

ЧАСТЬ III

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАНИМАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В КАУНАСЕ

З. И. ЯНУШКЕВИЧУС, А. И. ЛУКОШЕВИЧЮТЕ

Каунасский медицинский институт

Реанимационная помощь больным острым инфарктом миокарда (ОИМ) стала реальной после внедрения в клиническую практику современных методов реанимации. В настоящее время живут и работают сотни людей, которым в периоде острого инфаркта миокарда реанимационная помощь успешно была оказана не только один, но даже несколько раз.

История клинической реаниматологии в нашей стране тесно связана с последовательной плодотворной работой Научно-исследовательской лаборатории общей реаниматологии АМН СССР, руководимой В. А. Неговским. Внедрение в клиническую практику современных методов оживления в нашем городе началось в 1959—1960 гг. в Республиканской каунасской клинической больнице (РККБ). Большой заслугой в этом явилось посещение Каунаса В. А. Неговским, которое привело к постоянному творческому сотрудничеству. В 1959 г. был с успехом применен прямой, а в 1960—1961 гг. непрямой массаж сердца. В 1961 г. успешно осуществлена прямая (при помощи дефибриллятора переменного тока), а в 1963 г. — трансторакальная (при помощи отечественного импульсного дефибриллятора) электрическая дефибрилляция сердца. В 1960 г. была успешно применена наружная, а в 1961 г. — внутренняя электрическая стимуляция сердца. С 1960 по 1968 г. реанимационные мероприятия по поводу ОИМ были проведены 39 больным, 14 (35,9%) удалось оживить [Янушкевичус З. И., Блужас И. Н., 1968].

В связи с первыми успехами применения реанимационной помощи в клинике возник ряд организационных вопросов. В 1965 г. при одном из терапевтических отделений РККБ была организована палата для реанимации и интенсивного наблюдения, а в 1968 г. впервые в нашей республике — палаты для ре-

нимации и интенсивной терапии на 12 коек в составе отделения анестезиологии и реанимации, в которые стали госпитализировать всех больных ОИМ. С увеличением коечного фонда до 2000 коек и объема реанимационной помощи в 1977 г. в РККБ было открыто самостоятельное отделение реанимации и интенсивной терапии на 40 коек со специализированным кардиологическим подразделением на 12 коек.

Наряду с РККБ палаты для реанимации и интенсивной терапии в составе отделений анестезиологии и реанимации были организованы и в других больницах города: в 1972 г. — во 2-й Клинической больнице (общее число коек 520, в том числе 12 коек для реанимации и интенсивной терапии), а в 1975 г. — в 3-й Клинической больнице (общее число коек 640, в том числе 6 коек для реанимации и интенсивной терапии). В связи с увеличением коечного фонда в 1-й Клинической больнице до 500 коек в 1979 г. намечено открытие палат реанимации и интенсивной терапии и в этой больнице Каунаса. Все это способствовало увеличению доступности и повышению эффективности реанимационной помощи на госпитальном этапе в случае ОИМ.

Анализ работы кардиологического реанимационного подразделения РККБ за 1978 г. показал, что в течение этого года первые 2—3 сут заболевания в нем провели 384 больных ОИМ, из них умерло 93 (24,2%). Из представленных в табл. 1 данных

Таблица 1
Причины смерти в случае острого инфаркта миокарда (по данным кардиологического реанимационного подразделения РККБ за 1978 г.)

Причина смерти	До применения оживления		После применения оживления	
	абс. число	%	абс. число	%
Первичное мерцание желудочков	38	40,9	2	3,5
Сердечная недостаточность	21	22,6	21	36,9
Разрыв сердца	18	19,4	18	31,6
Шок	6	6,4	6	10,5
Нарушения ритма и проводимости сердца	6	6,4	6	10,5
Легочная эмболия	4	4,3	4	7,0
Всего . . .	93	100,0	97	100,0

видно, что в 40,9% случаев внезапная смерть была обусловлена первичным мерцанием желудочков, которое, следовательно, остается одной из причин смерти в остром периоде инфаркта

миокарда: оно наблюдается у 9,8% госпитализированных больных ОИМ. Вместе с тем из данных табл. 1 видно, как меняется характер причин смерти после применения мер по оживлению. От первичного мерцания желудочков в этом случае умерло всего 2 (3,5%) больных.

Успешность реанимационной помощи в случае первичного мерцания желудочков способствует резкому снижению больничной летальности: с 24,2% она уменьшилась до 14,8%, т. е. почти на 10%.

Отдаленные результаты лечения 40 оживленных больных ОИМ показывают, что после истечения одного года в живых оставалось 26 (65%) больных, после 2 лет — 19 (47,5%), после 3 лет и более — 12 (30%) больных. При этом из 20 оживленных работоспособного возраста 15 (65,2%) вернулись к трудовой деятельности. Примечательно, что один из оживленных продолжает жить и работать по прошествии 15 лет.

Несмотря на большие успехи реанимационной помощи на госпитальном этапе, летальность от ОИМ все еще остается высокой. Долголетняя регистрация всех случаев ОИМ, проводимая в Каунасе, показала, что с 1972 по 1976 г. общая летальность от ОИМ колебалась в пределах 34,5—44% [Шешкевичус А. Ю., 1977] и лишь в 1977 г. она снизилась до 32,5% [Растенене Д., Гражулявичене Р., 1978]. Частота случаев добольничной смерти от ОИМ довольно высокая: в 1972 г. она составила 64,9%, в 1973 г. — 53,2%, в 1974 г. — 60,6%, в 1975 г. — 54,2% и в 1976 г. — 47,4% [Шешкевичус А. Ю.]. Смерть от ОИМ на догоспитальном этапе в 53,8% случаев возникает в течение первых 30 мин от начала заболевания [Гражулевичене Р. И. и др., 1978]. В связи с этим очевидна большая роль службы скорой медицинской помощи в диагностике и оказании первого медицинского реанимационного пособия при ОИМ. В 1962 г. в Каунасе на станции скорой медицинской помощи были организованы две специализированные кардиологические бригады. В 1963 г. была организована еще одна специализированная реанимационная бригада. С 1973 г. все три специализированные бригады были названы бригадами интенсивной терапии. В 1978 г. организована четвертая, а в 1979 г. — пятая бригада интенсивной терапии. Таким образом, в настоящее время на станции скорой медицинской помощи из 17 бригад, работающих в одной смене, 5 бригад являются бригадами интенсивной терапии.

Некоторое число больных ОИМ все еще обслуживается бригадами линейными, особенно при его атипичной клинике или нечетко сформулированном вызове, поэтому с целью улучшения диагностики все линейные бригады станции скорой медицинской помощи также были снабжены электрокардиографами.

В связи с такой организацией скорой медицинской помощи, по данным за 1978 г., 57,3% случаев ОИМ в Каунасе диагности-

фруются и госпитализируются врачами станции скорой медицинской помощи, 29% — врачами поликлиник и лишь 13,7% — врачами стационаров и приемных отделений.

Для эффективности реанимационного вмешательства у больных ОИМ большое значение имеет время прибытия на место вызова бригады скорой медицинской помощи, а радиус ее обслуживания в Каунасе составляет 15—20 км, поэтому в 1976 г. для уменьшения интервала времени от вызова до прибытия бригады в одном из районов города была организована бригада интенсивной терапии, постоянно циркулирующая в нем по заранее установленному маршруту. Анализ показал, что линейная бригада на место вызова прибывает в среднем через 16,7 мин, бригада интенсивной терапии — через 10,7 мин, а постоянно циркулирующая бригада интенсивной терапии — через 4,8 мин. Таким образом, врачи постоянно циркулирующей бригады прибывают к больному существенно скорее врачей линейных и врачей бригад интенсивной терапии.

Из больных ОИМ, обслуженных врачами скорой медицинской помощи за 1978 г., 231 (66,19%) был обслужен бригадами интенсивной терапии, 78 (22,35%) — постоянно циркулирующей бригадой и 40 (11,48%) — линейными бригадами.

Анализ зависимости момента наступления смерти от ОИМ у больных, обслуженных врачами скорой медицинской помощи, показал, что наиболее часто смерть от ОИМ до прибытия бригад скорой медицинской помощи отмечалась в работе линейных бригад, а в работе обыкновенных бригад и постоянно циркулирующей бригады интенсивной терапии этот показатель существенно не различался (табл. 2). Что касается числа случаев внезапной смерти после прибытия бригад скорой медицин-

Таблица 2
Связь наступления смерти от острого инфаркта миокарда со временем прибытия бригад скорой медицинской помощи и их типом в Каунасе за 1978 г.

Характер бригады	Число обслуженных больных	Время наступления смерти			
		до прибытия бригад		после прибытия бригад	
		абс. число	%	абс. число	%
Линейная	40	8	20,00	1	2,50
Интенсивной терапии	231	22	9,50	5	2,16
Постоянно циркулирующая	78	6	7,70	4	5,12
Всего . . .	349	36	10,31	10	2,87

ской помощи, то они чаще всего встречались среди больных, обслуженных постоянно циркулирующими бригадами интенсивной терапии. По-видимому, это зависит от продолжительности интервала времени от вызова до прибытия бригады.

Примечательно, что среднее время от начала заболевания до летального исхода в случае ОИМ, по данным регистра в Каунасе, составляет 5,6 ч, среднее время от начала заболевания до обращения за медицинской помощью — 11,3 ч. В течение самых опасных для жизни первых 30 мин от начала заболевания за медицинской помощью обращается всего лишь 19,3% больных [Шешкевичус А. Ю.]. Укорочение времени прибытия бригад скорой медицинской помощи должно повлиять и на результаты реанимации на догоспитальном этапе. Как показывают данные табл. 3, из 46 умерших больных меры по оживлению были при-

Таблица 3

Объем и эффективность реанимационной помощи, оказанной бригадами станции скорой медицинской помощи в Каунасе за 1978 г.

Характер бригады	Число умерших больных	Применены меры по оживлению		Оживлены	
		абс. число	%	абс. число	%
Линейная	9	2	22,22	—	—
Интенсивной терапии	27	7	25,92	1	14,28
Постоянно циркулирующая	10	6	60,00	3	50,00
Всего . . .	46	15	32,60	4	26,66

менены у 15 (32,6%), из них 4 (26,7%) удалось оживить. Наибольшее число больных было оживлено врачами постоянно циркулирующей бригады интенсивной терапии.

Как видно из приведенных данных, объем и эффективность реанимационной помощи на догоспитальном этапе все еще резко отстает от таковой на госпитальном этапе. Следует, кроме того, отметить, что в случае внезапной остановки сердца до прибытия бригад скорой медицинской помощи окружающие все еще редко пытаются оказать реанимационную помощь. В 1978 г. при наступлении внезапной смерти до прибытия врачей скорой медицинской помощи меры по оживлению были оказаны окружающими лишь 9 (25%) из 38 больных, причем 5 из них помощь оказали медицинские работники. Распространение знаний по оживлению и преодолению барьера применения этих знаний — второй резерв уменьшения догоспитальной летальности от ОИМ.

Выводы

1. Общая летальность от ОИМ в Каунасе все еще высока.
2. Реанимационная помощь в случае первичного мерцания желудочков у больных ОИМ весьма эффективна и дает снижение госпитальной летальности почти на 10%.
3. Реанимационная помощь на догоспитальном этапе еще значительно отстает как по объему, так и по эффективности от реанимационной помощи в госпитальных условиях.
4. С целью уменьшения добольничной летальности от ОИМ необходимо бороться за своевременное обращение заболевших за врачебной помощью, ибо среднее время от начала заболевания до летального исхода довольно большое (5,6 ч), а в течение первых 30 мин заболевания обращается только 19,3 больных.
5. Большая роль в борьбе с догоспитальной летальностью от ОИМ принадлежит целеустремленной санитарно-просветительской работе среди населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Гражулевичене Р. И., Растенене Д. П., Шешкевичус А. Ю., Камарауска-не Д. Б. В кн.: Острая ишемия органов и ранние постишемические расстройства. (Тезисы докладов II Всесоюзного симпозиума 20—21/XI 1978 г.). — М., 1978, с. 257.
- Растенене Д., Гражулявичене Р. И. — В кн.: Материалы XXVI межву-зовской научной конференции Каунасского мед. ин-та. Вильнюс, 1978, с. 203.
- Янушкевичус З. И., Блаужас И. Н. В кн.: Кардиореаниматология — ан-гиология (Материалы 2-й респ. конф. кардиологов 10—11 мая 1968 г.). Вильнюс, 1968, с. 7.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОГО ЦЕНТРА РЕАНИМАЦИИ

К. П. КАВЕРИНА

Московский выездной центр реанимации
при Клинической ордене Ленина больнице им. С. П. Боткина,
Научно-исследовательская лаборатория
общей реаниматологии АМН СССР, Москва

По инициативе и под руководством В. А. Неговского 15 лет назад был создан первый в нашей стране выездной центр реанимации. Необходимость создания выездной реанимационной помощи обуславливалась тем, что врачам в каждом лечебном учреждении сравнительно редко приходилось встречаться с лечением больных, находящихся в терминальных состояниях, и они, естественно, не имели достаточного опыта практической реанимации и условий ее проведения. Сотрудники выездного