

## СТРАНИЦЫ ПРОШЛОГО: ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И РЕЖИМ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (К 50-ЛЕТИЮ БЛОКОВ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ)

*А.Л. Сыркин, Ю.С. Сазонова*

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова

Представление об инфаркте миокарда (ИМ) как о коронарной катастрофе, требующей максимального ограничения нагрузок на сердечно-сосудистую систему, в течение многих десятилетий служило основанием для назначения таким больным режима максимальной гиподинамии. В частности, это означало особую осторожность при транспортировке больных в первые часы и дни после возникновения ИМ. В это трудно поверить, но вплоть до 1960 г. в СССР запрещалось перевозить больных с ИМ, осложненным кардиогенным шоком и отеком легких.

23 октября 1941 г. (обратите внимание на дату!) был издан приказ для работников скорой медицинской помощи (СМП) Москвы, в котором говорилось, что транспортировка из квартиры больных с ИМ допустима лишь в тех случаях, когда врач уверен, что неизбежное при перевозке сотрясение не причинит больному вреда. Хотя эта инструкция и не содержала прямых противопоказаний к транспортировке таких больных, она, разумеется, в высшей степени ограничивала врачей СМП. В феврале 1949 г. по СМП Москвы был издан приказ №61, в котором приводились медицинские противопоказания для перевозки больных с ИМ. В частности, одним из противопоказаний являлся кардиогенный шок. В этом же году была издана временная инструкция по оказанию первой помощи и о порядке госпитализации больных с ИМ (инструкция была переиздана в 1950 г.). В ней сказано: «...больные со свежим инфарктом миокарда, а также с затянувшимся припадком стенокардии, находящиеся дома, подлежат оставлению на месте, если это позволяют условия». Далее приводятся следующие противопоказания к транспортировке больных, находящихся дома: агональное состояние, состояние коллапса или шока, продолжающийся резко выраженный болевой синдром, сон больного. Таким образом, наиболее тяжелые больные с ИМ оставались фактически предоставлены сами себе.

В 1950-е годы все больше внимания обращалось на высокую летальность больных с ИМ, оставшихся в домашних условиях, однако противопоказания к госпитализации оставались прежними. Ведение таких пациентов осуществлялось врачами неотложной помощи и поликлиники, которые не могли постоянно находиться у постели больного, да и в этом случае не имели возможности проводить лечение тяжелых осложнений ИМ в полном объеме.

В 1959 г. В.Н. Виноградов и В.Г. Попов подняли вопрос о необходимости госпитализации больных с ИМ, в том числе и осложненным кардиогенным шоком, в первые часы заболевания. Тогда же по предложению академика АМН СССР проф. В.Н. Виноградова Министерством здравоохранения РСФСР было дано указание станциям СМП Москвы госпитализировать таких больных в Факультетскую терапевтическую клинику I Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. Указанная инструкция была утверждена 18 февраля 1960 г. Однако у руководства и врачей станций СМП имелись серьезные опасения относительно летальных исходов при транспортировке таких тяжелых пациентов. Ситуация изменилась, когда В.Н. Виноградов направил группу

врачей своей клиники (Кокновский И., Лепешков В., Сыркин А.) для работы в составе бригад СМП.

Приведем характерные примеры чрезмерной боязни транспортировки таких пациентов. Первый больной с ИМ, осложненным отеком легких и кардиогенным шоком, был доставлен в клинику В.Н. Виноградова при следующих обстоятельствах: один из авторов находился у своих знакомых в момент, когда у хозяина дома возник характерный тяжелейший болевой приступ с падением артериального давления и появлением влажных хрипов в легких. Врачу скорой помощи было предложено отвезти пациента в клинику. При этом брат больного предложил врачу клиники поехать в его машине вслед за бригадой СМП, однако, врач бригады СМП озвучила другой вариант: «Вот врач из клиники и поедет с моим фельдшером сопровождать больного, а мы с вами в вашей машине следом за ними». К счастью, все обошлось благополучно. Другой пример: в машине СМП, которая везла в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского больного с гипертоническим кризом, у пациента развился ИМ. Машина остановилась на Садовом кольце, и врач по телефону сообщил об этом в центральную диспетчерскую и потребовал немедленного приезда кардиологической бригады. В результате прохожие стали свидетелями странной сцены, когда к стоявшей на Садовом кольце автомашине СМП подлетела вторая машина и люди в белых халатах с какими-то ящиками (электрокардиограф, дефибриллятор) бросились на помощь коллеге.

После того как в течение нескольких недель выяснилось, что транспортировка в стационар подобных больных не только целесообразна, но и относительно безопасна, врачи московской СМП активно поддержали эту идею (здесь особо следует назвать В.С. Белкина, сразу ставшего энтузиастом этого дела). Следует, однако, отметить, что в Факультетской терапевтической клинике I Московского медицинского института им. И.М. Сеченова в первое время дело ограничивалось тем, что больные поступали в отдельную палату, в которой стояли электрокардиограф, дефибриллятор и стойка для капельниц; не было выделено ни специального врача, ни даже круглосуточно дежурящей в палате медицинской сестры.

В 1961 г. на заседании Торакального научного общества Великобритании D. Julian озвучил идею интенсивного наблюдения за больными с ИМ. Предназначенное для этого подразделение получило название «кардиореанимационный блок» (Coronary Care Unit — CCU). Годом позже G. Bauer и M. White основали кардиореанимационное отделение в Сиднейском госпитале; спустя непродолжительное время подобные отделения были созданы в Канзасе, Торонто и Филадельфии. Первое специализированное отделение реанимации и интенсивной терапии для больных с ИМ в СССР было организовано в Москве на базе Всесоюзного кардиологического научного центра, а в Санкт-Петербурге в 1964 г. по инициативе И.Е. Ганелиной в Больнице им. В.И. Ленина была создана палата интенсивного наблюдения. Так было положено начало созданию блоков интенсивной терапии, без которых невозможно представить современную кардиологию.

Важным элементом ведения больных с ИМ на первом этапе лечения считался, как уже было сказано, режим максимальной гиподинамии вплоть до запретов на повороты на бок без посторонней помощи. Разумеется, все более очевидными становились негативные стороны такого режима: появление тромбов в венах нижних конечностей с возрастанием опасности возникновения тромбоэмболии легочной артерии, ослабление мышц ног, требовавшее специальных упражнений при расширении режима, но все это считалось неизбежной платой за достижение главной цели — максимальное щажение сердечной мышцы. Существовала твердая уверенность, что при остром ИМ необходимо соблюдать строжайший постельный режим в течение 3 нед.

В 1951 г. В. Lown и S. Levin предложили «сидячее лечение» ИМ — с первых дней заболевания пациент проводил все больше времени в кресле. Это предложение вызвало неодобрение и злые подшучивания коллег, предлагавших назвать новый метод лечения «Бостонский электрический стул». Вот что об этом пишет сам В. Lown: «Я знал, что проект будет каторжной работой (а chore), но не ожидал, что он превратится в акт мученичества. Я не представлял себе, что нарушение крепко устоявшихся традиций может вызвать такой шквал сопротивления. Идея сажать больных в критическом состоянии в кресло была воспринята как абсолютно безумная. Сначала младший медицинский персонал отказывался сотрудничать и усиленно сопротивлялся подниманию пациентов с кровати. Они обвинили меня в планировании преступлений, не очень сильно отличающихся от гнусных экспериментов нацистов в концлагерях. Однажды утром, войдя в отделение, я был встречен интернами и ординаторами, которые выстроились, вытянув руки в нацистском приветствии и прокричали в уни-

сон: “Хайль, Гитлер!”». В то же время собственный опыт В. Lown и S. Levin и их опыт последователей показал потрясающие результаты: смертность больных снизилась на треть!

Тем не менее старые предрассудки были очень устойчивы. Даже в 1977 г. в своей книге «Инфаркт миокарда» М.Я. Руда и А.П. Зыско пишут: «...больному разрешают нерезкие движения конечностями и даже повороты в постели на бок (во всяком случае пассивные, с помощью персонала) практически с 1-го дня болезни. Как только полностью купируется ангинозный приступ (обычно на 3-й день пребывания в стационаре), начинаются занятия лечебной гимнастикой под руководством инструктора. Первое присаживание больного проводит методист по лечебной физкультуре, желательно в присутствии врача. Обычно это делается на 10—14-й день болезни».

Одновременно с внедрением в практику тромболитической терапии (1970-е годы) разрабатывалась система реабилитации больных, перенесших ИМ. Решались задачи по пересмотру сроков активизации больных и длительности пребывания их в стационаре, физической и психологической реабилитации на стационарном и далее на санаторном этапе. Ранний отказ от постельного режима и сокращение сроков пребывания больных в клинике вводились в практику постепенно. Только после издания Методических рекомендаций по реабилитации больных с ИМ, подготовленных ВКНЦ АМН СССР (Аронов Д.М., Николаева Л.Ф.), все кардиологические стационары стали придерживаться ранних сроков активизации и выписки больных, а также направлять их на санаторное лечение.

В заключение отметим, что с появлением методов коронарной ангиопластики как можно более ранняя госпитализация больных инфарктом миокарда стала азбучной истиной.

#### **Сведения об авторах:**

*ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова*

*Кафедра профилактической и неотложной кардиологии*

Сыркин Абрам Львович — д-р мед. наук, чл.-кор. РАЕН, директор Клиники кардиологии, зав. кафедрой.

Сазонова Юлия Сергеевна — клин. ординатор кафедры.