

Нестеров Ю.И.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ЭВОЛЮЦИЯ СТРАТЕГИИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В Г. КЕМЕРОВО

Рассматриваются этапы развития стратегии лечения инфаркта миокарда в Кемерово, современные проблемы и перспективы стратегии и тактики ведения больных с инфарктом миокарда.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, лечение, тактика, стратегия.

Nesterov Yu.I.

*Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo*

EVOLUTION OF STRATEGY AND TACTICS OF THE TREATMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION IN KEMEROVO

Development stages of strategy of the treatment of myocardial infarction over Kemerovo, contemporary problems and long term of strategy and tactics of conducting patients with the myocardial infarction are examined.

Key words: myocardial infarction, treatment, tactics, strategy.

*«Сегодня, когда общество раздирают интриги, зависть, лицемерие, с болью в сердце вспоминаешь объективность и честность поколений учителей»
Е.И. Чазов*

*Посвящается 40-летию лечения
острого инфаркта миокарда в г. Кемерово*

Пожалуй, не только в кардиологии, но и во всей внутренней медицине, не найдется таких кардинальных изменений, которые произошли за последние 40 лет лечения инфаркта миокарда (ИМ) в целом по стране и в г. Кемерово.

Впервые диагноз инфаркт миокарда (ИМ) у пациента больного был поставлен В.П. Образцовым в 1899 г. в Александровской больнице г. Киева. Через день больной умер. На секционном вскрытии диагноз был подтвержден. В начале XX века эта болезнь была довольно редкой. Вот что по этому случаю писал Н.Д. Стражеско (1930): «Надо удивиться тому, каким образом врачу Б. Егорову удалось в Московской клинике за 2 года наблюдать 17 случаев ИМ. Такому обширному материалу по этому вопросу мог бы позавидовать любой кардиолог Западной Европы».

А известный ученый Н. Уайт (1886-1973 гг.) вспоминал, что, уже получив диплом, он «еще ни разу не слышал об этом заболевании, ставшей теперь угрозой жизни». В середине XX века эта болезнь стала эпидемией для стран Европы, Северной Америки и России.

Следует вспомнить, как в то время в нашей стране и, в частности, в г. Кемерово, лечили ИМ. До конца 50-х годов прошлого века госпитализация пациентов с осложненным ИМ вообще не проводилась. Считалось, что транспортировка таких пациентов может еще более ухудшить их состояние. И, по сути, в первые часы и дни болезни больные оставались без медицинской помощи, и летальность среди них достигала огромных цифр — 85-90 %. Только с 1960 года больные с инфарктом, независимо от тяжести, подлежали госпитализации. Причем, чаще они лечились в общетерапевтических отделениях, в лучшем случае в кардиологических, с недостаточным врачебным контролем в остром периоде.

Срок пребывания больных в отделениях был чрезвычайно длительным. Так, с крупноочаговым (Q-об-

Корреспонденцию адресовать:

Нестеров Юрий Иванович,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»
E-mail: kemsma@kemsma.ru

разующим) ИМ больные находились в отделении до 75-80 койко/дней. Только на строжайшем постельном режиме (лежа на спине) пациенты пребывали в течение 2-х недель, на 3-й неделе им разрешалось поворачиваться, на 4-й — присаживаться, на 5-й неделе — осторожно ходить по палате. В связи с длительным пребыванием в постели и, как следствие, застоем крови нередко течение болезни осложнялось тромбоэмболиями и гипостатической пневмонией. Помимо того, столь длительное пребывание в отделении крайне отрицательно влияло на психическое состояние больных, что, конечно, не способствовало их выздоровлению, кроме этого было обременительно для персонала отделения и невыгодно для больницы в связи с низким оборотом койки.

Что касается медикаментозного лечения, то арсенал помощи больным был крайне скудным. Из коронаролитиков (так раньше назывались антиангинальные препараты) использовались малоэффективные препараты: папаверин и эуфиллин. Нитропрепараты в то время считались противопоказанными у этой категории больных. Из противосклеротических препаратов рекомендовался неэффективный мисклерон и никотиновая кислота в малых дозах. Самым эффективным из всех препаратов был непрямой антикоагулянт фенилин. Да и диагностические возможности инфаркта были минимальными. Электрокардиограмма, прежде чем её расшифровать, проходила длительный путь: вначале она снималась на фотоплёнку, затем её проявляли, фиксировали, высушивали, и только затем она попадала для расшифровки к врачу. При такой поздней диагностике и малоэффективном лечении инфаркта госпитальная летальность была сверхвысокой и достигала 30-40 %, а в некоторых стационарах доходила до 50-75 %.

С внедрением достижений науки в клиническую практику картина постепенно стала меняться. Вначале, в середине 60-х годов в службе скорой помощи появились кардиологические бригады, состоящие из 1 врача и 1-2 фельдшеров. Машины были оснащены электрокардиографом, аппаратом для дачи наркоза закистью азота и кислородотерапии, портативным дефибриллятором. Это дало возможность проводить реанимационные мероприятия больным на дому и своевременную их транспортировку, что позволило существенно снизить летальность в первые часы болезни. Несколько позднее в крупных городах стали создаваться специальные отделения (неотложные блоки) для оказания срочной квалифицированной помощи кардиологическим больным. В Кемерово подобное отделение (неотложный блок) открылось в 1969 г. на базе Городской клинической больницы № 3. Контингентом отделения стали не только пациенты с ИМ, но и с другой ургентной патологией: острой сердечной недостаточностью, тяжёлыми нарушениями ритма, различными комами, гипертони-

ческими кризами, затянувшимися приступами бронхиальной астмы и острыми отравлениями. Это ознаменовало новый этап в лечении ИМ и рождение кардиореанимационных отделений (блоков интенсивной терапии), без которых мы в настоящее время не представляем современную кардиологию.

Размещалось это небольшое отделение на первом этаже терапевтического корпуса, рядом с приёмным покоем, и состояло из 5 палат (из них одна «шоковая») на 9 коек. Все палаты были оснащены функциональными койками. В центре «шоковой» палаты стояла кровать, что давало возможность всестороннего доступа к пациенту. Из этой палаты имелся выход с одной стороны в 2-х местную женскую палату, с другой — в такую же мужскую палату. Все пациенты сначала поступали в «шоковую» палату и, после стабилизации состояния, их переводили в соседние палаты.

Для оказания неотложной помощи в «шоковой» палате имелись все необходимые медикаменты, растворы, хирургические наборы для проведения веносекции, интубации, ручная дыхательная приставка, электрокардиограф с чернильной записью и дефибриллятор. Пациенты поступали в неотложный блок, минуя приёмный покой, прямо на носилках скорой помощи, тогда как раньше они поступали сначала в приёмное отделение, где на них заполняли историю болезни, а затем только их госпитализировали, на что уходило драгоценное время для оказания неотложной помощи. Первым заведующим отделением была высококвалифицированный врач Майя Наумовна Лифшиц, а врачами отделения стали только что окончившие лечебный факультет Кемеровского медицинского института Ю.И. Нестеров, Л.Т. Белозерова-Кирикова, О.А. Макарова. Предварительно все мы стажировались на рабочем месте в хирургической реанимации больницы, где осваивали методику проведения веносекции, интубации, техники проведения реанимационных мероприятий, а также прошли специализацию по электрокардиографии.

Через год (1970 г.) после переезда М.Н. Лифшиц в Подмоскowie заведовать отделением было предложено мне. После долгих колебаний (у меня были большие сомнения в своих возможностях) мной это предложение было принято. Несомненно, главный врач, назначая меня заведующим столь тяжёлым отделением, во многом рисковал, однако по прошествии времени оказалось, что этот риск был оправдан. Давая свое согласие, я во многом рассчитывал на помощь, прежде всего кафедральных сотрудников, и здесь, к счастью, мои оправдания полностью сбылись. Большую помощь в нашей работе оказывали профессор А.П. Михеева, доцент С.А. Мирецкая, к.м.н. М.В. Мельник, ассистент А.Н. Лушникова.

С открытием неотложного блока ситуация с лечением больных с ИМ стала коренным образом ме-

Сведения об авторах:

Нестеров Юрий Иванович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии и ОВП ГОУ ВПО КемГМА Росздора, г. Кемерово, Россия.

няться. Использовались эффективные обезболивающие средства: морфин, фентанил, дроперидол, закись азота. При кардиогенном шоке применялись в больших дозах мезатон, норадреналин, гормоны и полиглюкин. При острой сердечной недостаточности — наркотики, лазикс, сердечные гликозиды. В арсенале антиаритмических препаратов сначала имелся только один новокаинамид, затем появился лидокаин; для купирования пароксизмов аритмии, в том числе фибрилляции желудочков, был освоен метод электрической кардиоверсии. Появились и первые успехи: все чаще мы стали выводить пациентов из состояния клинической смерти, успешно купировали отек легких, кардиогенный шок. При мерцании (трепетании) предсердий для восстановления ритма сердца начали проводить плановую электроимпульсную терапию. Это было так ново и интересно для врачей, что во время ее проведения «посмотреть» процедуру собирались терапевты из всех отделений, а студентам и места не хватало.

Во время наступления клинической смерти, при отсутствии эффекта от непрямого массажа сердца, мной делалась попытка проведения прямого массажа. Однако это оказалось настолько трудным и неэффективным делом, что в дальнейшем мы отказались от подобной процедуры, хотя в инструкции того времени отмечалось, что при отсутствии эффекта от непрямого массажа сердца следует переходить на прямой массаж. Во время его проведения рука оказывается крепко зажатой между верхним и нижним ребрами, а само сердце представляется довольно твердым органом, и длительно массировать его в таких невыгодных условиях физически не представляется возможным. Следует отметить, что в проведении различных хирургических манипуляций (венесекции, интубации и др.) мне очень пригодились практические навыки, полученные во время прохождения летней производственной практики на IV-V курсах, где я научился самостоятельно вскрывать гнойники, накладывать швы на раны, быть на самостоятельном хирургическом приеме в поликлинике и даже проводить аппендэктомию.

Продолжалось дальнейшее оснащение отделения: приобретались прикроватные кардиомониторы для постоянного слежения за ритмом сердца, кардиостимуляторы для лечения асистолии, передвижной рентгеновский аппарат. Разрабатывались новые методики по лечению ИМ. Мы одни из первых в России стали применять раствор нитроглицерина при острой сердечной недостаточности и при болевом синдроме в грудной клетке (хотя в то время во всех справочниках нитропрепараты при ИМ считались противопоказанными), внутривенное введение поляризующей смеси. С целью предупреждения и лечения нарушений ритма сердца и ограничения зоны некроза мы первыми стали использовать внутривенное введение β -адреноблокатора пропранолола (обзидан) и только что появившегося в клиниках страны амиодарона (кордарон), который и до настоящего времени остается одним из основных препаратов для лечения аритмии у больных с ишемической болезнью

сердца. Активно стали внедрять патогенетическую терапию инфаркта. Уже на догоспитальном этапе больным стали внутривенно вводить прямой антикоагулянт гепарин с последующим его подкожным введением и переводом на непрямой антикоагулянт фенилин. Затем в СССР впервые появился тромболитический препарат фибринолизин, который также был нами успешно применен на практике.

В неотложном блоке больные находились в среднем от 5 до 10 дней и после купирования болевого синдрома, осложнений острого периода инфаркта и стабилизации состояния пациенты переводились в кардиологическое отделение.

Нельзя не отметить весомую роль в оказании помощи больным медицинским сестрам. Это были в высшей степени профессионалы своего дела. Если у пациента наступала клиническая смерть, сестры первыми начинали проведение реанимационных мероприятий (непрямой массаж сердца, электрическую кардиоверсию) и обеспечивали доступ к внутривенному введению лекарств. Можно сказать, что многие больные были обязаны своей жизнью именно медицинским сестрам, благодаря их умелым действиям.

Вспоминается уникальный случай из нашей практики. У мужчины 49 лет на 2-й день после поступления в отделение по поводу трансмурального обширного переднего ИМ на протяжении последующих трех дней течение болезни осложнилось непрекращающимися сериями фибрилляции желудочков. Всего за этот период времени мы насчитали около 50-60 эпизодов клинической смерти. Безрезультатен оказался весь имеющийся арсенал антиаритмических средств. Тогда, во время очередной клинической смерти, мной было решено начать проведение кардиостимуляции. Какое же было наше удивление, когда после введения электрода в полость правого сердца эпизоды фибрилляции желудочков полностью прекратились. Мы все с облегчением вздохнули. В дальнейшем течение ИМ протекало обычно, и наш пациент был выписан из отделения в удовлетворительном состоянии. Следует особо отметить, что в спасении больного основную роль сыграли грамотные действия медицинских сестер, постоянно дежуривших около него, ибо весь арсенал реанимационных мероприятий приходилось выполнять им. Чаще всего дежурный врач в это время занимался другими поступавшими пациентами.

Интересна оказалась судьба этого больного. Из рассказа его жены: родом он из Белоруссии, там же окончил школу, в начале войны семья оказалась в оккупации. По заданию комсомола он поступил на службу в полицию, передавая полученную информацию партизанам. За его рьяную службу немцам жители поселка неоднократно пытались свести с ним счеты. Даже после войны они так и не поверили, что продажный полицейский не был предателем. После освобождения территории от немцев наш пациент до конца войны воевал в действующей армии. В мирное время служил в органах милиции и вышел в отставку в звании подполковника.

Вскоре после выписки из больницы его семья переехала на постоянное место жительства в Ленинград, где он достаточно активно прожил еще 23 года. Все это время я получал от него поздравления к праздникам, а во время моей поездки в Ленинград — Санкт-Петербург мы обязательно встречались. Умер он в возрасте 73 лет, смерть его была очень «легкой» и наступила она внезапно во время разгадывания кроссворда, через месяц умерла и его жена. Этот необычный случай был описан мной в журнале «Терапевтический архив».

Хочется остановиться еще на одном вопросе. Нередко в общей печати на медицинскую тему описывают виденья больных, находящихся в состоянии клинической смерти. Остановка сердца — это есть, по сути, кратковременное (на миг) «пребывание» в потустороннем мире. Меня всегда интересовал вопрос: «Что же они там видели»? Только ли темный тоннель, как пишут у многих публикациях, или еще что-то? Этот вопрос я задавал всем пациентам, которым посчастливилось «вернуться с того света» (а их было у нас не мало), и получил от них следующие ответы: «Ничего не видел», «просто отключился» или «было как обычный сон». Все остальные высказывания можно считать как вымысел больных или фантазию авторов публикаций.

По просьбе главного врача Л.И. Тимофеевой работу подобного неотложного блока мне в последующем пришлось организовывать и в Областной клинической больнице № 2, сейчас это Областной госпиталь для участников войн.

В 1974 г. в больнице открывается первое в городе инфарктное отделение на 30 коек с блоком неотложной терапии на 5 коек. Заведующим отделением назначают меня, а ординаторами стали О.А. Макарова, И.В. Мительман, Е.И. Шашкова, в последующем Н.И. Тарасов. С открытием этого отделения появилась возможность начинать и заканчивать лечение больных в одном отделении с единым методологическим подходом. Так начался новый этап в лечении ИМ.

Проводилось дальнейшее совершенствование помощи больным. Прежде всего нас не устраивали сроки пребывания пациентов в отделении, напомним, они составляли 70-80 койко/дней. Нами сразу была взята тактика ранней физической активации пациентов. В правильности такой политики я окончательно убедился, наблюдая за больными, которые, вопреки нашим рекомендациям, постоянно нарушали постельный режим (ходили по палате, когда надо было лежать, выходили в коридор, пользовались общим туалетом, когда разрешалось только ходить по палате). Персоналу отделения была дана установка не препятствовать нарушению режима пациентами и не бранить их за это, одновременно за ними проводилось тщательное наблюдение. В конечном итоге оказалось, что эти пациенты значительно раньше физически восстанавливались, среди них не было случаев развития внезапной смерти, сердечной недостаточности, тяжелых нарушений ритма сердца и других ожидаемых осложнений. Полученные результаты наблю-

дения были опубликованы нами в журнале «Клиническая медицина». С этого времени начался процесс поэтапного ускоренного расширения двигательного режима, сначала для больных с неосложненным ИМ, а затем и для больных с нетяжелыми осложнениями острого периода болезни.

К началу 80-х годов нам удалось сократить срок пребывания больных с крупноочаговым (Q-образующим) ИМ до 30-32 койко/дней и одновременно снизить летальность с 27 % до 15 %. Это были наши огромные достижения, и в этом мы были первыми в области и одними из первых в стране. К сожалению, не у всех врачей мы встречали должное понимание такой «агрессивной» тактики ведения больных. Дело доходило даже до курьезных случаев, когда после обхода отделения уважаемым доцентом больные, которым было разрешено ходить, вновь беспричинно укладывались на постельный режим для выдерживания «старых» сроков режима.

Нами постоянно разрабатывались новые методы лечения больных. Так, была разработана методика предупреждения нарушений ритма и рецидивов ИМ с использованием нового антиаритмического препарата амиодарона (кордарона) и лидокаина, в последующем это легло в основу моей кандидатской диссертации. Наиболее существенный прорыв в лечении ИМ произошел, когда появилась возможность восстановления кровотока в инфаркт-связанной артерии с использованием впервые появившегося в нашей стране тромболитика стрептокиназы, который и до настоящего времени не потерял своего значения. Мы одни из первых в области стали применять его в первые часы развития ИМ. Была освоена методика наружной кардиостимуляции сердца при брадиаритмиях. Отделение становилось школой передового опыта для врачей города и области; к нам за опытом стали приезжать врачи не только из больниц г. Кемерово, но и из области.

Следует отметить, что наши достижения были бы невозможны без постоянной поддержки администрации больницы. Хочется доброй памятью вспомнить главного врача больницы, под началом которого мне посчастливилось работать — это Зиновий Яковлевич Фридман, Заслуженный врач РФ, талантливый руководитель и замечательный человек. Много добрых слов можно сказать о его заместителе по лечебной работе — Кларе Васильевне Короткевич. Они безраздельно нам доверяли и поддерживали, а, когда надо, защищали от нападков на мои «вольности» в работе. С их поддержкой мне представилась возможность стажироваться в г. Москве в институте им. Склифасовского (у проф. А.П. Голикова), во Всесоюзном кардиологическом центре (у проф. Руда), где я знакомился с работой подобных отделений.

Но и мы не оставались у них в долгу и платили им своим добросовестным трудом. За все годы работы на наших сотрудников не поступило ни одной жалобы, ни от пациентов, ни от их родственников, зато благодарностей получали много, они приходили и на радио, и на телевидение, а мое имя Городским отделом здравоохранения было занесено в «Кни-

гу почета». Врачи Л.И. Кирикова и О.А. Макарова в последующем руководили отделениями в других больницах, где им было присвоено почетное звание «Заслуженный врач». Они и сейчас продолжают трудиться.

Если в стационаре в лечении больных ИМ были достигнуты значительные успехи, то в амбулаторной практике дело обстояло значительно хуже: высокий процент выхода больных на инвалидность, высокая смертность, чаще она наступала от повторного ИМ или нарушений ритма. Поэтому следующим этапом в лечении ИМ явилось открытие загородных санаториев для долечивания и подготовка пациентов к профессиональной деятельности. В Кузбассе первый такой санаторий был открыт в начале 80-х годов в г. Прокопьевске, а затем и в г. Кемерово, в районе деревни Журавлево. Открытие загородных санаториев явилось большим достижением отечественного здравоохранения.

После перенесенного ИМ у пациентов до конца жизни остается высокий риск развития повторного инфаркта, внезапной смерти, нарушения ритма и развитие хронической сердечной недостаточности. Наиболее опасным для больных считается первый год жизни после перенесенного ИМ. Доказано, что в этот срок летальность доходит до 10 % (умирает каждый 10-й больной). Для предупреждения этих осложнений, сохранения трудоспособности и улучшения качества жизни пациентам необходимо пожизненно проведение вторичной профилактики болезни. Как показала практика, осуществить решение этих задач только участковыми терапевтами было невозможно, и в 1990 г. у нас открывается Кузбасский кардиологический центр с кардиологическим диспансером, в состав которого в дальнейшем вошли все районные кардиологи города с единоначалием и единой тактикой ведения больных. Это был еще один из важных этапов в оказании помощи больным. И здесь мне пришлось быть первым руководителем и организатором поликлинического звена диспансера. В настоящее время им успешно руководит д.м.н. Макаров С.А.

И все же, только консервативное лечение ИМ не в состоянии кардинально повлиять на нарушенный коронарный кровоток и существенно оказать влияние на отдаленный прогноз больных. С этой целью с 80-х годов прошлого века в нашей стране, а у нас в кардиохирургическом отделении Областной клинической больницы стали активно разрабатываться хирургические методы лечения ИБС — аортокоронарное шунтирование и баллонная ангиопластика ко-

ронарных сосудов со стентированием. Следует отметить, что большинство терапевтов страны, среди них и маститые, негативно восприняли этот метод лечения, и у нас в Кузбассе было немало его противников. Однако жизнь все расставила на свои места.

Наиболее существенный прорыв в лечении ИМ в нашей области произошел в связи с открытием Кузбасского кардиологического центра. В 1990 г. инфарктное отделение переезжает из 3-й городской больницы в кардиологический центр, руководителем его становится Н.И. Тарасов (в последующем профессор). Продолжалось дальнейшее совершенствование методов лечения ИМ и в настоящее время основами лечения болезни стало восстановление проходимости коронарной артерии с использованием тромболитиков, введение антиагрегантов и антикоагулянтов, применение ингибиторов АПФ, β -адреноблокаторов, статинов, профилактика нарушений ритма.

Освоена методика баллонной ангиопластики коронарных сосудов с их стентированием на ранних стадиях ИМ, что позволяет устранить участок стеноза коронарной артерии и восстановить коронарный кровоток — это по праву считается большим достижением в тактике лечения этих больных.

Вот такая эволюция в лечении инфаркта миокарда произошла за небольшой 40-летний период времени. Даже не верится, что было в начале нашей врачебной деятельности, и что есть сейчас, в конце ее.

Лечение ИМ завтра — это, несомненно, совершенствование инвазивных методов лечения, применение различных способов защиты миокарда (кардиоцитопротекция) с помощью лекарственных препаратов, изменяющих метаболизм и ишемический ответ миокарда. И, хочется надеяться, что наши кардиолотерапевты, во взаимодействии с кардиохирургами, всегда будут на передних позициях в лечении кардиологических больных.

В заключение хочется сказать: по прошествии времени я понимаю, что мне посчастливилось активно участвовать в реорганизации службы оказания помощи кардиологическим больным, в том числе и больным с ИМ в г. Кемерово. Я признателен, что наша деятельность в какой-то степени способствовала развитию кардиологической службы в области. И еще раз хочется отметить, что во многом наши успехи были связаны с безграничным доверием, вниманием и поддержкой со стороны администрации больницы и сотрудников кафедры госпитальной терапии Кемеровского государственного медицинского института.

