

Վ. Վ. ՏՐՈՒՍՈՎ, Լ. Տ. ՊԻՄԵՆՈՎ

ԱՏԵՐՈՍԿԼԵՐՈԶՈՎ ԵՎ ԿԱՐԴԻՈՍԿԼԵՐՈԶՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ  
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԻՆՍՈՒԼԻՆԻ 1<sup>131</sup> ՓՈԽԱՆԱԿՈՒԹՅԱՆ  
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

*Հեղինակների կողմից կատարված ուսումնասիրությունների հիման վրա բերվում է բացատրություն ինսուլին 1<sup>131</sup>-ի փոխանակության փոփոխության մեխանիզմը, ատերոսկլերոզ և կարդիոսկլերոզով տառապող հիվանդների մոտ:*

V. V. TRUSOV, L. T. PIMENOV

EXCHANGE FEATURES OF 1<sup>131</sup>-INSULIN IN PATIENTS WITH  
ATHEROSCLEROTIC CARDIOSCLEROSIS

S u m m a r y

On the basis of accomplished investigations the authors have given the explanation of exchange changes mechanism of insulin 1<sup>131</sup>-in atherosclerotic cardiosclerosis.

УДК 616.127—005.8—06+616—08

Դ. Վ. ԿԱՓԱՆԱԶԵ, Ի. Վ. ՇՈՄԱԽԻԶԵ, Ա. Ի. ԿՈՇԼԱՄԱՅԱՇՎԻԼԻ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ  
МИОКАРДА В ПАЛАТЕ ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Вопросы организации медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца имеют крайне важное значение. Большой успех, достигнутый в последние годы в лечении больных инфарктом миокарда, связан, главным образом, с созданием специализированного инфарктного отделения с палатой интенсивного наблюдения и терапии.

За 10 лет в палатах интенсивного наблюдения нашей клиники проведено свыше 2000 больных инфарктом миокарда. Летальность в этих палатах составила в среднем 8—10%.

При организации палаты интенсивного наблюдения необходимо обеспечение ее специально оборудованным помещением, аппаратурой, медикаментами, квалифицированным медицинским персоналом.

В палате интенсивного наблюдения института терапии МЗ ГССР функционирует итальянский кардиомонитор фирмы «Оффicine галлилео», с помощью которого осуществляется постоянное визуальное наблюдение температуры и частоты пульса и дыхания, а также регистрация ЭКГ одновременно у 8 больных. Непрерывное наблюдение за ритмом сердца имеет большое практическое значение, так как позволяет своевременно выявлять его нарушения, которые могут привести к фибрилляции и асистолии желудочков. Мониторное наблюдение позволяет также проводить более смело терапию сердечными гликозидами, показанную большинству больных острым инфарктом миокарда.

В палату интенсивной терапии должны поступать все больные с диагнозом острого инфаркта миокарда (как с осложненным течением, так и без осложнения) или с по-

дозрением на него. Если диагноз инфаркта миокарда не подтверждается, больного переводят из палаты интенсивной терапии.

Как известно, наиболее опасен острый инфаркт миокарда первые дни и, особенно, первые часы. Поэтому необходимо срочно госпитализировать этот контингент больных в специализированные отделения. Сроки госпитализации при инфаркте миокарда часто растянуты. Так, в первые сутки от начала заболевания в 1975 г. в нашу клинику поступило только 65% больных с острой коронарной недостаточностью. Причиной несвоевременной госпитализации по нашим наблюдениям является: 1) запоздалая диагностика этого заболевания; 2) тяжелое состояние больных инфарктом миокарда и связанная с этим нерешительность врачей скорой помощи транспортировать таких больных; 3) отказ больных от стационарного лечения.

Для искоренения такого существенного недостатка в организации лечения инфаркта миокарда в нашем институте были предприняты соответствующие мероприятия. Выделена специальная машина скорой помощи, и в тех случаях, когда в городе больные отказываются от госпитализации или же состояние больного крайне тяжелое, по сигналу врачей городской медицинской помощи наш врач-кардиолог выезжает по месту назначения, оказывает соответствующую квалифицированную медицинскую помощь, проводит в необходимом случае беседу-агитацию и переводит больного в стационар.

Вопрос о продолжительности пребывания больных в палате интенсивного наблюдения решается индивидуально, в зависимости от особенностей течения острого периода инфаркта миокарда. По нашим наблюдениям, в среднем можно считать, что при благоприятном течении заболевания больной через 3—5 суток может быть переведен в обычную палату. С переводом в общую палату можно не спешить, если не требуется освободить койку для больного, который нуждается в постоянном контроле. При нарушении ритма и проводимости сердца надо оставить больного в палате интенсивного наблюдения до стабилизации состояния.

Следует подчеркнуть, что основная задача палаты интенсивной терапии не обеспечение реанимации, а, как отмечал Lowy, предупреждение возможных осложнений инфаркта миокарда. Поэтому большое значение имеет с первой же минуты поступления больного в палату интенсивной терапии продолжить при необходимости начатое на дому лечение для предупреждения или ликвидации нарушения ритма, острой сердечной недостаточности, шока, тромбоэмболических осложнений, разрыва сердца.

НИИ эксперимент. и клинич. терапии

МЗ ГССР, г. Тбилиси

Поступило 28/1 1976 г.

Գ. Վ. ԳՐԱԿԱՆԱԶԵ, Ի. Վ. ՉՈՄԱՆԻԶԵ, Ա. Ի. ԿՈՉԼԱՄԱԶԻՇՎԻԼԻ

ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ՍՈՒՐ ԻՆՅԱՐԿՏՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴԻ ԲՈՒԺՄԱՆ  
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ ԻՆՏԵՆՍԻՎ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ՀԻՎԱՆԴԱՍԵՆՅԱԿՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

*Մրտամկանի ինֆարկտի բարորակ ելքը, ինչպես հիվանդության մոտակա այնպես էլ հետագա ընթացքում, կապված է ինտենսիվ հսկողություն հիվանդասենյակների ճիշտ կազմակերպման հետ:*

G. V. KAPANADZE, I. V. CHOMANIDZE, A. I. KOCHLAMAZISHVILI

THE ORGANIZATION OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL  
INFARCTION IN THE INTENSIVE WARD

S u m m a r y

It was established that the favourable prognosis of myocardial infarction as in the early, so in the distant periods was depended, on the good organization of patients' treatment in the intensiion therapy ward.