

Краевой клинической больницы г. Читы. Средний возраст мужчин составил 58 [49; 63], женщин 64 [58; 68],  $p < 0,0001$ . Всем пациентам было проведено молекулярно-генетическое исследование для определения SNP в гене CYP2C19\*2 (G681A). Анализ генетического полиморфизма проводили методом полимеразной цепной реакции «SNP-экспресс» в режиме реального времени. В работе использованы стандартные наборы праймеров НПФ «Литех» – «SNP-экспресс-РВ». Обследование и лечение больных проводилось в соответствии со стандартами и клиническими протоколами, всем пациентам проводилась коронароангиография (КАГ) с последующей реваскуляризацией при необходимости. Через один год оценивали прогноз с учетом следующих комбинированных конечных точек (ККТ). Первичная ККТ включала случаи фатальных сердечно-сосудистых событий (фатальный ИМ в стационаре, фатальный повторный ИМ). Вторичная ККТ охватывала проведение пациентам реваскуляризации по показаниям (коронарное шунтирование, ЧКВ), госпитализации по поводу ухудшения течения ИБС. Для сравнения двух независимых выборок применяли хи-квадрат и критерий Фишера при ожидаемом явлении менее 5. Статистическая обработка проведена с помощью программы «STATISTICA 10,0».

**Результаты.** В ходе исследования полиморфизм G681A был установлен у 1 мужчины (1,3%) и у 4 женщин (5,3%). Генотип GA был выявлен у 14 мужчин (18,7%) и у 9 женщин (12%), аллельный вариант GG – у 60 (80%) мужчин и 62 (82,7%) женщин. Разницы генотипов в изучаемом гене между мужчинами и женщинами не установлено. При сравнении расчетных частот генотипов с полученными в исследовании статистически значимых различий не выявлено в обеих группах, что говорит о соответствии закону Харди – Вайнберга. Анализировалась связь аллеля A и таких факторов риска, как наследственность, артериальная

гипертензия, достижение целевого АД при приеме гипотензивной терапии, сахарный диабет, такие анамнестические данные, как перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), перенесенное ЧКВ, связь с симптомзависимой артерией по КАГ в настоящую госпитализацию. В группе женщин была выявлена ассоциация аллеля A с достижением целевого АД ( $n=12$ ,  $p=0,002$ ), ИМ в анамнезе ( $n=5$ ,  $p=0,038$ ), с ранее проводимым ЧКВ ( $n=3$ ,  $p < 0,001$ ), с симптомзависимыми артериями: правой коронарной ( $n=2$ ,  $p=0,002$ ), огибающей ветвью ( $n=6$ ,  $p=0,0003$ ). В группе мужчин с этими же факторами риска не было обнаружено связи с данным аллелем. Также проводился анализ связи аллеля A гена CYP2C19\*2 и клинических событий (отек легких, кардиогенный шок, пароксизм фибрилляции предсердий, желудочковые нарушения ритма, полная AV-блокада, тромбоз стента), конечных точек. В группе мужчин была выявлена ассоциация изучаемого аллеля с тромбозом стента ( $n=2$ ,  $p=0,009$ ). В группе женщин была найдена связь со вторичной конечной точкой ( $n=1$ ,  $p=0,04$ ). Также наблюдается тенденция связи с первичной конечной точкой ( $n=1$ , 2,7%,  $p=0,08$ ).

**Заключение.** Таким образом определена распространенность полиморфизма G681A среди пациентов с ОКССПСТ у жителей Забайкальского края, найдена его ассоциация у женщин с достижением целевого АД, с перенесенным ИМ в анамнезе, ранее проводимым ЧКВ, с поражением правой коронарной артерии, огибающей ветви как симптомзависимой. Также наблюдалась ассоциация с тромбозами стента во время госпитализации у мужчин, с первичной конечной точкой у женщин, тенденция взаимосвязи со вторичной конечной точкой у женщин. На основании полученных данных можно говорить о том, что отмечается разное влияние данного полиморфизма у мужчин и женщин.

## БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

МАДАЛИЕВ А.У., БАЙКУЗИЕВ У.К., МАХМУДОВ Н.И.

*Ферганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи;  
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана. Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценка неблагоприятных исходов (смерть и случаи инфаркта миокарда (ИМ)) у больных с нестабильной стенокардией (НС) в сочетании с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ).

**Материал и методы.** Объект исследования – тестовая группа из 56 пациентов с НС и БЛНПГ и контрольная группа – 310 пациентов с НС без

БЛНПГ. Место подбора – кардиологическое отделение ФРНЦЭМП.

Динамический тип исследования в течение 5 дней пребывания в стационаре. Критерии включения в тестовую группу: пациенты с НС и БЛНПГ. Критерии исключения: синдром WPW, гиперкалиемии, желудочковый и узловой ритм сердца, искусственный водитель ритма, по-

роки сердца, операции по реваскуляризации миокарда. НС диагностировали согласно рекомендациям обществ ACCF/AHA (2012). Диагноз НС устанавливали через 12 часов после начала болевого синдрома, при отсутствии признаков ИМ. Критерии БЛНПГ – рекомендации American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee (2009). Неблагоприятный исход оценивали, как случаи смерти и инфаркта миокарда за период настоящей госпитализации.

**Результаты.** В тестовой группе пациентов умерли 5 пациентов (9,8%), что в 3,7 раза чаще, чем в контрольной группе – 8 (2,6%). Средний срок

жизни пациентов тестовой группы составил 4,7 суток, время дожития (время жизни в стационаре – 75% пациентов) составило 10. Средний срок жизни пациентов в контрольной группе был 5,2 суток, а время дожития 5. ИМ в тестовой группе зарегистрирован у 7 пациентов, что 2,6 раза чаще, чем в контрольной – 17 пациентов.

**Заключение.** При БЛНПГ у пациентов с НС смертность в 3,7 раза выше и риск развития ИМ в 2,6 раза больше, чем при НС без БЛНПГ. При НС и БЛНПГ средний срок жизни в стационаре и время дожития меньше на одни сутки, чем при НС без БЛНПГ.

## ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТИ ПО ШКАЛЕ GRACE СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА

**МАДАЛИЕВ А.У., БАЙКУЗИЕВ У.К., МАХМУДОВ Н.И.**

*Ферганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи;  
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана. Узбекистан*

Регистр острого коронарного синдрома (ОКС) – это проспективное эпидемиологическое исследование. Регистр ОКС позволяет оценивать качество медицинской помощи больным с ОКС и судить о результатах и исходах его лечения. Также Регистр дает возможность оценить риск смерти у больных с ОКС по шкале GRACE. Стратификация риска в шкале GRACE основана на клинических характеристиках (возраст, частота сердечных сокращений, систолическое артериальное давление, степень сердечной недостаточности по классификации Killip, наличие остановки сердца на момент поступления пациента), оценке изменений на ЭКГ и биохимических маркеров (кардиоспецифические ферменты, уровень креатинина сыворотки). Подсчет баллов по шкале GRACE возможно выполнить либо вручную либо при помощи автоматического калькулятора.

Риск, оцениваемый по шкале GRACE, принято интерпретировать как:

1. Низкий риск – смертность менее 1% (при расчете при помощи автоматического калькулятора), количество баллов (при выполнении расчетов вручную) – менее 109.

2. Средний риск – смертность от 1 до 3% (при расчете при помощи автоматического калькулятора); количество баллов (при выполнении расчетов вручную) – от 109 до 140.

3. Высокий риск – смертность более 3% (при расчете при помощи автоматического калькулятора); количество баллов (при выполнении расчетов вручную) – более 140.

**Цель.** Оценить риск госпитальной и 6-ти месячной смерти среди больных с ОКСнST по данным ФФРНЦЭМП.

**Материал и методы.** Оценивались данные регистра ФФРНЦЭМП за два периода 2016–2017 гг. и 2017–2018 гг. Количество больных с ОКСнST, у которых достаточно данных для расчета риска госпитальной смерти по шкале GRACE, в 2016 г. составило 190 чел., в 2017 г. – 251, т.е. 86,2 и 85,9% от всех больных с ОКСнST соответственно. Число больных с ОКСнST, у которых было достаточно данных для оценки риска 6-ти месячной смерти по GRACE, в 2016–2017 гг. составило 194 чел. (86,6%), в 2017–2018 гг. – 254 чел. (86,9%).

**Результаты.** В 2017–2018 гг. среди больных с ОКСнST доля больных с низким риском госпитальной смерти по шкале GRACE составила 38,3%, со средним риском – 41,5%, с высоким – 20,2%. В 2016–2017 гг. удельный вес больных с ОКСнST с низким риском госпитальной смерти составил 40,7%, со средним риском – 40,2%, а с высоким – 19,1%. Доля больных с ОКСнST с низким риском 6-ти месячной смерти по шкале GRACE в 2009–2010 гг. составила 71,7%, со средним риском – 17,0%, с высоким – 11,3%. В 2011–2012 гг. удельный вес больных с ОКСнST с низким риском 6-ти месячной смерти по шкале GRACE был равен 72,8%, со средним – 20,5%, а с высоким – 6,7%.

**Выводы.** За анализируемые периоды времени среди больных с ОКСнST практически не менялся удельный вес пациентов с низким, средним и высоким риском госпитальной смерти по GRACE, который составил 38,3/40,7, 41,5/40,2 и 20,2/19,1%, соответственно. При оценке риска 6-ти месячной смерти по шкале GRACE среди больных с ОКСнST преобладали пациенты с низким риском (71,7/72,8%), доля больных со средним риском несколько возросла (с 17,0 до 20,5%), с высоким – уменьшилась вдвое (с 11,3 до 6,7%).