

ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ НОВОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

В рамках исследования DAPT (двойная антитромбоцитарная терапия) проведён анализ по показателю сахарного диабета. После стентирования получавшие тиаенопиридины и аспирин пациенты, у которых за год не случилось ишемических событий и кровотечений, были рандомизированы в группу продолжения двойной терапии или группу аспирин плюс плацебо. Всего участвовало 11648 пациентов. Показано, что при наличии диабета достоверно выше все показатели конечных точек, включая смерть, инфаркт миокарда, инсульт. У больных диабетом частота тромбоза стента была 0,5% в группе продолжения двойной терапии, и 1,1% — в группе плацебо с аспирином. Риск кровотечений был одинаков. Авторы заключают, что при диабете двойная антитромбоцитарная терапия дольше 1 года уменьшает риски нежелательных событий.

(По данным: *Circulation*, 2016)

Приводятся данные исследования COGENT — продолжения DAPT, связанного с гастропротекцией при двойной антитромбоцитарной терапии. Включались пациенты перед чрескожным коронарным вмешательством по любому показанию, а также пациенты с острым коронарным синдромом с или без коронарного вмешательства. Всем пациентам назначался омега-3. Показано, что добавление этого препарата существенно снижает риск желудочно-кишечных кровотечений, безотносительно к режиму и вообще наличию двойной антитромбоцитарной терапии.

(По данным: *Am J Med*, 2016)

Авторы из Канады изучили применение тикагрелора в дополнение к аспирину у пациентов после операции аорто-коронарного шунтирования. Аспирин назначался спустя 12 часов, а второй препарат или плацебо — через 72 часа после операции. Число пациентов 70. Выявлено, что добавление тикагрелора снижает долю больных с окклюзией шунта: у 28% в группе двойной терапии и 48% ($p=0,044$) в группе только аспирина. Различие было достоверно при многофакторном анализе. Больших кровотечений (major) не было в обеих группах, малые (minor) кровотечения были чаще в группе двойной терапии (31,4% против 2,9%, $p=0,003$). Авторы обозначают необходимость более масштабных исследований этого вопроса.

(По данным: *Heart*, 2016)

Полномасштабное исследование факторов риска инфаркта миокарда проведено в Швеции. В него

вошли жители, которым в период с 1998 по 2010 гг. исполнялось 40 лет. Всего включены данные более 1 миллиона человек. За время наблюдения (в среднем 5,5 лет) инфаркт миокарда развился у 2877 (0,48%) мужчин и 932 (0,17%) женщин. Диагноз ишемической болезни сердца установлен у 4400 (0,74%) мужчин и 1756 (0,31%) женщин. Проживание в областях с высоким социально-экономическим статусом само по себе снижало риск развития инфаркта миокарда, в сравнении с областями низкого социально-экономического статуса: отношение рисков 0,72 для мужчин и 0,66 для женщин. Те же риски получены для ИБС в целом.

(По данным: *Heart*, 2016)

Авторы из Австралии Yang, et al. (2016) обратились к вопросу прогнозирования хронической сердечной недостаточности. Они включили лиц старше 65 лет без признаков сердечной недостаточности, но с наличием хотя бы одного фактора риска. Всем были выполнены стандартные исследования, включая шкалы, электрокардиографию, эхокардиографию, шестиминутный тест. Спустя 14 месяцев, при повторном исследовании, у 52 из 419 развилась сердечная недостаточность. Шкала ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) была лучше в прогнозировании этого состояния, чем Фремингемская (Framingham HF). При помощи данных шестиминутного теста (порог <501 м), данных эхокардиографии (масса левого желудочка, отношение E'/e' на митральном клапане, продольное напряжение) было возможно выделить группы низкого, среднего и высокого риска развития сердечной недостаточности.

(По данным: *Am J Cardiol*, 2016)

Авторы из Великобритании Zheng, et al. (2016) обратились к вопросу предоперационного назначения статинов для влияния на осложнения малоинвазивных вмешательств на сердце. Они включили 1922 пациента с синусовым ритмом, которым перед электрокардиографией назначался розувастатин 20 мг в день или плацебо. Показано, что после операции уровень холестерина липопротеидов низкой плотности и С-реактивного белка был ниже в группе терапии. Однако частота развития фибрилляции предсердий не отличалась, как и площадь под кривой концентрации тропонина I. Анализ по отдельным характеристикам не смог выявить факторов дополнительной пользы от назначения статина. Не было также преимуществ по исходам. Более того, в группе розувастатина на 5,4% чаще развивалось острое поражение почек.

(По данным: *N Engl J Med*, 2016)