Факты и ссылки

Результаты обсервационного исследования, включавшего 65 066 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и 128 383 участника контрольной группы, в ходе которого оценивали связь между генетически определенным отклонением роста на 1 стандартное отклонение (6,5 см) и риском развития ИБС, а также на основании данных о генотипе 18 249 участников оценивали риск развития ИБС, связанный с наличием различного числа аллелей, обусловливающих рост, свидетельствовали об увеличении на 13,5% (при 95% ДИ от 5,4 до 22,1%; p<0,001) риска развития ИБС при генетически детерминированном снижении роста на 1 стандартное отклонение, а также о ступенчатой связи между увеличением числа вариантов генов, отвечающих за увеличение роста, и снижением риска развития ИБС (ОШ для роста, относящегося к 4-му квартилю, по сравнению с 1-м квартилем 0,74 при 95% ДИ от 0,68 до 0,84; p<0,001); причем отмеченная связь отчасти была обусловлена связью между менее высоким ростом и повышенной концентрацией липидов в крови.

Источник: *Nelson C.P., Hamby S.E., Saleheen D., et al.* Genetically determined height and coronary artery disease. N Engl J Med 2015;372:1608—1618.

Результаты популяционного обсервационного исследования **Rotterdam study**, включавшего 14 926 участников в возрасте 45 лет и старше, свидетельствовали о том, что в течение 24 лет наблюдения отмечалась статистически значимая связь с наличием хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и увеличением риска внезапной смерти от осложнений заболевания сердца — ВСОЗС (стандартизованное с учетом возраста и пола отношение риска 1,34 при 95% ДИ от 1,06 до 1,70); причем существенное увеличение риска ВСОЗС отмечалось в течение 2000 дней (5,48 года) после установления диагноза ХОБЛ (стандартизованное с учетом возраста и пола отношение риска 2,12 при 95% ДИ от 1,60 до 2,820) и увеличивалось еще в большей степени в подгруппе больных с частыми обострениями ХОБЛ в течение такого периода (стандартизованное с учетом возраста и пола отношение риска 3,58 при 95% ДИ от 2,35 до 5,44); при этом результаты анализа, выполненного с исключением данных о больных с инфарктом миокарда (ИМ) или сердечной недостаточностью в анамнезе, были сходными.

Источник: *Lahousse L., Niemeijer M.N., van den Berg M.E., et al.* Chronic obstructive pulmonary disease and sudden cardiac death: the Rotterdam study. Eur Heart J 2015 Apr 28. [Epub ahead of print]

Результаты ретроспективного обсервационного исследования, включавшего 1131 больных, которые принесли острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST), свидетельствовали о том, что наличие левого типа кровоснабжения миокарда (такой тип отмечался у 9% больных) в течение 5 лет наблюдения в целом сопровождалось статистически значимым увеличением риска смерти по сравнению с риском смерти у больных с правым или сбалансированным типом кровоснабжения миокарда (p=0,013 для лог-рангового критерия); более того, наличие левого типа кровоснабжения миокарда было независимым прогностическим фактором риска смерти в течение 30 дней после развития ОИМпST (ОШ=2,51 при 95% ДИ от 1,11 до 5,67; p=0,027) и развития неблагоприятных исходов, включенных в комбинированный показатель частоты развития повторного ИМ и смерти от осложнений заболевания сердца, в течение 30 дней после развития ОИМпST (ОШ=2,25 при 95% ДИ от 1,09 до 4,61; p=0,028); но у больных, выживших в течение первых 30 дней после ОИМпST, наличие определенного типа кровоснабжения миокарда не влияло на прогноз в отдаленные сроки наблюдения.

Источник: *Veltman C.E., van der Hoeven B.L., Hoogslag G.E., et al.* Influence of coronary vessel dominance on short- and long-term outcome in patients after ST-segment elevation myocardial infarction. Eur Heart J 2015;36:1023—1030.

Результаты международного многоцентрового проспективного открытого рандомизированного исследования с использованием слепого метода при оценке частоты развития неблагоприятных исходов **TOTAL (Trial of Routine Aspiration Thrombectomy with PCI versus PCI Alone in Patients with STEMI)**, начатого по инициативе исследователей и в которое были включены 10 732 больных с ОИМпST, свидетельствовали о том, что выполнение ручной тромбэктомии для аспирации тромба из коронарной артерии (КА) перед выполнением чрескожного вмешательства на КА в качестве стандартной тактики по сравнению с изолированным выполнением чрескожного вмешательства на КА не приводит к статистически значимому снижению частоты развития неблагоприятных исходов, включенных в основной комбинированной показатель смертности от осложнений сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), частоты развития повторного ИМ, кардиогенного шока или сердечной недостаточности, соответствующей IV функциональному классу по классификации NYHA, в течение 180 дней после рандомизации (такие исходы в группе тромбэктомии и группе контроля развились у 6,9 и 7% больных соответственно; отношение риска 0,99 при 95% ДИ от 0,85 до 1,15; p=0,86); причем в группе тромбэктомии по сравнению с группой контроля отмечалось статистически значимое увеличение основного показателя безопасности частоты развития инсульта (такой исход развился у 0,7 и 0,3% больных соответственно; отношение риска 2,06 при 95% ДИ от 1,13 до 3,75; p=0,02).

Источник: *Jolly S.S., Cairns J.A., Yusuf S., et al.* Randomized trial of primary PCI with or without routine manual thrombectomy. N Engl J Med 2015;372:1389—1398.

В ходе выполнения обсервационного исследования, включавшего 1000 больных с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) в возрасте 30—59 лет (средний 45±8 лет), которые были последовательно обследованы в двух кардиологических центрах США, было установлено, что при наблюдении в среднем в течение 7,2±5,2 года 92%

больных выжили с достижением среднего возраста 53±9,2 года в отсутствие развития клинических симптомов заболевания или с развитием лишь слабовыраженных симптомов; от осложнений ГКМП умерли 4% больных (смертность составила 0,53% в год); причем 5- и 10-летняя выживаемость с учетом только случаев смерти от осложнений ГКМП достигала 98 и 94% соответственно, что статистически значимо не отличается от смертности от любых причин в общей популяции США и свидетельствует о том, что при использовании современной тактики ведения больных с ГКМП, включая имплантацию кардиовертера-дефибриллятора и другие подходы к профилактике внезапной смерти (при наличии соответствующих показаний), удается добиться низкой смертности таких больных.

Источник: *Maron B.J., Rowin E.J., Casey S.A., et al.* Hypertrophic Cardiomyopathy in Adulthood Associated With Low Cardiovascular Mortality With Contemporary Management Strategies. J Am Coll Cardiol 2015;65:1915—1928.

Результаты двух открытых РКИ **OSLER-1 и OSLER-2 (Open-Label Study of Long-Term Evaluation against LDL Cholesterol 1 and 2)**, включавших 4465 участников, у большинства из которых был хотя бы один фактор риска развития осложнений ССЗ и которые завершили участие в 1 из 12 исследований II или III фазы по оценке эффектов ингибитора пропротеинконвертазы субтилизин/кексин 9-го типа (proprotein convertase subtilisin/kexin 9 — PCSK9) эволокумаба, свидетельствовали о том, что по сравнению с изолированным применением стандартной терапии дополнительное использование эволокумаба приводило к снижению концентрации холестерина липопротеинов низкой плотности на 61% (медиана концентрации снижалась 3,1 до 1,24 ммоль/л; p<0,001), причем частота развития побочных эффектов в целом была сходной в обеих группах, несмотря на увеличение частоты развития нейрокогнитивных расстройств в группе эволокумаба по сравнению с группой контроля, а частота развития осложнений ССЗ в течение 1 года снижалась с 2,18% в группе контроля до 0,95% в группе эволокумаба (отношение риска 0,47 при 95% ДИ от 0,28 до 0,78; p=0,003).

Источник: *Sabatine M.S., Giugliano R.P., Wiviott S.D., et al.* Efficacy and safety of evolocumab in reducing lipids and cardiovascular events. N Engl J Med 2015;372:1500—1509.

Результаты обсервационного исследования, включавшего 9456 больных (средний возраст 57,1±12,3 года; 55,5% мужчины), не имеющих ИБС при включении в исследование (курили в момент выполнения исследования; ранее курили, т.е. прекратили курить за 3 мес до выполнения компьютерной томографической ангиографии КА или более, никогда не курили 1588, 2183 и 5685 больных соответственно), свидетельствовали о том, что, по сравнению с никогда не курившими, у куривших в момент выполнения исследования или курившими ранее имелся более выраженный атеросклероз КА, включая распространенность атеросклеротических бляшек (АСБ), которую оценивали по числу сегментов КА, в которых были любые АСБ (p<0,0001), и выше распространенность обструктивного поражения 1 КА (p<0,001), 2 КА (p=0,001)и 3 КА (p<0,001), но в среднем в течение 2,8±1,9 года наблюдения частота развития тяжелых осложнений заболевания сердца по сравнению с таковой у никогда не куривших, увеличивалась только у продолжавших курить (отношение риска 1,9 при 95% ДИ от 1,4 до 2,6; p<0,001), но не у куривших ранее (отношение риска 1,2 при 9% ДИ от 0,8 до 1,6; p=0,35).

Источник: *Nakanishi R., Berman D.S., Budoff M.J., et al.* Current but not past smoking increases the risk of cardiac events: insights from coronary computed tomographic angiography. Eur Heart J 2015;36:1031—1040.

В ходе выполнения вторичного анализа 8 проспективных РКИ, в которых применялось внутрисосудистое ультразвуковое исследование КА, были получены данные о связи между применением интенсивного режима терапии статинами (ИРТС) и регрессированием объема АСБ в процентах (−0,6±0,1%; p<0,001), но применение низкого режима терапии статинов и отсутствие приема статина сопровождалось увеличением объема АСБ (+0,8±0,1 и +1±0,1% соответственно; p<0,001 для обоих сравнений с ИРПС), но во всех группах отмечалось увеличение кальцификации КА, причем с увеличением интенсивности приема статина увеличивалась выраженность кальцификации КА, что может указывать на один из механизмов стабилизации АСБ за счет применения ИРТС.

Источник: *Puri R., Nicholls S.J., Shao M., et al.* Impact of Statins on Serial Coronary Calcification During Atheroma Progression and Regression. J Am Coll Cardiol 2015;65:1273—1282.

Результаты систематического анализа и мета-анализа 6 РКИ свидетельствовали о том, что применение триметазидина до операции коронарного шунтирования приводит к статистически значимому снижению концентрации в крови креатинкиназы (p=0,0008), фракции МВ креатинкиназы (p<0,0001), тропонина Т (p<0,00001) и тропонина I (p<0,00001) как в течение первые 12 ч после операции, так и в более поздние сроки послеоперационного периода; это может указывать на уменьшение выраженности повреждения миокарда при выполнении коронарного шунтирования за счет приема триметазидина до операции.

Истчник: *Zhang N., Lei J., Liu Q., et al.* The Effectiveness of Preoperative Trimetazidine on Myocardial Preservation in Coronary Artery Bypass Graft Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cardiology 2015;131:86—96.

Результаты мета-анализа 10 РКИ, включавших в целом 32 287 больных, свидетельствовали о том, что после стентирования КА с использованием стентов с лекарственным покрытием применение двухкомпонентной антиагрегантной терапии в течение менее 12 мес по сравнению с ее применением в течение 12 мес приводит к статистически значимому уменьшению риска развития тяжелых кровотечений (ОШ=0,58 при 95% ДИ от 0,36 до 0,92; p=0,02) в отсутствие статистически значимых различий по частоте развития осложнений, связанных с

ишемией или тромбозом; в то же время продолжение двухкомпонентной антиагрегантной терапии более 12 мес обусловливало статистически значимое снижение риска развития ИМ (ОШ=0,53 при 95% ДИ от 0,42 до 0,66; p<0,001) и тромбоза стента (ОШ=0,33 при 95% ДИ от 0,21 до 0,51; p<0,001), но сопровождалось увеличением риска развития тяжелых кровотечений (ОШ=1,62 при 95% ДИ от 1,26 до 2,09; p<0,001) и статистически значимым увеличением общей смертности (ОШ=1,30 при 95% ДИ от 1,02 до 1,66; p=0,03) в отсутствие увеличения смертности от осложнений ССЗ.

Источник: *Navarese E.P., Andreotti F., Schulze V., et al.* Optimal duration of dual antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention with drug eluting stents: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2015 Apr 16;350:h1618.