

пациентам было имплантировано 58 голометаллических стентов. В I группе 21 пациенту был имплантирован 31 стент, во II группе 22 пациентам – 27 стентов. При этом в обеих группах в большинстве случаев использовали BxSonic (Cordis, Johnson & Johnson): в 57,6% случаях – в I группе и в 63,6% – во II ($p>0,05$). По полноте реваскуляризации миокарда изученные группы больных достоверно не различались.

По состоянию ИОА на момент проведения эндоваскулярных процедур различия между изученными группами больных были существенными.

Следует особо отметить, что достоверные различия в пользу II группы были получены по индексу тромбоза высоких градаций (индекс тромбоза 3 и 4 по классификации TTG), т.е. по частоте выявления массивного тромба в просвете ИОА, по состоянию антеградного крово-

тока (TIMI) и степени миокардиальной перфузии (MBG).

Так же можно предположить, что во II группе состояние ИОА было более благоприятным для выполнения ЭВП, чем в I. В частности, у больных с отсроченными ЭВП достоверно чаще (чем с экстренными) отсутствовали признаки внутрисосудистого тромба и дистальной эмболизации.

Заключение. Таким образом, в I группе наименьший процент клинических осложнений имели те пациенты, у кого был достигнут оптимальный ангиографический результат ЭВП; а во II – пациенты с лечебными эндоваскулярными вмешательствами на ИОА, выполненными в сроки от 12 до 24 часов заболевания. При сравнении вышеуказанных подгрупп больных с благоприятными условиями для проведения ЭВП достоверных различий между ними по клиническому течению заболевания получено не было.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ КОПЕПТИНА НА РИСК ЛЕТАЛЬНОСТИ И РАЗВИТИЕ ПОВТОРНЫХ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

АРАБИДЗЕ Г.Г., ЖУКОВА А.В.

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России», г. Москва, Россия

Цель исследования. Оценка влияния показателей уровня копептина – С-концевой части провазопрессина на краткосрочный прогноз у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST в сочетании с определением уровня тропонина Т.

Материал и методы. Нами проанализированы значения показателей уровня копептина у 128 пациентов, госпитализированных с подозрением на ОКС без подъема ST в первые 3 часа от манифестации болевого синдрома в груди, рандомизированных в ходе госпитализации на 3 основные группы в зависимости от исхода ОКС. Распределение по полу в группах было примерно одинаковое, женщины составили 42,3% в I группе, 51,7% – во II группе и 33,3% – в III, однако статистически значимых различий между женщинами и мужчинами в группах не обнаружено ($p>0,05$). В I группу с верифицированным диагнозом острого инфаркта миокарда (ОИМ) без подъема сегмента ST включены 52 человека, средний возраст в группе $71,8\pm6,9$ (30 мужчин, средний возраст $60,9\pm11,4$, 22 женщины, средний возраст $71,8\pm6,9$). Пациенты, вошедшие в состав II группы, имели окончательный диагноз: нестабильная стенокардия (НС). Средний возраст группы составил $64,8\pm10,7$ (30 мужчин – $61,4\pm10,5$, 20 женщин – $70,7\pm8,9$). В III группу (группу сравнения) включены пациенты

с неподтвержденным коронарным событием в количестве 18 человек, средний возраст $58,9\pm4,2$ (12 мужчин – $59,5\pm4,9$, 6 женщин – $57,7\pm16,9$). В рамках исследования всем пациентам были определены уровни тропонина Т и копептина при поступлении, с повторным диагностическим тестированием на тропонин Т через 12 часов. Период наблюдения за участниками исследования на протяжении всего этапа госпитализации в среднем составил $7,5\pm3,5$ дней. За время наблюдения оценивалось достижение конечных точек (развитие повторных острых сердечно-сосудистых осложнений, смерть, острая сердечная недостаточность, экстренное повторное коронарное вмешательство); определена роль копептина в диагностике некроза миокарда и корреляция его уровня с развитием сердечно-сосудистых осложнений и госпитальной летальности.

Результаты. В многофакторном анализе (логистическая регрессия) копептин в первые 3 часа от манифестации болевого синдрома, ОШ 5,27 [2,42; 8,99] выступал более сильным независимым предиктором достижения первичных конечных точек в течение периода госпитализации после ИМ по сравнению с тропонином Т в тот же временной промежуток – ОШ 1,02 [0,99; 1,04]. Прогностическая положительная ценность тропонина Т как предиктора госпитальной летальности и

повторного ИМ значительно повышалась через 12 часов, – ОШ 4,93, с чувствительностью 24 % (95 % ДИ 14,3–37,4), специфичностью 100 % (95 % ДИ 95–100), положительным прогностическим значением 100 % (95 % ДИ 75,8–100) и точностью 69,4 % (95 % ДИ 59–78,1). В обследованной выборке пациентов с ОКС без подъема сегмента ST повышение уровня копептина при поступлении $>2,95$ нг/мл, по данным ROC-анализа, было ассоциировано с достоверным увеличением риска смерти и развития повторных острых сердечно-сосудистых событий – отношение рисков (ОР) 96,86 [13,60; 689,68 $p<0,00001$], с положительным прогностическим значением 100,00 % (95 % ДИ 75,75–100,00 %) за период наблюдения в среднем $7,5\pm3,5$ дней.

Заключение. Копептин может быть использован в качестве нового прогностического маркера риска развития повторных острых сердечно-сосудистых осложнений и смерти у пациентов с ОИМ без подъема ST (ОИМбпST), независимо от установленных традиционных факторов риска. Стратегия комбинированного определения копептина и тропонина Т является более информативной в прогнозировании рисков и исходов, чем тактика изолированного исследования каждого маркера по отдельности и может быть полезна для стратификации риска и прогнозирования госпитальной летальности у пациентов с ОИМбпST.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КЛОПИДОГРЕЛЯ И ТИКАГРЕЛОРА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

АХМЕДОВ Л.А., ПУЛАТОВА Ш.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан

Цель работы. Сравнить частоту развития кровотечений у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от применения клопидогреля и тикагрелора.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 28 пациентов; из них 14 (50 %) в период госпитализации принимали клопидогрель (зилт), 14 (50 %) – тикагрелор (зугрел). Средний возраст пациентов в группе клопидогреля составил $54,2\pm10,1$, в группе тикагрелора – $57,0\pm8,8$ ($p=0,28$). Обе группы не различались по половому составу, виду ОКС, наличию перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) и чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в анамнезе. В день поступления все больные получали 300 мг или 600 мг клопидогреля при ЧКВ. На следующий день пациенты после ЧКВ переводились на прием тикагрелора в дозе 90 мг 2 раза в сутки. Пациенты с не инвазивной тактикой ведения продолжали принимать клопидогрель – 75 мг в сутки. Сопутствующая терапия в группах не различалась. Наличие кровотечений оценивалось в среднем через 30 ± 5 дней методом телефонного контакта (период после выписки из стационара).

Результаты. В настоящем исследовании исходный уровень гемоглобина в группе клопидогреля и тикагрелора не различался: $121\pm10,1$ и $128\pm9,4$ г/л соответственно, $p=0,97$. При сравнении уровня креатинина в группе клопидогреля и тикагрелора как фактора, влияющего на возникновение кровотечений при приеме антиромбоцитарных препаратов, достоверных различий не выявлено. Так, средний уровень креатинина при госпитализации пациентов в группе клопидогреля составил $109,7\pm19,9$ ммоль/л, а в группе тикагрелора – $79,2\pm15,8$ ммоль/л, $p=0,56$. Как в группе клопидогреля, так и в группе тикагрелора были зарегистрированы только «малые» кровотечения (десневые, носовые, повышенная синяковость), которые не потребовали обращения за медицинской помощью. Частота «малых» кровотечений в группе клопидогреля составила 4 (28,6 %) случая, в группе тикагрелора – 6 (42,8 %) случаев, $p=0,43$.

Заключение. Частота развития кровотечений у больных с острым коронарным синдромом на фоне приема клопидогреля и тикагрелора в течение первого месяца наблюдения не отличается.