

# Роль американского врача Samuel A. Levine в развитии кардиореабилитации

Д.М. Аронов

FROM THE CHIEF EDITOR

## American physician Samuel A. Levine and his contribution into the cardiac rehabilitation

David M. Aronov

Наибольший вклад в формирование современной концепции ранней, с первых дней острого инфаркта миокарда (ИМ), активизации больных и решительного отказа от консервативной тактики длительной иммобилизации внес в 1952 г. американский кардиолог Samuel Albert Levine, рекомендовавший лечение больных в кресле. В одной из своих статей он назвал мифом якобы оберегающий миокард эффект строгого постельного режима для кардиальных больных [1].

Еще в 1939 г. J. McMichael и J. McGibbon установили, что при переходе из горизонтального положения в сидячее у здоровых людей происходит уменьшение объема крови в легких на 300 см<sup>3</sup> [2]. Знал ли об этом американский доктор S. Levine, неизвестно, но именно он впервые предложил лечение больных с ИМ и сердечной недостаточностью в кресле. Сам он вспоминал, как внезапно эта идея осенила его, когда он обратил внимание на больного с ИМ, лежавшего в кислородной палатке, получавшего ртутное мочегонное и морфин, но тем не менее задыхавшегося от отека легких. Промелькнула мысль – почему отек поразил легкие, а не ноги? Его осенило: нужно посадить больного на кровати ногами вниз, что и было предпринято. Через полчаса состояние больного значительно улучшилось, одышка ослабла. В последующие дни мочегонное действовало активнее. Больной был выписан и наблюдался еще в течение нескольких лет [3]. Так появился метод лечения больных с ИМ в кресле, перечеркнувший концепцию режима покоя при этом заболевании.

В последующие годы S. Levine вместе с будущим лауреатом Нобелевской премии В. Lown сообщил подробные сведения о ближайших и отдаленных результатах лечения 81 больного с ИМ (преимущественно осложненного течения) в кресле. Больничная летальность составила 9,9%, что было в несколько раз ниже, чем прежде. Результат лечения у большинства был оценен как хороший

или очень хороший. Осложнения болезни наблюдались лишь у 6 человек, «застывший» подъем сегмента ST отмечался у 5 больных, у 1 из них была рентгенологически обнаружена аневризма сердца. Средняя длительность лечения в стационаре составила 24 дня. В течение 2 лет от начала болезни умерли 17 из 73 больных. При повторном обследовании 42 больных у 8 из них авторы наблюдали подъем сегмента ST, хотя рентгенологически аневризма сердца была выявлена лишь у 1 больного [4].

J. Mitchell и соавт. (1954 г.) у больных с острым ИМ изучали реакцию сердечно-сосудистой и дыхательной системы на само пересаживание из кровати в кресло. Были выявлены очень незначительное снижение уровня артериального давления и небольшое учащение сердцебиений. Иначе говоря, было показано, что ближайшие и отдаленные результаты лечения в кресле благоприятны, а само пересаживание в кресло ничуть не обременяет сердце [5].

Таким образом, этот реальный, но почти анекдотический эпизод, сохранивший жизнь одного человека, послужил значительным толчком к коренному изменению взглядов на режим двигательной активности при остром ИМ и дал возможность сохранить жизни и изменить судьбу миллионов других больных.

В данном случае «озарение» пришло под влиянием вопроса S. Levine: «Почему отек поразил легкие, а не ноги?» Мысль о характере отека могла возникнуть практически у каждого врача, но не все могли бы отважиться на нарушение строжайшего режима неподвижности. Только у S. Levine хватило силы воли нарушить запрет! Здесь сыграли роль характер человека, его сила и уверенность в себе. Сочетание светлого ума и сильной воли дали возможность человеку оставить свой яркий след в мире.

*Главный редактор, доктор медицинских наук,  
профессор Д.М. Аронов*

### Литература/References

1. Levine SA. The myth of strict bed in the treatment of heart disease. Acta Med Scand 1952; 266: 671–9.
2. McMichael J, McGibbon JP. Postural changes in the lung volume. Clin Sci 1939; 4: 175.
3. Levine SA. The management of patients with heart failure. JAMA 1940; 20: 1715–9.
4. Levine SA, Lown B. "Armchair" treatment of acute coronary thrombosis. J Am Med Assoc 1952; 148 (16): 1365–9.
5. Mitchell AM, Dealy JB, Lown B et al. Further observations on the armchair treatment of acute myocardial infarction. J Am Med Assoc 1954; 155 (9): 810–4.

Статья поступила в редакцию / The article received: 28.12.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 24.03.2021



OMNIDOCTOR.RU