

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 $7,5 \pm 3,5$ 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 $54,2 \pm 10,1$, в группе тикагрелора – $57,0 \pm 8,8$ ($p = 0,28$). 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: $121 \pm 10,1$ и $128 \pm 9,4$ 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 $109,7 \pm 19,9$ ммоль/л, а в группе тикагрелора – $79,2 \pm 15,8$ 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.