

УДК 616.12-07-08

НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ КАРДИОЛОГИИ: ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НА КОНГРЕССЕ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ 2009 ГОДА

Проф. С. Г. КАНОРСКИЙ

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,
Российская Федерация*

Представлены результаты новых клинических исследований, о которых было впервые доложено на конгрессе Европейского общества кардиологов 2009 года.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые осложнения, профилактика, острые коронарные синдромы, хроническая сердечная недостаточность.

Очередной ежегодный конгресс Европейского общества кардиологов проходил в г. Барселона (Испания) с 28 августа по 2 сентября 2009 года под девизом «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: от клетки к человеку и обществу». Заседания проходили в 30 залах с участием более 900 ведущих экспертов, 31 292 научных работников, врачей и медицинских сестер.

На конгрессе приняты 4 новые рекомендации:

- по профилактике, диагностике и лечению инфекционного эндокардита;
- по оценке периоперативного сердечно-сосудистого риска и ведению пациентов при несердечных хирургических вмешательствах;
- по диагностике и лечению синкопе;
- по диагностике и лечению легочной гипертензии.

Полные тексты этих рекомендаций размещены на официальном сайте Европейского общества кардиологов www.escardio.org.

Наибольший интерес делегатов конгресса вызвало первое представление результатов новых научных исследований, посвященных актуальным проблемам кардиологии.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В исследовании ААА первоначально обследовано 28 980 мужчин и женщин в возрасте 50–75 лет. Критерием включения в исследование являлось значение лодыжечно-плечевого индекса $\leq 0,95$ при отсутствии симптомов атеросклероза. Пациентов (всего 3350) человек рандомизировали в две группы: первая группа ($n = 1675$) получала аспирин 100 мг в сутки с целью первичной профилактики, вторая группа ($n = 1675$) — плацебо. Первичная конечная точка — инфаркт миокарда, мозговой инсульт или реваскуляризация артерий. Не выявлено различий в частоте первичной конечной точки (+3% в первой группе). Частота фатального инфаркта миокарда в первой группе составила 1,7% против 1,1% во второй группе, фатального

инсульта — 0,4% против 0,7%, а нефатального — 3,7% против 4,1% соответственно. Частота больших кровотечений составила 2% против 1,2%, гастроинтестинальных язв — 0,8% против 0,5%.

Рутинное применение аспирина в популяции для первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза не показано.

Целью исследования **RE-LY** являлось изучение эффективности и переносимости перорального ингибитора тромбина дабигатрана в сравнении с варфарином у больных с фибрилляцией предсердий и высоким риском инсульта. Всего 18 113 пациентов рандомизировали в три группы для лечения дабигатраном в двух дозах — по 110 мг ($n = 6015$) и по 150 мг ($n = 6076$) 2 раза в день и варфарином ($n = 6022$) в дозе, позволяющей поддерживать Международное нормализованное отношение в пределах от 2,0 до 3,0. Первичная конечная точка — инсульт или системная эмболия. Обе дозы дабигатрана продемонстрировали свои преимущества — высокая доза являлась более эффективной, низкая оказалась более безопасной по сравнению с варфарином. Так, при средней продолжительности лечения 2,5 года в группе, получавшей дабигатран по 150 мг, частота первичной конечной точки оказалась на 34% меньше ($p < 0,001$) по сравнению с варфарином, а в группе, получавшей низкую дозу дабигатрана, статистически значимых различий не наблюдалось ($p = 0,34$). Большие кровотечения развивались при лечении варфарином с частотой 3,36% в год, высокой дозой дабигатрана — 3,11% ($p = 0,31$) и низкой дозой дабигатрана — 2,71% ($p = 0,003$ в сравнении с варфарином). В группе лиц, получавших варфарин, геморрагический инсульт развивался на 74% чаще, но инфаркт миокарда — на 38% реже ($p = 0,048$). Частота гастроинтестинальных кровотечений оказалась на 50% выше ($p < 0,001$) при приеме дабигатрана. Общая смертность на фоне лечения варфарином повышалась на 12% ($p = 0,05$). Прием дабигатрана сопровождался двукратным увеличением частоты случаев одышки, но не приводил к росту уровней печеночных трансаминаз.

Поскольку лечение варфарином достаточно сложно из-за необходимости постоянного контроля его результатов, дабигатран может являться альтернативным препаратом для антикоагулянтной терапии у больных с фибрилляцией предсердий с учетом соотношения рисков кровотечения и инсульта.

В исследовании **KYOTO HEART** приняли участие 3031 житель Японии с артериальной гипертензией (артериальное давление не менее 140/90 мм рт. ст.) и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, обусловленным наличием сахарного диабета, курения, дислипидемии, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, гипертрофии левого желудочка. Пациентов рандомизировали для лечения валсартаном ($n = 1517$) в дозе до 160 мг в сутки и терапии без применения сартанов ($n = 1514$) на протяжении 48 мес. Первичная конечная точка — фатальное или нефатальное сердечно-сосудистое осложнение (инсульт, инфаркт миокарда, необходимость проведения ангиопластики и др). Первичные конечные точки развивались в 5,4% в основной и в 10,2% случаев в контрольной группе (-45% , $p < 0,00001$). Валсартан достоверно снижал и частоту отдельных событий, таких как инсульт, появление стенокардии и др. Переносимость терапии в группах оказалась сходной.

Валсартан эффективно предупреждает сердечно-сосудистые осложнения артериальной гипертензии у жителей Японии с высоким риском.

В исследовании **ACTIVE I** были включены 9016 пациентов с фибрилляцией предсердий и, по меньшей мере, одним таким дополнительным фактором риска, как возраст старше 75 лет или артериальная гипертензия. Из них 65% пациентов имели постоянную, 20% — пароксизмальную и 15% — персистирующую форму фибрилляции предсердий. Одним из основных критериев включения в исследование был уровень систолического артериального давления не ниже 110 мм рт. ст. (средний его уровень составлял 138/82 мм рт. ст.). Пациенты получали ирбесартан в дозе 300 мг в сутки ($n = 4518$) или плацебо ($n = 4498$) в дополнение к терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторами, диуретиками, антагонистами кальция и т. д. Первичная конечная точка — инсульт, инфаркт миокарда или сосудистая смерть. Артериальное давление в группе, получавшей ирбесартан, снижалось в среднем на 3/2 мм рт. ст. по сравнению с группой, получавшей плацебо. При этом частота конечной точки оказалась одинаковой в обеих группах — 5,4% ($p = 0,579$). В группе, получавшей ирбесартан, удалось добиться только достоверного снижения частоты госпитализаций по поводу сердечной недостаточности на 14% ($p = 0,018$) по сравнению с контрольной группой.

Пациенты с фибрилляцией предсердий получали активную комбинированную терапию и исходно имели нормальное артериальное давление.

Дополнительное действие ирбесартана в такой ситуации оказалось незначительным и ограничивалось улучшением течения хронической сердечной недостаточности.

Представлен дополнительный анализ недавно опубликованных результатов исследования **GISSI-HF**, в котором применяли розувастатин в дозе 10 мг в сутки у больных с хронической сердечной недостаточностью II–IV функциональных классов по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца. В группе лечения розувастатином ($n = 1855$) и в группе приема плацебо ($n = 1832$) новая фибрилляция предсердий регистрировалась в 13,9% и 16,0% случаев соответственно (различие на 13%, $p = 0,0966$).

В исследовании **JUPITER** в 2008 г. показана эффективность первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений розувастатином в дозе 20 мг в сутки у лиц с наличием факторов риска, в частности с повышенным уровнем высокочувствительного С-реактивного белка, но без клинических проявлений атеросклероза. Субанализ исследования был посвящен изучению эффективности и безопасности розувастатина у 5695 лиц пожилого возраста (70–97 лет). Согласно полученным результатам у данной категории пациентов розувастатин оказывал липидснижающий эффект, уменьшал концентрацию высокочувствительного С-реактивного белка и частоту венозных тромбозов, как и у лиц более молодого возраста. Переносимость лечения у лиц пожилого возраста оказалась не хуже, чем у более молодых пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ

В исследовании **CURRENT-OASIS 7** участвовали 25087 больных с острыми коронарными синдромами (70,8% с подъемом сегмента ST и 29,2% пациентов без подъема ST), которых готовили к ранней коронарной ангиопластике. Проведено сравнение 4 вариантов лечения (дизайн 2×2): клопидогрель 600 мг в первые сутки, затем по 150 мг 7 дн, далее 75 мг/сут против клопидогреля 300 мг в первые сутки, затем 75 мг в сутки; аспирин 300–325 мг/сут против аспирина 75–100 мг/сут. У 70% пациентов выполнялось чрескожное коронарное вмешательство, в 30% случаев ангиопластика не проводилась, поскольку не выявлялось значительное поражение коронарного русла или медикаментозное лечение прерывалось в связи с необходимостью раннего коронарного шунтирования. Первичная конечная точка — сердечно-сосудистая смерть, инфаркт миокарда или инсульт в первые 30 дн. Высокая доза аспирина не давала клинического преимущества в отношении первичной конечной точки в сравнении с низкой дозой. Количество кровотечений в группах не различалось. Двойная доза клопидогреля обеспечивала снижение частоты наступления первичной конечной точки на 15% (4,5% против 3,9%, $p = 0,036$).

в группе применения ангиопластики. Через 30 дн частота тромбоза стента в группе, получавшей двойную дозу клопидогреля, оказалась на 42% ($p = 0,001$) ниже.

При проведении первичной ангиопластики у больных с острыми коронарными синдромами достаточно низкой дозы аспирина, но целесообразно использование двойной дозы клопидогреля.

В исследование **PLATO** были включены 18624 пациента с острыми коронарными синдромами без подъема или с подъемом сегмента ST в первые 12 ч от начала симптомов, которых готовили к ранней, в пределах 72 ч, ангиопластике. Пациентов рандомизировали в две группы: для лечения тикагрелором ($n = 9333$) — обратимым ингибитором АДФ-рецепторов P_2Y_{12} с более быстрым и выраженным влиянием на агрегацию тромбоцитов по сравнению с клопидогрелем, или для терапии клопидогрелем ($n = 9291$). Тикагрелор применялся в нагрузочной дозе 180 мг, затем по 90 мг 2 раза в день, клопидогрель — в нагрузочной дозе 300–600 мг, далее по 75 мг/сут. Первичная конечная точка — смерть от сосудистых причин, инфаркт миокарда или инсульт. Через 12 мес частота наступления первичной конечной точки в группе, получавшей тикагрелор, составляла 9,8% против 11,7% в группе, получавшей клопидогрель, (–16%, $p = 0,0003$). Общая смертность в первой группе также оказалась ниже — 4,5% против 5,9% (–22%, $p < 0,001$). Частота больших кровотечений при лечении тикагрелором и клопидогрелем существенно не различалась (11,6% против 11,2% соответственно, $p = 0,43$). По данным холтеровского мониторирования ЭКГ, тикагрелор чаще вызывал паузы 3 с и более — у 5,8% больных против 3,6% ($p = 0,01$). Одышка также достоверно чаще отмечалась в первой группе пациентов (14,2% против 9,2%, $p < 0,001$), что приводило к более частой отмене терапии по этой причине — 1% против 0,3% случаев соответственно. Кровотечения, не связанные с проведением коронарного шунтирования, чаще развивались при приеме тикагрелора, чем клопидогреля (4,5% против 3,8%, $p = 0,03$).

Применение более мощного антитромбоцитарного агента тикагрелора дает возможность улучшения прогноза больных острыми коронарными синдромами без увеличения риска больших кровотечений. Однако одышка при лечении тикагрелором может ухудшать качество жизни пациентов.

Все 266 пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в сроки менее 6 ч от начала симптомов, отобранных для включения в исследование **NORDISTEMI**, получали рекомендованную антитромботическую терапию, включавшую аспирин, клопидогрель, эноксапарин и теноктеплазу. После рандомизации в группе инвазивной стратегии ($n = 134$) планировалось urgentное чрескожное коронарное вмешательство по рентгеноскопическим данным в специализированный центр (среднее расстояние 158 км), а в группе консервативной терапии ($n = 132$) проводилась

более консервативная избирательная терапия в локальной больнице. В итоге в первой группе коронарная ангиопластика выполнялась раньше и чаще — в 89% случаев, во второй — в 71% случаев. Первичная конечная точка — смерть, рецидив инфаркта миокарда, инсульт или повторная ишемия в первые 12 ч. Конечные точки в сравниваемых группах зарегистрированы в 10% случаев против 21% ($p = 0,03$) за 30 дн наблюдения. За 12 мес в первой группе этот показатель составил 20,9% против 27,3% ($p = 0,18$) во второй. Частота кровотечений оказалась сходной в обеих группах ($p = 0,68$).

Ранняя инвазивная стратегия лечения инфаркта миокарда более эффективна в краткосрочном периоде. Однако исследование не обладало достаточной статистической достоверностью для выявления преимущества инвазивной стратегии лечения инфаркта миокарда в более отдаленные сроки.

Цель исследования **TRIANA** — сравнить эффективность тромболитической терапии и первичной коронарной ангиопластики у лиц в возрасте старше 75 лет с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST или остро возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса. Средний возраст 226 пациентов, включенных в исследование, составил 81 год. В группу тромболитической терапии теноктеплазой вошли 112, в группу первичной ангиопластики — 114 больных. Первичная конечная точка — смерть от любой причины, инфаркт миокарда или инвалидизирующий инсульт в первые 30 дн наблюдения.

Первичные конечные точки в группе тромболитической терапии зарегистрированы у 25,4% пациентов, тогда как в группе первичной ангиопластики — в 18,9% случаев (на 46% реже, $p = 0,21$), смерть наступала в 17,2% против 13,6%, рецидив ишемии — в 9,7% против 0,8%, кровотечение — в 4,5% против 3,8% случаев соответственно. Через 12 мес частота первичной конечной точки в первой группе составляла 32,1% против 27,3% во второй (различия 26%, недостоверно).

Исследование не имело достаточной статистической достоверности для обоснованных выводов.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В исследовании **B-CONVINCED** участвовали 147 больных с систолической хронической сердечной недостаточностью, которые получали стандартную терапию, включавшую различные бета-адреноблокаторы, поступали в стационар в связи с декомпенсацией. Сопоставлялись результаты лечения при продолжении приема бета-адреноблокаторов ($n = 69$) и при их отмене ($n = 78$). В группе отмены бета-адреноблокаторов наблюдались закономерное повышение частоты сердечных сокращений, через 3 дн — сравнительно меньшая, а через 8 дн сходная выраженность

одышки. Не отмечалось различий в продолжительности госпитализации, а через 3 мес — и в частоте смертельных исходов.

По мнению авторов, лечение бета-адреноблокаторами должно быть продолжено при госпитализации по поводу декомпенсации систолической хронической сердечной недостаточности.

В недавно опубликованных результатах исследования **PROSPECT** субанализ проводился у 426 больных с хронической сердечной недостаточностью III–IV функциональных классов, фракцией выброса левого желудочка 35% и менее, продолжительностью QRS 130 мс и более, получавших ресинхронизирующую терапию (трехкамерную электрокардиостимуляцию). Эти пациенты с дилатацией левого желудочка по-разному отвечали на ресинхронизирующее лечение. Предикторами хорошего ответа являлись неишемический генез хронической сердечной недостаточности, большее исходное расширение QRS, женский пол. Худшие результаты лечения отмечались у больных хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса, желудочковой тахикардией в анамнезе. Эффективность ресинхронизирующей терапии не зависела от наличия сахарного диабета и величины фракции выброса левого желудочка.

В исследовании **REVERSE** участвовали больные с малосимптомной хронической сердечной недостаточностью I–II функциональных классов на фоне снижения фракции выброса левого желудочка менее 40% и увеличения конечного диастолического размера левого желудочка более 55 мм. В среднем через 24 мес лечения в группе проведения ресинхронизирующей терапии ($n = 180$) уменьшалась дилатация и повышалась фракция выброса левого желудочка, снижалось число госпитализаций по поводу хронической сердечной недостаточности по сравнению с пациентами, не получавшими такого лечения ($n = 82$), у которых отмечалось ухудшение этих же показателей.

Даже у малосимптомных больных с хронической сердечной недостаточностью ресинхронизирующая терапия улучшает геометрию, функцию левого желудочка и прогноз.

Перед включением в исследование **PreSCD II** выполнен скрининг 10 612 больных, перенесших инфаркт миокарда. По данным эхокардиографии через месяц от начала коронарной катастрофы у 2,5% из них фракция выброса левого желудочка оказалась 30% и менее, что служит прямым показанием для имплантации кардиовертера-дефибриллятора с целью первичной профилактики внезапной сердечной смерти. Фракция выброса левого желудочка 31–40% выявлялась в 6,9% случаев, применение имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов у них также может приносить ощутимую пользу. У остальных 90,6% обследованных фракция выброса левого желудочка превышала 40%. В течение 3 лет общая смертность после инфаркта миокарда составляла 11,5%, при выраженной дисфункции левого желудочка — 20,2%,

при умеренной — 16,4%, при сохранной его функции — всего около 3%. У 142 больных, которым имплантировали кардиовертер-дефибриллятор, смертность снижалась на 44% ($p = 0,053$), особенно существенно — при фракции выброса левого желудочка 30% и менее.

Исследование подтвердило ранее известные положения о прогностической пользе применения имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов у больных с выраженной постинфарктной дисфункцией левого желудочка.

В исследовании **MADIT-CRT** участвовали 1820 пациентов с выраженной дисфункцией левого желудочка (фракция выброса 30% и менее) на фоне оптимальной медикаментозной терапии, продолжительностью QRS 130 мс или более и хронической сердечной недостаточностью I или II функциональных классов. Больным первой группы ($n = 1089$) имплантировали кардиовертер-дефибриллятор с функцией трехкамерного электрокардиостимулятора для проведения ресинхронизирующей терапии, больным второй группы ($n = 731$) — простой кардиовертер-дефибриллятор. В течение среднего периода наблюдения 2,4 года частота первичной конечной точки (смерть от любой причины или нефатальная декомпенсация хронической сердечной недостаточности) в сравнивавшихся группах составляла 17,2% в первой против 25,3% во второй группах (различие 34%, $p = 0,0001$, в том числе по частоте декомпенсации — 41%). Фракция выброса левого желудочка в сравнивавшихся группах увеличивалась на 11% и 3% соответственно. Наибольшая эффективность комбинированной терапии отмечалась у женщин и пациентов с продолжительностью QRS 150 мс и более.

У больных с тяжелой дисфункцией левого желудочка наибольший успех достигается при одновременном применении кардиовертера-дефибриллятора и ресинхронизирующей терапии. Высокая стоимость такого лечения требует тщательного отбора пациентов для его проведения.

УТОЧНЕНИЕ СЛОЖИВШИХСЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Проведен дополнительный анализ результатов исследования **TRITON-TIMI 38**, в котором изучалась эффективность двух антитромбоцитарных препаратов (prasugrel и clopidogrel) у больных с острыми коронарными синдромами — инфарктом миокарда с подъемом или без подъема сегмента ST, с нестабильной стенокардией. Лечение проводилось на протяжении в среднем 14,5 мес. В соответствии с ранее опубликованными результатами исследования prasugrel существенно снижал частоту наступления первичной конечной точки (сердечно-сосудистая смерть, нефатальный инфаркт миокарда или нефатальный инсульт) по сравнению с clopidogrel. Существенно основанные на данных некоторых исследований опасения снижения эффективности prasugrel

и клопидогреля при одновременном применении ингибиторов протонной помпы у больных, нуждавшихся в фармакологической защите от обострения язвенной болезни. У 4529 из 13608 участников исследования TRITON-TIMI 38, получавших производные тиенопиридина в комбинации с ингибиторами протонной помпы, результаты лечения оказались сходными с итогами всего проекта в целом.

При лечении прасугрелем или клопидогрелем дополнительный прием ингибиторов протонной помпы с целью гастропротекции существенно не влияет на клинические исходы у больных острыми коронарными синдромами.

В исследование **RECORD** было включено 4447 больных сахарным диабетом в возрасте 45–75 лет с индексом массы тела более 25 кг/м² и уровнем HbA1C 7–9% на фоне монотерапии метформинном или препаратами сульфонилмочевины. У 2220 пациентов дополнительно применяли, а у 2227 не применяли розиглитазон. Частота развития хронической сердечной недостаточности при использовании розиглитазона увеличивалась в 2,1 раза ($p = 0,001$) независимо от наличия ишемической болезни сердца, удлинялось время госпитализации по поводу декомпенсации. Дополнительный анализ проводился с целью сравнения частоты коронарных осложнений в группах лечения с применением розиглитазона и без него. В течение в среднем 5,5 лет терапии частота первичного инфаркта миокарда в группе, получавшей розиглитазон, составляла 64 случая, в контрольной группе — 56 случаев (различие в 14% недостоверно). Не выявлялось статистически значимых различий в частоте острых коронарных синдромов — соответственно 92 случая против 82 ($p = 0,78$), а также сердечно-сосудистых смертей (22 против 15), фатальных инфарктов миокарда (7 против 10) и всех коронарных осложнений (127 против 128).

Розиглитазон не увеличивает частоту коронарных осложнений при дополнительном назначении к стандартной гипогликемизирующей терапии у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Первый субанализ исследования **BEAUTIFUL** проводился у 2578 больных, получавших ивабрадин в дополнение к стандартной терапии стабильной ишемической болезни сердца с систолической дисфункцией левого желудочка. Показано, что урежение частоты сердечных сокращений менее 57 ударов в минуту сопровождалось наиболее существенным снижением частоты первичной конечной точки (сердечно-сосудистая смерть,

госпитализация с фатальным или нефатальным инфарктом миокарда либо выраженная сердечная недостаточность) и отдельных ее компонентов, особенно при сравнении с пациентами с частотой сердечных сокращений более 69 ударов в минуту на фоне лечения.

Второй субанализ результатов исследования **BEAUTIFUL** проводился в подгруппах больных с исходной стенокардией, в дополнение к стандартной терапии получавших ивабрадин ($n = 734$) или плацебо ($n = 773$). В среднем через 18 мес лечения ивабрадин снижал частоту первичной конечной точки на 24% ($p = 0,05$), госпитализаций с инфарктом миокарда на 42% ($p = 0,021$). Эти же показатели у больных с исходной частотой сердечных сокращений 70 и более ударов в минуту уменьшались соответственно на 31% ($p = 0,06$) и 73% ($p = 0,002$), а необходимость коронарной реваскуляризации — на 59% ($p = 0,04$).

Наличие стенокардии у больных со стабильной ишемической болезнью сердца и систолической дисфункцией левого желудочка повышает риск неблагоприятного исхода. У таких пациентов прогностическое влияние лечения ивабрадином лучше, чем в исследовании **BEAUTIFUL** в целом. Урежение частоты сердечных сокращений ивабрадином менее 57 уд./мин — маркер наиболее существенного улучшения прогноза.

Предполагается, что стенты с полимерными платформами, выделяющими антипролиферативные средства, требуют усовершенствования, поскольку после первоначального периода полезного действия они в дальнейшем поддерживают неблагоприятное воспаление артериальной стенки. В исследовании **ISAR-TEST-4** сравнили новую модель стента с биодеградируемыми полимерами, выделявшими рапамицин ($n = 1299$), со стентами, имеющими стабильный полимер, выделявший рапамицин ($n = 652$) или эверолимус ($n = 652$). В течение года наблюдения частоты первичной конечной точки (сердечная смерть, инфаркт миокарда в области стентированной артерии или реваскуляризация) и ее компонентов оказались сходными в группах больных со стентами с биодеградируемым и обычным полимерами — 13,8% против 14,4% соответственно.

Создается впечатление, что новые стенты по меньшей мере не уступают обычным, обработанным лекарственными препаратами, но наблюдение за больными было кратковременным, что требует его продолжения для формулирования серьезных

ВЫВОДОВ.

НОВІ ДОСЯГНЕННЯ КАРДИОЛОГІЇ: ОГЛЯД КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ, ПРЕДСТАВЛЕНИХ НА КОНГРЕСІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ТОВАРИСТВА КАРДИОЛОГІВ 2009 РОКУ

С. Г. КАНОРСЬКИЙ

Представлено результати нових клінічних досліджень, про які було вперше повідомлено на конгресі Європейського товариства кардіологів 2009 року.

Ключові слова: серцево-судинні ускладнення, профілактика, гострі коронарні синдроми, хронічна серцева недостатність.

**NEW ACHIEVEMENTS IN CARDIOLOGY: REVIEW OF CLINICAL TRIALS
PRESENTED AT THE CONGRESS OF EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY IN 2009**

S. G. KANORSKY

The findings of new clinical trials reported for the first time at the Congress of European Society of Cardiology are presented.

Key words: cardiovascular complications, prevention, acute coronary syndromes, chronic heart failure.
