

7. Sardi B. Isn't Aspirin-Induced Asthma The Result Of A Drug-Induced Vitamin C Deficiency? [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://knowledgeofhealth.com/isnt-aspirin-induced-asthma-result-drug-induced-vitamin-c-deficiency/>
8. Jeannette Y. Wick Asthma Plus Three: Aspirin-Exacerbated Respiratory Disease, Published Online: April 18, 2013
9. Kowalski Marek L., Aspirin Exacerbated Respiratory Disease (AERD) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.worldallergy.org/education-and-programs/education/allergic-disease-resource-center/professionals/aspirin-triad>
10. Lee Rachel U. Aspirin-Exacerbated Respiratory Disease: Evaluation and Management // Allergy Asthma Immunol Res, 2011 January №3 (1)

УДК 616.61-002.3-002.2-039.71

**Д.Х. Тогаев, Э.Н. Ташкенбаева, И.С. Ибрагимов, Г.А. Абдиева,
Г.М. Ходжиметова, Ф.Ш. Кадырова**
**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ПРОГНОЗ
РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАР**
Кафедра внутренних болезней №2
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи
Самарканд, Узбекистан

**D.Kh.Togaev, E.N.Tashkenbaeva, I.S.Ibragimov, G.A.Abdieva,
G.M.Khodjimetova, F.Sh. Kadirova**
**CLINIC-MORFOLOGICAL FEATURES, FORECAST OF DEVELOPMENT
OF COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH THE ACUTE MYOCARDIAL
INFARCTION DEPENDING ON THE TERM OF HOSPITALIZATION OF
PATIENTS IN THE HOSPITAL**
Department of internal medicine №2
Samarkand state medical institute
Samarkand branch of Republic scientifically center of emergency
Samarkand, Uzbekistan

Контактный e-mail: eleonora_88@mail.ru

Аннотация. В статье проведен анализ клинико-морфологических признаков развития осложнений у больных ОИМ в зависимости от срока доставки больных в стационар. После организации службы экстренной

медицинской помощи частота развития осложнений инфаркта миокарда и госпитальная летальность снизилась. Снижение смертности в больничных условиях при остром инфаркте миокарда в значительной степени было результатом таких организационных мер, как быстрая доставка больных с острым инфарктом миокарда в лечебные учреждения, оборудованные устройствами для мониторингирования ЭКГ и укомплектованные персоналом способным быстро распознать опасные для жизни состояния и сразу же назначить соответствующее лечение.

Annotation. In article the analysis of clinic-morphological features of development of complications in patients AMI depending on delivery period of patients is carried out to a hospital. After the organization of service of the emergency medical care the frequency of development of complications of a myocardial infarction and a hospital lethality has decreased. Decline in mortality in hospital conditions at an acute myocardial infarction significant was result of such organizational measures as fast delivery of patients with an acute myocardial infarction in the medical institutions equipped with devices for monitoring of an electrocardiogram and completed with staffs capable quickly to distinguish life-threatening states and at once to appoint the adequate treatment.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, сердечно-сосудистые осложнения, клинико-морфологические признаки, срок госпитализации.

Keywords: myocardial infarction, ischemic heart disease, cardiovascular complications, clinic-morphological signs, period of hospitalization.

Инфаркт миокарда (ИМ) остается прогностически опасным заболеванием, несмотря на достигнутые успехи современной кардиологии в изучении патогенеза, научно - технические достижения в диагностике, профилактике и лечении этого заболевания. В настоящее время ИМ является одной из самых распространенных причин смертности и инвалидизации населения во всем мире[3]. Летальность в остром периоде ИМ составляет 30 - 40%, еще 10 - 20% больных умирают в течение первого года после перенесенного ИМ [1,2]. Госпитальная летальность при ИМ значительно различается в группах с разной тяжестью заболевания и колеблется от 6 до 25% [4,5]. Наиболее неблагоприятным является острый период ИМ, что определяет необходимость раннего прогнозирования осложнений и исхода заболевания.

Последние десятилетия характеризуются неблагоприятной динамикой показателей сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности практически во всех странах мира, причем 90% всей сосудистой смертности приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС) и ишемическую болезнь мозга. В свою очередь, самой неблагоприятной в отношении выживаемости и смертности группой являются лица, перенесшие инфаркт миокарда. Примерно у 25 % больных смерть от инфаркта миокарда наступает внезапно в течение нескольких минут, еще до оказания медицинской помощи; 50 % летальных

исходов приходится на первые 2 ч и 75-84 % на 1 -е сутки заболевания. После организации службы экстренной медицинской помощи госпитальная летальность снизилась и составляет в нашей стране 10—17 %, а при инфаркте миокарда без зубца Q с неосложненным течением — менее 5 %. Она в значительной степени зависит от сроков поступления больных в стационар[3]. Вышеизложенное позволяет заключить, что частота развития осложнений инфаркта миокарда и летальность в значительной степени зависят от сроков поступления больных в стационар, в чем и заключается актуальность исследования.

Цель исследования - проведение анализа клинико-морфологических признаков развития осложнений у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в зависимости от срока доставки больных в Самаркандский филиал РНЦЭМП.

Материалы и методы исследования

Нами проведено ретроспективное исследование историй болезни 309 больных с подтвержденным диагнозом ОИМ, госпитализированных в Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи за период 2015 год. Количество мужчин составило 202 (65,4%) больных, женщин-107 (34,6%). Средний возраст больных ОИМ составил 55,8 у мужчин, 64,8 у женщин. С повторными инфарктами поступило 49 больных, что составило 15,9% из числа поступивших с ОИМ; с зубцом Q – 163 (52,7%), без зубца Q – 116 (37,5%).

Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от срока госпитализации в Самаркандский филиал РНЦЭМП:

1-ю группу составили 114 (36,9%) больных с ОИМ госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания;

2-ю группу- 130 человек (42,1%) госпитализированных до 12 часов от начала заболевания;

3-ю группу- 65 больных (21%) сроком госпитализации позже 24 часов.

Результаты исследования и их обсуждение

Как показали результаты исследования у 8-х (2,6%) больных из первой группы развился кардиогенный шок. В этой же группе больных, доставленных в стационар в начале болезни летальных исходов не наблюдалось. У 17 (5,5%) больных второй группы сроком госпитализации до 12 часов наблюдалось развитие кардиогенного шока. В группе, доставленных в сроки более суток у 28 (9,1%) больных развился кардиогенный шок, у 34-х (11%) больных развилась острая левожелудочковая недостаточность, в 18 (5,8%) случаях - нарушение ритма. Таким образом, частота осложнений была наиболее высокой у больных, которым стационарное лечение было начато через сутки после начала заболевания.

В подавляющем большинстве случаев причиной трансмурального инфаркта миокарда являлся тромбоз коронарной артерии в области изъязвленной или растрескавшейся атеросклеротической бляшки. Его

возникновению способствовало динамическое нарушение коронарного кровотока - спазм и образование тромбоцитарных агрегатов. Со временем тромб подвергается спонтанному лизису, однако если коронарный кровоток отсутствует более 1 ч, в миокарде успевают развиваться необратимые ишемические изменения. При продолжительности окклюзии до 4 ч коронарный тромбоз при ангиокардиографии обнаружен у 87 % больных, от 4 до 6 ч — у 85 %, от 6 до 12 ч у 68 % и в пределах 12—24 ч — у 65 %. В 5% случаях причиной трансмурального инфаркта миокарда явился спазм, что было отмечено у больных с морфологически неизмененными коронарными артериями.

Генез субэндокардиального инфаркта был связан с длительной ишемией вследствие резкого повышения потребности миокарда в кислороде при невозможности увеличения его доставки при выраженном стенозирующем коронарном атеросклерозе, в большинстве случаев без полной окклюзии просвета артерии. Коронаротромбоз у таких больных наблюдается относительно редко — в 15-30 % случаев. Необходимо подчеркнуть, что при хорошем коллатеральном кровообращении даже полная окклюзия может не сопровождаться инфарктом миокарда, особенно при ее медленном развитии. Зона некроза может формироваться практически одномоментно либо постепенно в результате нескольких последовательных эпизодов некротизации относительно небольших очагов, что более характерно для субэндокардиального инфаркта, чем для трансмурального. У 18% больных субэндокардиальный инфаркт трансформировался в трансмуральный.

Локализация инфаркта миокарда и некоторые его клинические проявления определяются локализацией нарушения коронарного кровообращения и индивидуальными анатомическими особенностями кровоснабжения сердца.

Нарушения гемодинамики связаны со снижением сократимости миокарда в зоне некроза и повреждения, которое проявляется гипо-, а- или дискинезией. При этом отмечается компенсаторная гиперкинезия непораженного миокарда за счет механизма Франка—Старлинга и повышенного уровня катехоламинов в крови. Выраженность нарушений насосной функции левого желудочка зависит от состояния этого миокарда (уровня коронарного кровотока, наличия кардиосклероза, в том числе рубцов после ранее перенесенных инфарктов) и распространенности некротического очага. Так, при его массе более 10% отмечается снижение фракции выброса (ФВ) левого желудочка, свыше 15% — повышение КДД в желудочке, свыше 28% — появление клинических признаков левожелудочковой недостаточности и более 40 % кардиогенного шока.

Летальность за 2015 год составил 12,9%. За 2015 год проведена аутопсия 40 трупов умерших от острого инфаркта миокарда. Из них в 37 случаях наблюдался трансмуральный инфаркт миокарда, в трех случаях субэндокардиальный инфаркт миокарда. Среди умерших от инфаркта миокарда

23 пациента являлись жителями г. Самарканда, а 17 больных жителями сельской местности.

В 32 случаях больные с ОИМ умерли в первые сутки с момента поступления больных в стационар, в 4 случаях на третьи сутки и в 4-ти случаях на третьи и более суток от момента госпитализации.

Из числа умерших от ОИМ в 25 случаях была поражена передняя стенка левого желудочка сердца, в 6-х случаях с охватом боковой стенки левого желудочка. В одном случае была поражена боковая стенка левого желудочка. В 12 случаях наблюдалось присоединение в патологический процесс межжелудочковой перегородки правого желудочка и в 4-случаях процесс распространялся до верхушки сердца.

Из 40 случаев в одном наблюдалась смерть от разрыва сердца с тампонадой при наличии аневризмы. В 15 случаях смерть наступила за счет развития кардиогенного шока, в 12 случаях от острой левожелудочковой сердечной недостаточности, в трех случаях отмечалась фибрилляция желудочков, в трех – тромбоэмболия легочной артерии. В трех случаях отмечалась тотальная сердечная недостаточность, в двух случаях отмечалось нарушение ритма сердца.

Ближайший прогноз был хуже у больных старше 60 лет с инфарктом миокарда, высокой артериальной гипертензией, застойной сердечной недостаточностью и сахарным диабетом в анамнезе. Госпитальная летальность была тесно связана также с величиной некротического очага и вследствие этого при переднем инфаркте или блокаде левой ножки пучка Гиса в среднем выше, чем при заднем. Значительно отягощал прогноз острая сердечная недостаточность, особенно III- IV класса, по Т. Killip, J. Kimball, и возникновение рецидива или распространения инфаркта миокарда. При отсутствии этих факторов риска, перенесенная первичная фибрилляция желудочков не оказывала существенного влияния на ближайший исход.

Выводы

Снижение смертности в больничных условиях при остром инфаркте миокарда в значительной степени было результатом таких организационных мер, как быстрая доставка больных с острым инфарктом миокарда в лечебные учреждения, оборудованные устройствами для мониторингирования ЭКГ и укомплектованные персоналом способным быстро распознать опасные для жизни состояния и сразу же назначить соответствующее лечение.

По мере того как уменьшилась частота летальности в стационаре вследствие адекватной профилактической антиаритмической терапии, на первый план стали выступать другие осложнения острого инфаркта миокарда, в частности недостаточность насосной функции миокарда. Сочетание резкого снижения функции левого желудочка (ФВ менее 40 %) со сложными желудочковыми аритмиями и наличием поздних потенциалов желудочков указывает на особенно неблагоприятный прогноз. И, несмотря на достижения в лечении больных с острой сердечной недостаточностью, последняя в настоящее

время является основной причиной смерти при остром инфаркте миокарда. Размер некротизированного вследствие ишемии участка коррелирует со степенью сердечной недостаточности и уровнем смертности, как в первые 10 дней, так и в более поздние сроки.

Литература

1. Болдуева С.А., Быкова Е.Г., Леонова И.А. и др. Прогностическое значение диастолической дисфункции при внезапной сердечной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда. Кардиология 2011;8:22-27
2. Болдуева С.А., Леонова И.А., Бурак Т.Я. и др. Фракция выброса и другие предикторы внезапной кардиальной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда. Сердечная недостаточность. 2008;9:111-117.
3. Болдуева С.А., Шабров А.В., Бурак Т.Я. и др. Основные факторы, прогнозирующие риск внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007;8:39-45
4. Bucellati E., Gilardi E., Scaini E. Et al. Heart rate variability and myocardial infarction: systematic literature review and metanalysis. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2009;13:299-307.
5. Karp E., SHiyovich A., Zahger D. Et al. Ultra-short-term heart rate variability for early risk stratification following acute ST-elevation myocardial infarction. Cardiology 2009;114:275-283.

УДК 616.12-008.1; 616.24-008.4; 616.8-056.76

Е.И. Тумакова, Ж.В. Максимова

КОНЕЧНОСТНО-ПОЯСНАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ С ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Кафедра терапии ФПК и ПП
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

E.I. Tumakova, Zh.V. Maximova

LIMB-GIRDLE MUSCULAR DYSTROPHY WITH CARDIOPULMONARY FAILURE: CASE REPORT

Department of Therapy
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: tumakva-lena@yandex.ru