

ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ НОВОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Долгосрочные пути формирования дистресса в течение жизни были изучены Virtanen, et al. (2016) по данным исследования Whitehall II на материале 6890 участников (средний возраст в начале 49,5 лет). В начале также учитывалось наличие ишемической болезни сердца (ИБС) и её классических факторов риска (образ жизни, диабет, гипертензия, уровень холестерина). Наблюдение длилось в среднем 19 лет. Было выделено четыре типа ("траектории") развития психологического дистресса: постоянно низкий (у 69% участников), постоянно умеренный (13%), умеренный и низкий (12%) и постоянно высокий (7%). У больных ИБС в их встречаемость была 60, 16, 13 и 11%, соответственно. После регрессионного анализа наличие ИБС было связано с умеренной-низкой и постоянно высокой траекториями. С последней также было связано наличие курения и ожирения. Авторы заключают, что ИБС, курение и ожирение могут играть роль в развитии долгосрочного психологического дистресса в период среднего и пожилого возраста.

(По данным: *Heart*, 2016)

Как поступить с не-витамин-К-зависимыми антикоагулянтами при необходимости экстракции зуба? Miclotte, et al. из Бельгии (2016) изучили данный вопрос по методике случай-контроль у 26 пациентов, получавших дабигатран, ривароксабан или апиксабан, и 26 в группе контроля. Группа исследования пропускала только одну утреннюю дозу препарата независимо от времени посещения стоматолога, режима препарата или функции почек. Оценивалось кровотечение во время вмешательства и отсроченный его риск. Показано, что на момент экстракции различий между контролем и группой исследования не было, однако был выше риск отсроченного кровотечения при приёме антикоагулянтов.

(По данным: *Clin Oral Investig*, 2016)

Авторы из Испании сравнили показатели пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) 1, 2 типа и с неишемическим повреждением миокарда. Cediell, et al. (2016) в ретроспективном обсервационном исследовании проанализировали 1010 историй в период 2012-2013гг, разделив их на больных с ИМ 1 типа, 2 типа и не удовлетворяющих критериям 1 или 2 типов (НеИМ). При ИМ 1 типа была самая низкая летальность, а также меньшая частота повторных госпитализаций в связи с сердечной недостаточностью; напротив, в этой группе была более высокая частота госпитализаций в связи с острым коронарным синдромом.

(По данным: *Heart*, 2016)

Chowdhury, et al. (2016) предлагают новый потенциальный механизм нарушений ритма при гипертрофии и миогенной дилатации миокарда, а также возможный антиаритмический субстрат. На культурах клеток человека и на мышцах они изучили дефицит фермента МКК-7 (митоген-активируемой киназы-7). Такое состояние оставляет не фосфорилированную гистон-ацетилазу 2, что ведёт к накоплению филамина-А в ядре с формированием Крюппель-подобного (Krüppel-like) фактора, что в итоге ведёт к нарушению транскрипции генов калиевых каналов. Возникающая задержка реполяризации оборачивается желудочковыми аритмиями. Применение вальпроата помогло восстановить экспрессию генов каналов калия и предотвратить развитие аритмий к ремоделированному сердцу.

(По данным: *Circulation*, 2016)

McEvoy, et al. (2016) обратились к кальцификации коронарных артерий как фактору персонализации целей снижения систолического артериального давления (САД). Было включено 3733 участника с САД от 120 до 179 мм рт.ст. Средний возраст был 65 лет; в течение 10,2 лет наблюдения случилось 642 учётных события исследования. Авторы делают вывод, что сочетание оценки общего сердечно-сосудистого риска с визуализацией кальцинирования коронарных артерий позволяет устанавливать индивидуальный уровень целевого САД (например, выбирать целью 120 мм рт.ст. вместо менее интенсивных 140 мм рт.ст.). Так, при риске по шкале <15% и САД 120-139 мм рт.ст. отношение рисков было 1,7 при значении кальцинирования 0-100 баллов, и 3,0 при кальцинозе >100 баллов. Те же отношения рисков при САД 140-159 мм рт.ст. были 2,0 и 5,7, соответственно.

(По данным: *Circulation*, 2016)

Авторы Brownell, et al. (2016) рассмотрели особенности структуры сердца у больных ожирением в группах с индексом массы тела выше и ниже 50 кг/м², которым было произведено вмешательство на желудке для борьбы с лишним весом. В ретроспективном анализе размеров камер сердца и их систолической и диастолической функции у 312 пациентов в возрасте в среднем 39 лет была показана связь степени ожирения с параметрами гипертрофии левого желудочка и давления в лёгочной артерии. Масса левого желудочка также коррелировала с уровнем глюкозы крови при глюкозотолерантном тесте и с фракцией выброса левого желудочка. От индекса массы тела не зависело число осложнений операции, а также наличие артериальной гипертензии и диабета.

(По данным: *Obesity Surgery*, 2016)