или 2% раствор промедола в количестве 1—2 мл внутримышечно или подкожно. В особо тяжелых случаях эти средства вводили внутривенно по 0,5—1 мл в смеси с 20 мл 40% раствора глюкозы.

По данным ряда авторов (В. Х. Василенко, М. Ю. Меликова, 1959; М. Plotz, 1961) и по нашим наблюдениям, при применении наркотических средств, в ряде случаев был отмечен слабый антиболевой эффект и в большинстве случаев наблюдалось наличие осложнений в виде тошноты, рвоты, пареза кишечника и т. п. Такого рода факты заставили искать новые методы быстрого купирования болей, возникающих при инфаркте миокарда. Получив на испытание портативный наркозный аппарат АН-8, мы решили применить закись азота для купирования болей у больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом (В. С. Белкин, 1961; А. В. Сергеев, 1962; А. В. Сергеев и В. С. Белкин, 1965). Давая вдыхать закись азота в смеси с кислородом 75 больным инфарктом миокарда,

осложненным коллапсом, в соотношении 1 : 1, 3 : 1 и 4 : 1, мы смогли полностью купировать боли в 41 случае. В 25 случаях боли купировались на короткое время, однако больные получали значительное облегчение. В 9 случаях наркоз закисью азота облегчения не принес.

Пользуясь закисью азота, нам удавалось под наркозом переносить тяжелых возбужденных больных с некупирующимися болями в сердце из квартиры в машину и далее под наркозом доставлять их в клинику.

Еще одним важным фактором в лечении больных инфарктом миокарда (при отсутствии противопоказаний) является раннее применение быстродействующего антикоагулянта гепарина, который впервые в условиях скорой помощи г. Москвы был применен в 1960 г. (В. С. Белкин, А. С. Сметнев, В. В. Кованов, В. М. Лепешков, 1965). В отличие от специалистов тромбоэмболической бригады гор. Ленинграда (Е. М. Филипченко, М. С. Жилов, Л. Ф. Гуло, Я. Б. Эйдинов, Д. И. Морарь, 1961), рекомендующих максимальные дозы гепарина 5—10 тысяч МЕ, мы, исходя из нашего опыта и опыта факультетской терапевтической клиники I МОЛМИ им. И. М. Сеченова, в качестве первой ударной дозы применяли внутривенное введение гепарина по 15—25 тысяч МЕ. Гепарин вводился нами 306 больным; внутривенно—279 больным, внутримышечно—68 больным. Контроль—время свертываемости крови—проводился в особо сомнительных случаях.

Нередко все усилия спецбригад не приводили к желанному исходу, и наступала смерть. Получив специальную подготовку в лаборатории экспериментальной физиологии и терапии по оживлению организма, возглавляемой проф. В. А. Неговским, врачи скорой помощи гор. Москвы впервые в Советском Союзе во внебольничных условиях произвели 17 прямых массажей сердца с предварительной интубацией больного и подключением его к аппарату искусственного дыхания (ДП-2), с сопутствующим внутриартериальным нагнетанием крови или полиглюкина, с внутрисердечными введениями прессорных аминов, сердечных гликозидов и других лекарственных средств. В трех случаях было достигнуто оживление. В одном случае больной прожил 2 часа, в другом — 26 часов и в третьем — 160 часов. Причем в 2 случаях восстановились не только самостоятельная сердечная деятельность и дыхание, но больные пришли в сознание, ответили на вопросы, ориентировались в обстановке.

Разработка новых методов оживления — непрямого мас-

сажа сердца и искусственного дыхания «рот в рот» и «рот в нос» — вооружило врачей скорой помощи более доступными средствами борьбы с клинической смертью. Непрямой массаж сердца проводился у 46 больных инфарктом миокарда, находившихся в состоянии клинической смерти. Возраст больных от 43 до 84 лет. Стойкое восстановление жизненных функций с последующим выздоровлением наблюдалось у 5 больных. У 11 был отмечен временный эффект и у 30 — проводимая терапия не дала положительных результатов.

Комплексная терапия больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, сделала возможной госпитализацию 412 больных из общего числа 523 обслуженных больных с кардиогенным коллапсом.

Отдаленные результаты лечения больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, по данным ряда авторов представляют собой следующий ободряющий результат.

В факультетской терапевтической клинике I МОЛМИ им. И. М. Сеченова из 185 поступивших больных выжило 116 человек (62,5%), умерло—69 человек (37,5%) (С. А. Сметнев, И. М. Кахновский, 1963).

В факультетской терапевтической клинике 2-го МГМИ из 138 больных выжило 82 человека (59,4%) и умерло 56 человек (40,6%) (П. Е. Лукомский, 1963).

В клинику пропедевтики внутренних болезней 2-го МГМИ поступило 36 больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом. Из них выжило 28 человек (77,8%) и умерло 8 человек (22,2%) (А. А. Шелагуров, 1962).

По данным С. Г. Моисеева (1963), суммарная летальность по гор. Москве (на дому и в стационаре) среди больных инфарктом миокарда показала благоприятную тенденцию: в 1959 г. — 28,7%; в 1960 г. — 24,0%; в 1961 г. — 22,9%. Таким образом, имеющиеся данные говорят в пользу нового порядка госпитализации в Москве больных инфарктом миокарда.

Выводы

1. Ранняя госпитализация больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, в специальные противоинфарктные центры позволила снизить летальность среди этого контингента почти в 2 раза. В то же время среди больных этой

группы, оставленных дома в связи с отказом от госпитализации, смертность составила 100%.

В машине во время транспортировки умерло 3 больных (0,7%) из 415, взятых в машину.

2. Между врачами клиник и Станции скорой помощи необходимо осуществлять преемственность в вопросах лечения и оказания первой помощи при инфарктах миокарда, осложненных коллапсом.

3. Безвредность и хорошее наркотическое действие закиси азота при болях в сердце позволили применить ее в условиях работы скорой медицинской помощи гор. Москвы у 75 больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом.

4. Норадреналин, являясь одним из наиболее мощных прессорных аминов, был применен шприцевым методом в условиях скорой медицинской помощи гор. Москвы у 115 больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом. Это позволило нам в 78 случаях вывести больных из коллапса или значительно улучшить их состояние.

5. В условиях скорой медицинской помощи гор. Москвы гепарин применялся у 306 больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом. Как правило, гепарин вводился внутривенно в дозе 15—25 тыс. МЕ при отсутствии противопоказаний.

6. Проведение непрямого массажа сердца в сочетании с искусственным дыханием «рот в рот» или «рот в нос», или с помощью аппарата искусственного дыхания ДП-2, следует рекомендовать как меру первой помощи при внезапной остановке сердца и дыхания у больных инфарктом миокарда.

7. Создание специальных инфарктных машин при Станции скорой медицинской помощи гор. Москвы, по-видимому, целесообразно, так как в условиях их работы подготавливаются новые кадры опытных работников, знакомых со срочной терапией при состояниях крайней тяжести. Кроме того, спецмашины являются как бы лабораториями скорой помощи, в которых происходит освоение новой медицинской аппаратуры и приборов, испытываются новые лекарственные средства, разрабатываются новые методы лечения, проводится научная работа.

По теме диссертации опубликованы следующие работы:

1. Белкин В. С. Специальная противоинфарктная машина скорой помощи. В кн.: «Скорая и неотложная медицинская помощь». Передовой опыт организации здравоохранения. М., «Медицина», 1960, 51—53.
2. Шведов А. Ф., Попов В. Г., Сметнев А. С., Белкин В. С. Вопросы организации специализированной медицинской помощи больным инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, в условиях скорой помощи г. Москвы. Тер. арх., т. 33, № 5, 1961, 108—112.
3. Белкин В. С. О применении закиси азота при стенокардии и инфаркте миокарда в условиях скорой помощи. Тер. арх., т. 33, № 12, 1961, 51—56.
4. Белкин В. С., Израитель С. Р. Опыт работы станции скорой медицинской помощи гор. Москвы по лечению и перевозке больных с тяжелыми формами инфаркта миокарда. В кн.: «Тезисы научной конференции, посвященной 85-летию со дня рождения Героя Социалистического Труда академика Н. Д. Стражеско, 1876—1961». Киев, 1961, 14—15.
5. Шапиро Л. Б., Ромадин Н. А., Белкин В. С. Первые итоги лечения терминальных состояний в условиях работы станции скорой медицинской помощи г. Москвы. В кн.: «Тезисы второй Всесоюзной конференции по патологии и терапии терминальных состояний». М., Медгиз, 1961, 82.
6. Шапиро Л. Б., Попов В. Г., Ромадин Н. А., Сметнев А. С., Белкин В. С. Вопросы лечения и госпитализации больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом. Сов. мед., № 1, 1963, 13—21.
7. Белкин В. С. Применение норадреналина для лечения больных инфарктом миокарда, осложненным коллапсом. Сов. мед., № 2, 1963, 51—55.
8. Табак В. Я., Дагаев В. Н., Белкин В. С. Опыт применения непрямого массажа сердца в условиях скорой помощи. Сов. мед., № 9, 1963, 76—79.
9. Сметнев А. С., Кованов В. В., Белкин В. С., Табак В. Я. Клиническое течение и лечение отека легких у больных инфарктом миокарда. Тер. арх., т. 36, № 7, 1964, 19—25.
10. Белкин В. С. Двухгодичный опыт оказания срочной медицинской помощи и ранней госпитализации больных тяжелыми формами инфаркта миокарда в условиях работы скорой помощи. В кн.: «Вопросы скорой медицинской помощи». М., 1963, 33—43.
11. Табак В. Я., Дагаев В. Н., Белкин В. С. Опыт применения непрямого массажа сердца в условиях работы скорой медицинской помощи. В кн.: «Вопросы скорой медицинской помощи». М., 1963, 78—83.
12. Сметнев А. С., Белкин В. С. Оказание медицинской помощи при коллапсе у больных инфарктом миокарда в условиях скорой медицинской помощи г. Москвы. «Новое в работе станции скорой медицинской помощи». Передовой опыт организации здравоохранения. М., «Медицина», 1964, 26—48.
13. Сметнев А. С., Белкин В. С., Тюфаева Н. И. Опыт оказания скорой медицинской помощи больным тяжелыми формами инфаркта миокарда в условиях работы скорой медицинской помощи г. Москвы. В кн.: «Неотложная помощь при инфаркте миокарда». М., 1965, 270—276.

14. Маколкин В. И., Сметнев А. С., Черняк Н. Г., Белкин В. С. Опыт применения электрокардиографии в условиях работы скорой помощи г. Москвы. В кн.: «Неотложная помощь при инфаркте миокарда». М., 1965, 289—294.

15. Белкин В. С., Сметнев А. С., Кованов В. В., Лепешков В. М. Гефарин и его применение при лечении острого инфаркта миокарда, осложненного коллапсом, в условиях работы скорой помощи г. Москвы. В кн.: «Неотложная помощь при инфаркте миокарда». М., 1965, 297—304.

16. Сергеев А. В., Белкин В. С. К вопросу о применении закиси азота при лечении тяжелых форм острого инфаркта миокарда в условиях работы врача скорой помощи. В кн.: «Неотложная помощь при инфаркте миокарда». М., 1965, 304—313.

17. Табак В. Я., Белкин В. С., Семенов В. Н. Применение непрямого массажа сердца у больных инфарктом миокарда в условиях работы скорой помощи г. Москвы. В кн.: «Неотложная помощь при инфаркте миокарда». М., 1965, 314—319.

* *
*