

*Исакова Д.З., cсистент кафедра  
пропедевтики внутренних болезней  
Андижанский государственный медицинский институт  
Андижан, Узбекистан*

## **СОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ**

**Резюме.** По данным Всемирной организации здравоохранения, одну треть всех причин смертности взрослого населения (15 миллионов смертей в год во всем мире) составляют сердечно-сосудистые заболевания, связанные с атеросклерозом. Прогрессирующий рост числа больных инфарктом миокарда, широкое его распространение среди социально активной группы населения, потеря трудоспособности и инвалидизация пациентов, приводящие к большим экономическим затратам государства, придают проблеме не только медицинское, но и большое социально-экономическое значение. У многих больных зрелого и пожилого возраста ИБС и в частности инфаркт миокарда может протекать на фоне других соматических заболеваний, в том числе и патологии системы дыхания.

**Ключевые слова:** ИБС, пневмония, инфаркта миокарда, внебольничной пневмонии, ЭхоКГ.

*Isakova D.Z., assistant Department  
propedeutics of internal diseases  
Andijan State Medical Institute  
Andijan, Uzbekistan*

## **FEATURES OF THE COMBINED COURSE OF MYOCARDIAL INFARCTION AND OUT-OF-SOCIAL PNEUMONIA**

**Summary.** According to the World Health Organization, one third of all causes of adult mortality (15 million deaths per year worldwide) are cardiovascular diseases associated with atherosclerosis. The progressive increase in the number of

patients with myocardial infarction, its widespread distribution among the socially active group of the population, disability and invapidization of patients, leading to large economic costs of the state, attach not only medical, but also great socio-economic importance to the problem. In many patients of mature and old age, IHD, and in particular myocardial infarction, can occur against the background of other somatic diseases, including pathology of the respiratory system.

**Key words:** ischemic heart disease, pneumonia, myocardial infarction, community-acquired pneumonia, echocardiography.

**Актуальность проблемы.** По данным Всемирной организации здравоохранения, одну треть всех причин смертности взрослого населения (15 миллионов смертей в год во всем мире) составляют сердечно-сосудистые заболевания, связанные с атеросклерозом. Прогрессирующий рост числа больных инфарктом миокарда, широкое его распространение среди социально активной группы населения, утрата трудоспособности и инвалидизация пациентов, приводящие к большим экономическим затратам государства, придают проблеме не только медицинское, но и большое социально-экономическое значение. Показатель заболеваемости внебольничной пневмонией в большинстве стран составляет 10-12%, варьируя в зависимости от возраста, пола, расовой принадлежности и социально-экономических условий обследуемых популяций. Несмотря на известные диагностические приемы и характерные жалобы примерно в 60% случаев пневмония остается нераспознанной, правильный ее диагноз в первые 3 суток ставится только в 35 % случаев, а у 30-40% заболевших устанавливается лишь в конце первой недели болезни. В основе взаимного отягощения ИБС и пневмонии лежит общность ряда факторов риска и звеньев патогенеза, включая курение, гемодинамические, нейрогормональные и иммуновоспалительные сдвиги. Однако, в доступной нам литературе не были найдены данные о распространенности и особенностях сочетанного течения инфаркта миокарда и внебольничной

пневмонии. Не определена динамика и роль про- и противовоспалительных цитокинов, иммуноглобулинов у больных с сочетанным течением инфаркта миокарда и внебольничной пневмонии.

**Цель исследования:** Изучить особенности сочетанного течения инфаркта миокарда и внебольничной пневмонии и на основании этого разработать направления их диагностики.

**Материалы и методы исследования.** На первом этапе с целью изучения частоты встречаемости сочетанной патологии проанализированы 1718 историй болезни пациентов, перенесших инфаркт миокарда и 88 протоколов патологоанатомических исследований умерших от ИМ. На втором этапе наблюдали 120 больных с сочетанной патологией ИМ+ВП (изучение структуры и исходов, анализ клинической симптоматики, результатов рентгенологического обследования). На третьем этапе осуществляли углубленное сравнительное исследование в двух группах больных. Обследованы 57 больных с верифицированным ИМ, среди которых были 48 мужчин и 9 женщин. Средний возраст составил  $74,6+4,1$  года. Все больные были разделены на 2 группы: в 1-ю (основную) вошли 27 больных ИМ в сочетании с ВП, 2-я группа являлась группой сравнения и состояла из 30 пациентов только с ИМ. В сравниваемых группах проведен анализ клинической симптоматики, данных клинических и биохимических анализов, ЭхоКГ, результатов рентгенологического обследования и результатов определения содержания в крови про- и противовоспалительных цитокинов (11-1 $\beta$ , 1 $\beta$ -2, 1 $\beta$ -б, Т№-а, 1Ш-у, ГЬ-4, И-10, П.-17,1 $\beta$ А, ДО, 1 $\beta$ М). Все больные в сравниваемых группах были рандомизированы по полу, возрасту и тяжести течения заболевания.

**Результаты исследования.** На первом этапе работы на основании анализа 1718 историй болезней были получены данные о частоте встречаемости сочетанного течения ИМ и ВП среди пациентов, поступивших на лечение в отделение кардиореанимации в разные годы наблюдения. Частота встречаемости сочетанного течения ИМ и ВП среди больных,

поступивших на лечение в отделение кардиореанимации в разные годы наблюдения, колебалось от 5,6% в 2012 году до 8,2% в 2009 году. В среднем, изучаемый показатель за 4 года (с 2009 по 2012 гг.) составил 7,0%. Длительность лечения больных с сочетанным течением ИМ и ВП была, в среднем, на 32% больше, чем сроки нахождения в стационаре больных инфарктом миокарда. Летальные исходы у больных с сочетанной патологией имели место в 2 раза чаще, чем у пациентов ИМ без ВП (16,7% и 8,0% соответственно). При анализе 88 протоколов патологоанатомических исследований больных ИМ, умерших в первые 48 часов после госпитализации, в 22,7% случаев при вскрытии выявлялись признаки легочного воспаления. Частота расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов по внебольничной пневмонии (гиподиагностика) при этом была весьма существенной и достигала до 40% в разные годы. Таким образом, представляется очевидным, что у некоторых больных инфарктом миокарда имела место внебольничная пневмония (до 7% по клиническим данным и до 22,7% по секционным). Указанное сочетанное (ВП) заболевание в ряде случаев не диагностировалось при жизни. Длительность лечения ИМ, развившегося на фоне ВП значительно (более чем на 30%) превышала длительность лечения больных с одним лишь ИМ. Летальность среди больных с сочетанной патологией составила 16,7% и более чем в 2 раза превышала летальность в группе сравнения. Нами изучались клинические особенности сочетанного течения ВП и ИМ, изменения показателей лабораторных и функциональных исследований. Сравнение по указанным критериям осуществлялось в двух группах больных. Основную группу (I) составили 27 больных с сочетанным течением ИМ и ВП. В группу сравнения (ИМ без ВП) вошли 30 пациентов. Группы были рандомизированы по полу, возрасту, тяжести состояния. Первоначально исследовали особенности развития ИМ на фоне ВП.

**Выводы:** 1. У ряда больных с ИМ, поступивших на лечение в кардиореанимационное отделение, имела место ВП (до 7,0% по клиническим

данным и до 22,7% - по секционным), что свидетельствует о том, что у некоторых пациентов легочное воспаление не диагностируется при жизни. Длительность стационарного лечения пациентов с ИМ на фоне ВП составляла, в среднем, 28 дней и на 31,6% превышала длительность лечения больных с ИМ без ВП.

2. Среди больных с сочетанным течением ИМ и ВП в сравнении с пациентами, перенесшими ИМ без ВП, отмечалось более тяжелое течение ИМ с более частым развитием нарушений сердечного ритма (100% и 47%, соответственно), проводимости (15,0% и 3,3%), миокардита (7,4% и 0%), ХСН (29,6% и 16,6%), ранней постинфарктной стенокардии (44,4% и 26,6%).

### **Литература**

1. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения. Форум. Ишемическая болезнь сердца 2000; № 1: с. 2–5.
2. Гайрабекова Ф.Р. Динамика тропонина Т в сыворотке крови у пациентов с ишемической болезнью сердца до и после стентирования коронарных артерий/ Ф.Р. Гайрабекова, М.А. Чичкова // Современные научноемкие технологии. - 2012. - №5. -С. 5-7.
3. Гайрабекова Ф.Р. Динамика острофазового ответа как диагностический маркер синдрома «малых повреждений миокарда» до и после стентирования коронарных артерий/ Ф.Р. Гайрабекова, Ю.М. Чичков // Сердечно-сосудистые заболевания. -2013. - Том 14. - №6. - С. 283.
4. Атеросклероз. Вторичная профилактика атеротромбоза после хирургического лечения ИБС. Учебно-методическое пособие/ М.А. Чичкова, Ф.Р. Гайрабекова, В.Н. Мещеряков, Е.А. Белова. - Астрахань: Издательство «Астраханская государственная медицинская академия», 2012. - 216с.
5. Akarasereenont P., Nuamchit T., Thaworn A. et al. Serum nitric oxide levels in patients with coronary artery disease. J. Med. Assoc. Thai. 2001; 84 (suppl. 3): S730 – S739.