

1. Белов Б.С. Болезнь Уиппла / Б.С. Белов // РМЖ. – 2014 – №28. – С. 2063-2067
2. Куприянова И.Н., Бердников Р.Б., Бозров Р.М. Болезнь Уиппла: обзор литературы/ И.Н. Куприянова, Р.Б. Бердников, Р.М. Бозров // РМЖ Медицинское обозрение «Иммунный ответ». – 2018 – №1(II). – С. 85-92
3. Feurle G.E., Junga N.S., Marth T. Efficacy of ceftriaxone or meropenem as initial therapies in Whipple's disease // Gastroenterology. 2010. Vol. 138(2). P. 478-486
4. Lagier J.C., Fenollar F., Lepidi H. et al. Treatment of classic Whipple's disease: from in vitro results to clinical outcome // J Antimicrob Chemother. 2014. Vol. 69. P. 219-227
5. Crews N.R., Cawcutt K.A, Pritt B.S. Diagnostic Approach for Classis Compared With Localized Whipple's disease [Электронный ресурс] // Open Forum Infectious Diseases, Volume 5, Issue 7. URL: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofy136> (дата обращения 21.02.2019).

УДК 616.127-005.8

**Мажен М.К., Артыкбаева А.Ж., Мейрамбайкызы М., Жаманкулова Д.Г.,  
Жамалиева Л.М.**

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ  
МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q И БЕЗ ЗУБЦА Q**

Кафедра Центр семейной медицины и исследований в первичной помощи  
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени  
Марата Оспанова  
г. Актобе, Республика Казахстан

**Mazhen M.K., Artykbaeva A.Zh., Meirambaikyzy M., Zhamankulova D.G.,  
Zhamaliyeva L.M.**

**CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH Q- AND NON-Q WAVE  
MYOCARDIAL INFARCTION**

Department of Centre for Family Medicine and Primary Care Research  
West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University  
Aktobe city, Republic of Kazakhstan

E-mail: Mazhenm@mail.ru

**Аннотация.** Размер поражения сердечной мышцы имеет прогностическое значение для пациентов после острого инфаркта миокарда (ИМ). Целью исследования было изучение различий между Q- и не-Q инфарктом миокарда по клиническим показателям. 433 пациента (210 с Q-ИМ и 223 с не-Q-ИМ), находившихся на лечении в кардиологическом отделении Актюбинского

медицинского центра, были изучены на наличие факторов риска (возраст, пол, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, липидный обмен и уровень креатинина) и состояние коронарных сосудов. У пациентов с ИМ без Q имелись чаще тяжелая гипертензия (66,8% (95%ДИ 61-73) против 51% (95%ДИ 44-58)) и предшествующий ИМ в анамнезе (15,7% (95%ДИ 11-21) и 30% (95%ДИ 24-36), соответственно). У пациентов со стенозом коронарных сосудов более 80% частота Q-волнового ИМ встречалась более чем в 4 раза чаще (ОШ=4,16 (95% 2,3-7,5)).

**Annotation.** The size of the damage of the heart muscle has a prognostic value for patients after acute myocardial infarction (MI). The purpose of the research was to study the differences between Q and non-Q myocardial infarction according to the clinical indicators. 433 patients (210 with Q-MI and 223 with non-Q-MI) who were treated at the cardiology department of the Aktobe Medical Center were examined for existence of risk factors (age, gender, arterial hypertension, smoking, diabetes, lipid metabolism and creatinine level) and the state of the coronary vessels. Patients with MI without Q often had severe hypertension (66.8% (95% CI 61-73) versus 51% (95% CI 44-58)) and a former MI in anamnesis (15.7% (95% CI 11 -21) and 30% (95% CI 24-36), respectively). The frequency of Q-wave myocardial infarction was more than 4 times often (OR = 4.16 (95% 2.3-7.5) among patients with coronary stenosis over 80%.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда (ИМ), Q-волновой ИМ, не-Q- ИМ

**Key words:** myocardial infarction (MI), Q-wave MI, non-Q MI

### **Введение**

Инфаркт миокарда (ИМ) до сих пор остается актуальной проблемой клинической медицины и здравоохранения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно от болезней системы кровообращения, в том числе ИМ, в мире умирают более 17,7 млн человек (ВОЗ, 2017г.). Стандартизированный показатель смертности от ИМ в соседней с Казахстаном России составляет 34,24 на 100 тыс. населения [2]. В Актюбинской области (Казахстан) этот показатель составил 32,2 на 100 тыс. населения [1].

Размер инфаркта левого желудочка является фактором неблагоприятных клинических исходов. Соответственно, определение размера поражения миокарда имеет прогностическое значение для пациентов после острого ИМ [3, 5]. Хотя современная тактика лечения пациентов в острый и последующие периоды не зависит от морфологии зубца Q, нами представляется интересным изучить, отличаются ли пациенты с Q-волновым и не-Q-волновым ИМ по доступным для измерения клиническим и лабораторно-инструментальным параметрам.

**Цель исследования** – сравнение клинических характеристик пациентов с острым инфарктом миокарда с зубцом Q и без зубца Q в популяции города Актобе.

### **Материалы и методы исследования**

Изучены данные всех 433 пациентов, находившихся на лечении с ИМ в кардиологическом отделении Актюбинского медицинского центра (Актобе, Казахстан) в период с 2014 по 2018 годы. Изучались возраст, пол, сопутствующие заболевания и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), такие как артериальная гипертония (АГ), сахарный диабет (СД), курение, также индекс массы тела (ИМТ), биохимические анализы (креатинин, общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), глюкоза, триглицериды (ТГ), состояние коронарных сосудов по данным коронароангиографии (КАГ). В 1-ую группу вошли пациенты с острым ИМ с зубцом Q (Q-ИМ), во 2-ую группу – с острым ИМ без зубца Q (не-Q-ИМ). При определении пороговых значений клинических и лабораторных показателей использовали классификации и рекомендации Европейских обществ кардиологов и артериальной гипертонии 2018г.

Статистическая обработка данных проведена в Statistica 10. Выборка пациентов и их характеристики представлены частотами для категориальных переменных, средними значениями, стандартными отклонениями (СО), медианами (Me), интерквартильными размахами (IQR) для непрерывных переменных. Для долей рассчитывали 95% доверительный интервал (ДИ). Статистические сравнения выполнены с помощью теста хи-квадрат для категориальных переменных, тестом Стьюдента или Манна-Уитни для непрерывных данных. Рассчитывали отношение шансов (ОШ). Значение P меньше 0,05 считали значимым.

### **Результаты исследования и обсуждения**

Количество пациентов в первой группе (Q-ИМ) составило 210 человек, во второй (не-Q-ИМ) – 223. Средний возраст пациентов в группе QИМ составил  $62,3 \pm 10,6$  лет, в группе не-Q-ИМ –  $63,8 \pm 12,5$  лет ( $p=0,19$ ). Доля мужчин в обеих группах не различалась: 72% и 73,1%, в первой и второй группах, соответственно. ИМТ в первой группе был в пределах от 17,9 до 45,8 кг/м<sup>2</sup>, Me 27,3, IQR 25-31, во второй группе – от 17,5 до 43,3 кг/м<sup>2</sup>, Me 27,7, IQR 24,6-30,7 ( $p=0,55$ ). Курящих в первой группе было 46,2% (95%ДИ 39-53), во второй – 38,1% (95%ДИ 32-44).

Доля пациентов с сопутствующим СД в первой группе составила 15,2% (95%ДИ 10-20), во второй – 19,7% (95%ДИ 14-25). Me и IQR глюкозы крови в первой группе составили 7,1 ммоль/л (5,9-9), во второй – 7,2 (5,8-9).

Показатели липидного обмена в сравниваемых группах статистически значимо не различались. Уровень ОХС составил 4,9 ммоль/л (3,9-5,7) и 4,8 ммоль/л (3,8-5,9), уровень ТГ - 1,16 ммоль/л (0,8-1,7) и 1,2 ммоль/л (0,9-1,78), ХС-ЛПВП -1,17 ммоль/л (0,92-1,43) и 1,2 ммоль/л (0,96-1,4), ХС-ЛПНП - 3,2 ммоль/л (2,3-3,8) и 3,09 ммоль/л (2,29-3,81), для первой и второй групп соответственно. Среднее содержание креатинина крови в группе Q-ИМ было 83,7 мкмоль/л (71-98), в группе не-Q-ИМ - 87 мкмоль/л (73-102,7).

Артериальная гипертония отсутствовала у 53 пациентов с Q-ИМ (25,3%, 95%ДИ 19-31) и у 30 пациентов с не-Q-ИМ (13,5%, 95%ДИ 9-18). В группе Q-ИМ первая степень АГ встречалась у 6,2% пациентов (95%ДИ 3-9), вторая степень АГ – у 17,6% (95%ДИ 12-23), третья степень АГ – у 51% (95%ДИ 44-58). Во группе не-Q-ИМ АГ I степени встречалась у 5,8% (95%ДИ 3-9), АГ II степени – у 13,9% (95%ДИ 9-18), АГ III степени – у 66,8% (95%ДИ 61-73).

Ванамнезуе пациентов с не-Q-ИМ чаще имелся предшествующий ИМ по сравнению с пациентами сQ-ИМ (30% (95%ДИ 24-36%) и 15,7% (95%ДИ 11-21%, соответственно). Частота выраженного поражения коронарных сосудов по данным КАГ была высокой в обеих группах, но статистически значимо в 1,24 раза выше у пациентов с Q-ИМ. У пациентов со стенозом коронарных сосудов более 80% частота Q-волнового ИМ встречалась более чем в 4 раза чаще (ОШ=4,16 (95% 2,3-7,5)). Сводные данные по демографическим, клиническим и лабораторно-инструментальным данным больных ИМ обеих групп представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Клинические характеристики и факторы риска ССЗ у пациентов с Q-ИМ и не-Q-ИМ

Переменные	Q-ИМ, абс. (%) (n=210)	95%ДИ	Не-Q-ИМ, абс. (%) (n=223)	95%ДИ
Возраст, лет среднее ± СО	62,3±10,6		63,8±12,5	
> 55 лет у мужчин	97 (64,2%)	57-72	111 (68,1%)	61-75
> 65 лет у женщин	40 (67,8%)	56-80	37 (61,7%)	49-74
Пол				
мужчины	151 (71,9%)	66-78	163 (73,1%)	67-79
женщины	59 (28,1%)	22-34	60 (26,9%)	21-33
Сахарный диабет	32 (15,2%)	10-20	44 (19,7%)	14-25
Курение	97 (46,2%)	39-53	85 (38,1%)	32-44
АГ	157 (74,8%)	69-81	193 (86,5%)	82-91
1 степени	13 (6,2%)	3-9	13 (5,8%)	3-9
2 степени	37 (17,6%)	12-23	31 (13,9%)	9-18
3 степени	107 (51%)	44-58	149 (66,8%)	61-73
Избыточная масса тела и ожирение (ИМТ>25 кг/м <sup>2</sup> )	141 (67%)	61-73	148 (66,4%)	60-73
ИМ в анамнезе	33 (15,7%)	11-21	67 (30%)	24-36
Инсульт в анамнезе	19 (9%)	5-13	18 (8%)	4-12
ОХС > 5 ммоль/л	98 (46,7%)	40-53	102 (45,7%)	39-52
ХС-ЛПНП > 3 ммоль/л	105 (50%)	43-57	116 (52%)	45-59
Поражение >2 сосудов по данным КАГ	155 (73,8%)	68-80	172 (77,1%)	72-83
Стеноз >80% по данным КАГ	194 (92,4%)	89-96	166 (74,4%)	69-80

Таким образом, в нашем исследовании выявлены статистически значимые более высокая частота тяжелой АГ в группе не-Q-ИМ по сравнению с группой Q-ИМ (67% против 51%), более частое наличие в анамнезе перенесенного ИМ у пациентов с не-Q-ИМ по сравнению с группой Q-ИМ (30% против 15,7%), и более выраженный коронаростеноз у пациентов с Q-ИМ по сравнению с пациентами с не-Q-ИМ (92% против 74%).

Тот факт, что в нашей работе такие факторы риска, как тяжелая АГ и сердечно-сосудистое событие в анамнезе, имелись чаще в группе не-Q-ИМ, вероятно, связано с тем, что пациенты с тяжелой АГ и перенесенным ИМ лучше информированы о заболевании и профилактике ССЗ и чаще и регулярнее принимают достаточные дозы антигипертензивных лекарственных средств, которые оказали протективное действие и уменьшили зону ишемии и некроза миокарда.

Среди пациентов с Q-ИМ чаще встречался выраженный стеноз коронарных артерий, что подтверждает положение о том, что тромботическая окклюзия коронарных артерий ведет к трансмуральному некрозу миокарда и появлению зубца Q на ЭКГ.

Соотношение Q-ИМ и не-Q-ИМ было 1:1,06, что выше, чем в ранее проводившихся исследованиях, где частота ИМ без зубца Q колебалась в пределах 4-29% [4]. Это, вероятно, связано с настороженностью врачей и своевременной диагностикой, информированностью пациентов и их ранним обращением, и ранним активным лечением на догоспитальном этапе.

#### **Выводы:**

Таким образом, Q-ИМ и не-Q-ИМ развивались с одинаковой частотой; среди пациентов с не-Q-ИМ чаще встречались пациенты с тяжелой АГ и предшествующим ИМ в анамнезе. Атеросклеротическое поражение коронарных сосудов имелось у пациентов обеих групп, но выраженный стеноз чаще наблюдался у больных с Q-ИМ. По-видимому, клинические характеристики с течением времени меняются, но для подтверждения необходимо более длительные и проспективные наблюдения.

#### **Список литературы:**

1. Кыдырбаев А.М. Эпидемиологические особенности смертности от острого инфаркта миокарда в Актыбинской области Казахстана /А.М. Кыдырбаев, Н.С. Игисинов, Б. Жолдин и др. //Medicine(Almaty). – 2016. – №8. – С. 170

2. Самородская И.В. Анализ показателей смертности от инфаркта миокарда в российской федерации в 2006 и 2015 годах / И.В. Самородская, О.Л.Барбараш, В.В. Кашталап, М.А.Старинская // Российский кардиологический журнал. – 2017. – №.11. – С. 22–26

3. Симулин В.Н. Прогностическая оценка патологической волны q при инфаркте миокарда / В.Н. Симулин, С.Е. Головенкин, В.В.Радионон // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – №5. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/prognosticheskaya-otsenka-patologicheskoy-volny-q-pri-infarkte-miokarda> (дата обращения: 04.03.2019).

4. Gural S. Clinical Profile of Q-Wave and Non-Q Wave Myocardial Infarction / S. Gural, CS. Shergill // Journal of Indian Academy of Clinical Medicine. – Vol. 5. – No. 1 – P.24-26

5. Kochav J.D. Usefulness of Q-wave area for threshold-based stratification of global left ventricular myocardial infarct size / J.D. Kochav, PM. Okin, S. Wilson, A. Afroz et al. // The American Journal of Cardiology. – 2013. №112(2). – P. 174-80

УДК 616.71-007.234

**Мальцев К.А., Черепанова Ю.Д., Фоминых М.И.  
ОЦЕНКА ПРЕДПОЛАГАЕМОГО РИСКА ОСТЕОПОРОЗА  
ПО ШКАЛЕ FRAX У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ**

Кафедра факультетской терапии и гериатрии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Maltsev K.A., Cherepanova Y.D., Fominykh M.I.  
ASSESSMENT OF PROSPECTIVE RISK OF OSTEOPOROSIS ON  
THE FRAX IN PATIENTS WITH COPD**

Chair of Internal Therapy and Geriatrics  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: kirillmal@rambler.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены вопросы оценки риска остеопороза и прогнозирования перелома шейки бедра у больных хронической обструктивной болезнью легких. Вероятность развития остеопороза или перелома шейки бедра была рассчитана с помощью шкалы FRAX в группе пациентов, проходящих лечение в пульмонологическом стационаре.

**Annotation.** The article deals with the risk assessment of osteoporosis and prediction of hip fracture in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The probability of osteoporosis was calculated using the FRAX in the group of patients undergoing treatment in the pulmonary hospital.

**Ключевые слова:** остеопороз, ХОБЛ, FRAX.

**Key words:** osteoporosis, COPD, FRAX.

**Введение**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) тесно связана с рядом сопутствующих заболеваний, одним из которых является остеопороз [1,2]. Социальная значимость остеопороза определяется его тяжелыми