

ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ НОВОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Приводится анализ взаимосвязей исходов чрескожного коронарного вмешательства по поводу инфаркта миокарда с подъёмом ST и тромботических событий во время процедуры. Kirtane et al., по данным исследования HORIZONS-AMI, выделили 3163 пациента для детального анализа их ангиограмм и поиска внутривидеографических событий (к которым относили непосредственно образование тромба, окклюзию сосуда, “no reflow” и “slow reflow”, дистальную эмболизацию), которые случились у 386 пациентов. Независимыми предикторами данных событий были наличие тромба исходно, длина поражения артерии, использование бивалирудина. Таким пациентам достоверно чаще приходилось вводить блокаторы гликопротеиновых рецепторов П2/П3а и выполнять незапланированную тромбозэкстракцию. После удачной процедуры в течение 30 дней у пациентов с внутривидеографическими событиями достоверно чаще случались конечные точки (смерть, рецидив инфаркта, реваскуляризация, инсульт), чем у пациентов с процедурой без особенностей (соотв., 7,8% и 4,2%; $p=0,002$). Смерть, в частности, была у 4,2% против 1,8% ($p=0,002$).

(По данным: *Am J Cardiol*, 2013)

Проведено исследование информативности внутрисудистого ультразвукового исследования и спиральной КТ в оценке плотности липидного ядра атеросклеротической бляшки у пациентов с острым коронарным синдромом. В работе Benedek et al. у 43 пациентов было сканировано 105 бляшек. Объём низкоплотного ядра более 6 куб. мм, по данным КТ, достоверно был связан с наличием в нём некроза по данным ультразвука. Кроме того, при КТ-плотности ядра менее 30 HU (Hounsfield units) риск осложнения такой бляшки и развития острого коронарного синдрома возрастает. КТ может использоваться в качестве метода оценки бляшек высокого риска.

(По данным: *Int Heart J*, 2013)

Авторы Philip et al. обратились к сравнению покрытых стентов второго поколения с голометаллическими, поскольку вопрос о преимуществах тех и других по-прежнему открыт. Проведено рандомизированное исследование 12866 пациентов. Показано, что частота развития для новых стентов достоверно ниже, чем для голометаллических. Соотношение рисков всех событий 0,36 в течение 30 дней после вмешательства и 0,49 с 31 дня по 1 год. Отношение рисков по инфаркту миокарда — 0,3, по повторной реваскуляризации целевого сосуда — 0,54, по общей смертности в течение первого месяца — 0,84, до одного года — 0,80.

(По данным: *Cardiovascular Interventions*, 2013)

Сообщается о попытках использования внутривенной инфузии нитроглицерина для профилактики контраст-индуцированной нефропатии. Reguero et al. иссле-

довали 199 пациентов, 112 из которых перед чрескожным коронарным вмешательством проводили инфузию нитратов, а 87 — нет. Показано достоверно менее частое повышение уровня креатинина после процедуры в группе нитроглицерина (15,9% и 29,9%, соотв.), по сравнению с не получавшими его пациентами. Многофакторный анализ показал, что нитраты независимо связаны с нефропротекцией.

(По данным: *J Cardiovasc Pharmacol*, 2013)

В своей работе Kaaya et al. обращаются к нефропротективному действию статинов. Исследовано 192 пациента с диагнозом инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST, подвергнутых чрескожному первичному вмешательству. До процедуры они были рандомизированы в группы приёма розувастатина 40 мг и аторвастатина 80 мг. Частота развития контраст-индуцированной нефропатии составила 8,9%. Значимых различий по параметрам СКФ и креатинина между группами не было. Единственным фактором, достоверно влиявшим на развитие нефропатии, было количество введённого контрастного вещества. Авторы делают заключение об эквивалентном нефропротективном действии розувастатина и аторвастатина.

(По данным: *Acta Cardiol*, 2013)

В очередной раз к вопросу о длительности двойной антитромбоцитарной терапии обращаются Vonasa et al. в связи с данными Регистра коронарных стентов ТИМІ-38 (в продолжение исследования TRITON-ТИМІ 38). Было исследовано 2110 пациентов и показано, что пролонгированная более 12 месяцев двойная терапия тиенопиридинами и ацетилсалициловой кислотой не имеет достоверного отличия по сердечно-сосудистой смерти, инфаркту или инсульту перед законченной на месяце 12 после установки стентов. Это относилось как к голометаллическим, так и покрытым стентам.

(По данным: *Clin Cardiol*, 2013)

Японские авторы Kumada et al. исследовали течение и исходы реваскуляризации сердца у пациентов с тяжёлой почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе. 10-летнее исследование включало 997 человек, которым выполнили аортокоронарное шунтирование ($n=210$) и чрескожное вмешательство ($n=787$). Оказалось, что по целому ряду показателей АКШ имеет значительно больше преимуществ, чем ЧКВ. Так, соотношение рисков больших нежелательных сердечно-сосудистых явлений было 0,64 в пользу АКШ, а частота их развития — 34,8% (в группе ЧКВ — 51,0%; $p=0,0003$). Это относилось, в частности, к развитию повторного инфаркта миокарда и смерти. Преимущества АКШ не зависели от сравнения с покрытыми или голометаллическими стентами.

(По данным: *Clin J*, 2013)