

С 25 по 28 августа 2023 года в гибридном формате (на месте – onsite и online) прошел очередной Конгресс Европейского общества кардиологов в Амстердаме (Нидерланды). В мероприятии приняли участие около 31 000 специалистов из 150 стран мира.

Участники Конгресса рассмотрели 5 новых текстов клинических рекомендаций:

- по лечению эндокардита;
- по лечению сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с диабетом;
- по лечению кардиомиопатий;
- по лечению острых коронарных синдромов;
- целенаправленное обновление рекомендаций Европейского общества кардиологов 2021 года по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности.

Полные тексты этих документов доступны на сайте www.escardio.org/Clinical Practice Guidelines.

Наиболее интересными событиями Конгресса традиционно признаются научные сессии HOT LINE, на которых впервые представляются результаты важнейших клинических исследований. На этот раз участники мероприятия имели возможность в течение 4 дней на 9 сессиях ознакомиться с 29 специально отобранными рандомизированными исследованиями. Далее представлены важнейшие результаты каждого из них.

СТЕР-HFpEF. Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса становится все более распространенной патологией, протекает с особенно выраженными симптоматикой и функциональными нарушениями у людей с ожирением. У 529 больных с сердечной недостаточностью и сохраненной фракцией выброса на фоне ожирения в течение 52 недель после рандомизации наблюдали результаты применения семаглутида в дозе 2,4 мг подкожно 1 раз в неделю по сравнению с плацебо. В группе семаглутида наблюдались значимое улучшение качества жизни по Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (на 7,8 баллов; $p < 0,001$), снижение массы тела (на 10,7%; $p < 0,001$), увеличение дистанции 6-минутной ходьбы (на 20,3 м; $p < 0,001$), снижение уровня С-реактивного белка в сравнении с использованием плацебо. Серьезные нежелательные явления регистрировались у 13,3% участников в группе семаглутида и у 26,7% – в группе плацебо.

NOAH-AFNET 6. Не ясно являются ли эпизоды частого предсердного ритма, обнаруживаемые имплантированным устройством, в отсутствие фибрилляции предсердий основанием для начала приема антикоагулянтов. Пожилым пациентам с эпизодами (не менее 6 минут, в среднем 2,8 часа) частого (≥ 170 ударов в минуту) ритма предсердий,

выявленными с помощью имплантируемых устройств, и минимум одним фактором риска инсульта назначали стандартное лечение эдоксабаном (n=1270) или плацебо (n=1266). Исследование прекращено досрочно при среднем периоде наблюдения 21 месяц из-за соображений безопасности. Частота инсульта в обеих группах составляла примерно 1% за пациенто-год. При приеме эдоксабана, по сравнению с плацебо, не наблюдалось значительного снижения частоты сердечно-сосудистой смерти, инсульта или системной эмболии (p=0,15), но регистрировалось существенное увеличение частоты смерти от любой причины или большого кровотечения (p=0,03). В обследованной когорте фибрилляция предсердий, диагностированная по результатам электрокардиографии, развивалась за период наблюдения у 18,2% пациентов.

COP-AF. Периоперационный риск развития фибрилляции предсердий предположительно связан с воспалением, что может указывать на потенциальную пользу применения препаратов с противовоспалительным действием. Пациентам, подвергавшимся тяжелым некардиальным торакальным хирургическим операциям (резекция доли легкого и другие), за 4 часа до вмешательства и 2 раза в день в течение 10 суток назначали колхицин в дозе 0,5 мг (n=1608) или плацебо (n=1601). В течение 14 дней наблюдения клинически значимая периоперационная фибрилляция предсердий регистрировалась у 6,4% и 7,5% (p=0,22), повреждение миокарда – у 18,3% и 20,3% (p=0,16) больных, получавших колхицин или плацебо соответственно. Сепсис или инфекция отмечались у 6,4% пациентов в группе колхицина и у 5,2% (p=0,14) – в группе плацебо. Прием колхицина значительно чаще ассоциировался с развитием неинфекционной диареи (8,3% случаев против 2,4% при использовании плацебо; p<0,001).

QUEST. Комбинированный растительный препарат традиционной китайской медицины qiliqiangxin по 4 капсулы 3 раза в день или плацебо применялись в дополнение к стандартной терапии у 3110 пациентов с хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса левого желудочка ($\leq 40\%$). В течение медианы наблюдения 18,3 месяца первичная конечная точка (повторная госпитализация по поводу утяжеления сердечной недостаточности или сердечно-сосудистая смерть) наблюдалась у 25,02% пациентов в группе qiliqiangxin против 30,03% в группе плацебо (p<0,001), причем отмечалось значимое снижение риска каждого из двух компонентов конечной точки в группе более активного лечения. Не наблюдалось существенных различий между сопоставлявшимися группами в частоте смерти от всех причин (14,21% против 16,85% соответственно) и развития побочных эффектов, включая желудочно-кишечные симптомы, ухудшение функции почек и повышение уровня ферментов печени.

BUDAPEST-CRT Upgrade. Имплантация de novo устройства для сердечной ресинхронизирующей терапии с функцией дефибриллятора снижает риск заболеваемости и смертности у пациентов с блокадой левой ножки пучка Гиса, сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса. Однако не ясна польза перевода пациентов с сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса с правожелудочковой стимуляции на сердечную ресинхронизирующую терапию с возможностью дефибрилляции. В исследовании участвовали 360 пациентов с имплантируемым кардиовертером-дефибриллятором и прерывистой или постоянной стимуляцией правого желудочка с длительностью стимулированного комплекса QRS не менее 150 мс. Установка дополнительного электрода для стимуляции левого желудочка, имплантированного в боковую ветвь коронарного синуса (n=215), приводила к снижению риска первичной конечной точки – госпитализация по поводу сердечной недостаточности, смерть от всех причин или отсутствие обратного ремоделирования миокарда (32,4% против 78,9%; p<0,001), а также госпитализации по поводу сердечной недостаточности или смерти от всех причин (10% против 32%; p<0,001) по сравнению с группой продолжения правожелудочковой стимуляции с возможностью дефибрилляции (n=145) за 12 месяцев наблюдения. Частота осложнений, связанных с процедурой или устройством, была сходной в обеих группах.

HEART-FID. Ранее было показано, что терапия карбоксимальтозатом железа уменьшает симптомы и улучшает качество жизни у пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса и дефицитом железа, но влияние такого лечения на исходы требовало дополнительных исследований. В комплекс лечения хронической сердечной недостаточности со сниженной ($\leq 40\%$) фракцией выброса левого желудочка пациентам с дефицитом железа добавляли внутривенное введение карбоксимальтозата железа (n=1532) каждые 6 месяцев (по мере необходимости на основании показателей железа и уровня гемоглобина в крови) или плацебо (n=1533). Через 12 месяцев не отмечалось значимых различий частоты смерти от любой причины (8,6% против 10,3% случаев) и госпитализации по поводу сердечной недостаточности (13,3% против 14,8%) соответственно в группах карбоксимальтозата железа и плацебо, хотя через 6 месяцев дистанция 6-минутной ходьбы увеличивалась в группе препарата железа на 8 м, а в группе плацебо – на 4 м (p=0,02). Частота серьезных нежелательных явлений в период лечения в сопоставлявшихся группах существенно не различалась (27,0% против 26,2% случаев соответственно).

FIRE. Преимущество полной коронарной реваскуляризации у пациентов старческого возраста с инфарктом миокарда и многососудистыми стенозами оставалось неясным.

Пациентам с инфарктом миокарда и многососудистыми коронарными стенозами (средний возраст 80 лет) проводили чрескожное коронарное вмешательство со стентированием всех артерий с гемодинамически значимыми сужениями (n=720) или только артерии, обусловившей развитие инфаркта (n=725). В группе полной реваскуляризации реже регистрировались события комбинированной первичной конечной точки – смерть, инфаркт миокарда, инсульт или любая реваскуляризация через 1 год (15,7% против 21,0% в группе стентирования только «виновной» артерии; p=0,01), а безопасность вмешательства (сочетание инсульта, кровотечения или острого повреждения почек, связанного с введением рентгеноконтрастного средства) оказалась сопоставимой (p=0,37).

ECLS-SHOCK. Экстракорпоральная мембранная оксигенация все чаще используется при лечении кардиогенного шока у пациентов с инфарктом миокарда в отсутствие доказательств ее влияния на смертность. Пациентам с инфарктом миокарда, осложненным кардиогенным шоком, по поводу которого планировалась ранняя реваскуляризация, проводили веноартериальную экстракорпоральную мембранную оксигенацию плюс обычное лечение (n=209) или только обычное медикаментозное лечение (контрольная группа; n=208). Первичная конечная точка эффективности – смерть от любой причины через 30 дней регистрировалась у 47,8% против 49,0% больных (p=0,81) в группе полной экстракорпоральной поддержки и в контрольной группе соответственно. В первой группе в 2,44 раза чаще развивались умеренное или большое кровотечения, в 2,86 раза чаще – периферические сосудистые осложнения, требовавшие вмешательства.

STOPDAPT-3. У пациентов с острыми коронарными синдромами (75%) или высоким риском кровотечения перед чрескожным коронарным вмешательством применяли прасугрел 20 мг однократно, а после рандомизации далее монотерапию прасугрелом в дозе 3,75 мг/сутки (n=2984) или комбинацию прасугрела (3,75 мг/сутки) с аспирином (81-100 мг/сутки; n=2982) в течение 1 месяца. В группах антитромбоцитарной монотерапии и двойной терапии в течение 30 дней существенно не различались риск кровотечения 3 или 5 типа по классификации Bleeding Academic Research Consortium (4,47% против 4,71%; p=0,66 для превосходства), а также суммарная частота сердечно-сосудистой смерти, инфаркта миокарда, определенного тромбоза стента или инсульта (4,12% против 3,69%; p=0,01 для не меньшей эффективности). При антитромбоцитарной монотерапии прасугрелом риск подострого определенного или вероятного тромбоза стента повышался в 3,4 раза, а незапланированной коронарной реваскуляризации – на 83%. Стратегия без аспирина с использованием низких доз прасугрела по сравнению с двойной антитромбоцитарной терапией не показала превосходства в отношении больших кровотечений в течение 1 месяца после чрескожного коронарного вмешательства, но не

уступала в отношении риска сердечно-сосудистых событий. Более того, стратегия без аспирина ассоциировалась с избыточным количеством коронарных событий.

ILUMIEN IV. Имелись лишь ограниченные данные о клинических исходах после проведения чрескожного коронарного вмешательства под контролем оптической когерентной томографии в сравнении со стандартной коронарной ангиографией. В группе проведения чрескожного коронарного вмешательства у пациентов со сложными поражениями коронарных артерий под контролем оптической когерентной томографии (n=1233) по сравнению с группой обычной ангиографии (n=1254) отмечалось значимое различие минимальной площади стента ($5,72 \pm 2,04$ мм² против $5,36 \pm 1,87$ мм² соответственно; $p < 0,001$) при сходной суммарной частоте неблагоприятных исходов – смерть от кардиальных причин, инфаркт миокарда или реваскуляризация в связи с ишемией в зоне целевой артерии через 2 года (7,4% и 8,2% случаев; $p = 0,45$), а тромбоз стента в течение 2 лет возникал у 0,5% против 1,4% случаев ($p = 0,02$) в группах оптической когерентной томографии и ангиографии соответственно.

OCTOBER. Пациентам с клиническими показаниями к чрескожному коронарному вмешательству и сложным бифуркационным поражением проводили реваскуляризацию миокарда под контролем оптической когерентной томографии (n=600) или обычной коронарной ангиографии (n=601). При среднем периоде наблюдения 2 года сумма событий первичной конечной точки – смерть от кардиальной причины, инфаркт миокарда или реваскуляризация целевой артерии вследствие ишемии отмечалась значительно реже (у 10,1% пациентов) в группе вмешательства под контролем оптической когерентной томографии, чем в группе обычной коронарной ангиографии (14,1%; $p = 0,035$). Осложнения процедуры встречались с аналогичной частотой в двух сопоставлявшихся группах (6,8% и 5,7% случаев соответственно).

OCTIVUS. У пациентов со значительными поражениями коронарных артерий проводили чрескожное коронарное вмешательство под контролем оптической когерентной томографии (n=1005) или внутрисосудистого ультразвукового исследования (n=1003). Через 1 год наблюдения частота событий первичной конечной точки – смерть от кардиальных причин, инфаркт миокарда или реваскуляризация в связи с ишемией в зоне целевой артерии составляла 2,5% случаев в группе оптической когерентной томографии и 3,1% – в группе внутрисосудистого ультразвукового исследования ($p < 0,001$ для не меньшей эффективности). Риск контраст-индуцированной нефропатии оказался сходным в сопоставлявшихся группах ($p = 0,85$), а основных осложнений вмешательства было меньше в группе оптической когерентной томографии, чем в группе внутрисосудистого

ультразвукового исследования ($p=0,047$), хотя осложнений, связанных с процедурой визуализации, не наблюдалось.

ATTRIBUTE-CM. Всего 421 пожилому пациенту с транстиретиновой амилоидной кардиомиопатией назначали акорамидис по 800 мг 2 раза в день ($n=421$) или плацебо 2 раза в день ($n=211$) в течение 30 месяцев, причем после 12 месяцев по усмотрению врача допускалось дополнительное применение тафамидиса открытым способом. Реально 14,5% пациентов, получавших акорамидис, и 21,8% пациентов, принимавших плацебо, получали ранее доказавший свою эффективность в такой ситуации тафамидис. В группе акорамидиса отмечалось статистически значимое превосходство в риске первичной комбинированной конечной точки с коэффициентом побед 1,772 ($p<0,0001$) в иерархическом анализе, расставлявшем приоритеты в следующем порядке: смертность от всех причин, затем частота госпитализаций, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, затем изменение уровня, по сравнению с исходным, N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида, затем изменение от исходного показателя дистанции 6-минутной ходьбы. Кроме того, акорамидис ассоциировался со снижением относительного риска госпитализации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний на 50% ($p<0,0001$).

ARREST. Пациенты с восстановлением спонтанного кровообращения после внебольничной остановки сердца без подъема сегмента ST доставлялись сотрудниками службы скорой помощи Лондона в один из 7 центров остановки сердца ($n=431$) или в географически ближайшее из 32 больниц Лондона отделение неотложной помощи ($n=431$). Первичная конечная точка – общая смертность за 30 дней, составляла 63% в группе центров остановки сердца и 63% в группе стандартной помощи (нескорректированный коэффициент риска выживаемости 1,00; $p=0,96$). Лишь у 2% пациентов из группы доставки в центры остановки сердца и у 1% – из группы стандартного лечения отмечались серьезные нежелательные явления, ни одно из которых не было расценено как связанное с медицинским вмешательством. Следовательно, у пациентов без подъема сегмента ST после успешной реанимации при внебольничной остановке сердца доставка в специализированный центр остановки сердца не приводит к снижению смертности.

ADVENT. Сравнительная эффективность и безопасность катетерной изоляции легочных вен импульсным полем и традиционной термоабляции у пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий ранее не изучалась. Пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий, резистентной к антиаритмическим препаратам, подвергали катетерной абляции импульсным полем ($n=305$) или традиционной радиочастотной или криобаллонной (термической) катетерной абляции ($n=302$) для изоляции устьев легочных вен. Через 1 год наблюдения первичная конечная точка

эффективности – свобода от неэффективности первичной процедуры, документированной предсердной тахикардии после 3-месячного слепого периода, применения антиаритмических препаратов, кардиоверсии или повторной аблации регистрировалась в 73,3% против 71,3% случаев в группах аблации импульсным полем и термической аблации соответственно ($p > 0,999$ для не меньшей эффективности). Первичная конечная точка безопасности (острые и хронические серьезные нежелательные явления, связанные с устройством и процедурой) отмечалась с равной частотой в сопоставлявшихся группах ($p > 0,999$ для не меньшей безопасности).

MULTISTARS AMI. У больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и многососудистыми коронарными стенозами оптимальный срок выполнения полной реваскуляризации оставался неизвестным. Гемодинамически стабильным пациентам с инфарктом миокарда с подъемами сегмента ST и многососудистой ишемической болезнью сердца проводили немедленное многососудистое чрескожное коронарное вмешательство (неотложная группа; $n=418$) или сначала вмешательство на «виновной» артерии с последующим поэтапным многососудистым вмешательством на «невиновных» артериях в пределах 19-45 дней после индексной процедуры (этапная группа; $n=422$). В течение 1 года наблюдения сумма событий первичной конечной точки – смерть от любой причины, нефатальный инфаркт миокарда, инсульт, незапланированная реваскуляризация, вызванная ишемией, или госпитализация по поводу сердечной недостаточности составляла 8,5% в группе немедленного лечения по сравнению с 16,3% в группе поэтапного лечения ($p < 0,001$ для не меньшей эффективности и $p < 0,001$ для превосходства). Риск смерти по любой причине, инсульта и госпитализации по поводу сердечной недостаточности оказались сходными в сопоставлявшихся группах. Серьезные нежелательные явления наблюдались у 104 пациентов в неотложной группе и 145 в этапной группе.

CASTLE HTx. Прогностическая роль катетерной аблации у пациентов с симптомной фибрилляцией предсердий и терминальной стадией сердечной недостаточности оставалась неизвестной. В одноцентровом исследовании пациентам с симптомной фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью II-III функционального класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации с фракцией выброса $\leq 35\%$ проводили катетерную аблацию для восстановления синусового ритма и медикаментозную терапию ($n=97$) или только медикаментозную терапию ($n=97$). При медиане наблюдения 18 месяцев первичная конечная точка – смерть от любой причины, имплантация искусственного левого желудочка или срочная трансплантация сердца наблюдалась у 8% и 30% ($p < 0,001$), а смерть по любой причине наступала у 6% и 20% пациентов в группах аблации и медикаментозной терапии соответственно. Осложнения, связанные с

процедурой, наблюдались у 3 пациентов в группе аблации, а также у 1 пациента в группе медикаментозной терапии.

FRAIL-AF. У хрупких пациентов с фибрилляцией предсердий, получающих антагонисты витамина К, остается неясной целесообразность перевода на лечение прямыми пероральными антикоагулянтами. Пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий и хрупкостью в возрасте ≥ 75 лет (средний возраст 83 года) со скоростью клубочковой фильтрации ≥ 30 мл/мин/1,73 м² переводили на прием прямых пероральных антикоагулянтов (n=662) или продолжали лечение антагонистами витамина К (n=661). Через 12 месяцев наблюдения большие и клинически значимые кровотечения (первичная конечная точка) развивались в 15,3% против 9,4% случаев (p=0,00112), а частота тромбоэмболических осложнений – в 2,4% против 2,0% случаев в группе прямых пероральных антикоагулянтов и антагонистов витамина К соответственно. У хрупких пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий не следует рассматривать переход от адекватной терапии антагонистами витамина К к лечению прямыми пероральными антикоагулянтами в отсутствие очевидных показаний.

OPT-BIRISK. Пациенты после чрескожного коронарного вмешательства по поводу острых коронарных синдромов с высоким риском кровотечения и высоким ишемическим риском получали в течение 9-12 месяцев двойную антитромбоцитарную терапию (клопидогрел плюс аспирин), далее 9 месяцев клопидогрел плюс аспирин (n=3850) или клопидогрел плюс плацебо (n=3850), затем 3 месяца – только аспирин. Риск кровотечения 2, 3 или 5 типа по классификации Bleeding Academic Research Consortium за 9 месяцев различной терапии оказался ниже в группе без приема аспирина (2,5% против 3,3%; p=0,03). Совокупный риск смерти от всех причин, инфаркта миокарда, инсульта или клинически обусловленной реваскуляризации также был ниже в группе отказа от аспирина (2,6% против 3,5%; p=0,02), а смертность от всех причин составляла 0,3% против 0,5% случаев (p>0,05) соответственно.

ARAMIS. У госпитализированных пациентов с симптомами острого миокардита и повышенным уровнем сердечного тропонина на фоне стандартной терапии сопоставлялось подкожное введение антагониста рецепторов интерлейкина-1 анакинры в дозе 100 мг 1 раз в день (n=57) или плацебо (n=60) в период стационарного лечения. Первичная конечная точка эффективности – количество дней без любых осложнений миокардита после выписки составляло в среднем 30 дней в группе анакинры и 31 день в группе плацебо. Конечная точка безопасности – количество серьезных нежелательных явлений в течение 28 дней после выписки, наблюдалась у 12,1% пациентов, получавших анакинру, и у 10,2% – плацебо, также без существенных различий между группами.

DANPACE II. Пациентам с синдромом слабости синусового узла (n=539) впервые имплантировали электрокардиостимуляторы, которые были запрограммированы на базовую частоту 60 ударов в минуту с адаптивной к собственной частоте ритма стимуляцией или на базовую частоту 40 ударов в минуту без частотно-адаптивной стимуляции. При дистанционном мониторинге в течение 2 лет не выявлялось различий между группами по количеству эпизодов фибрилляции предсердий продолжительнее 6 минут (по 46% случаев), более 6 или 24 часов, частоте прогрессирования до персистирующей или постоянной фибрилляции предсердий, кардиоверсии по поводу фибрилляции предсердий и смерти от всех причин. Кроме того, качество жизни и результаты 6-минутного теста ходьбы по коридору через 12 месяцев оказались одинаковыми в обеих группах. У значительно большего числа пациентов в группе базовой частоты стимуляции 40 ударов в минуту наблюдались обмороки или пресинкопе (22%) по сравнению с группой базовой частоты стимуляции 60 ударов в минуту (13%). По этой причине или из-за хронотропной некомпетентности 23% пациентов потребовалось перепрограммирование стимуляции на более высокую частоту.

RED-CVD. У 650 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и/или сахарным диабетом 2 типа в звене первичной медицинской помощи сопоставляли проведение диагностического вмешательства, состоявшего из трех этапов: 1) оценка симптомов с помощью опросника; 2) физикальный осмотр, определение уровня N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида и регистрация электрокардиограммы и 3) на усмотрение врача общей практики направление к кардиологу при выявлении нарушений (n=624), а также обычную помощь (n=592). Пациенты переходили к следующему этапу в случае набора количества баллов, превышавшего определенный порог. Через 1 год частота новых диагнозов сердечно-сосудистых заболеваний (8,0% против 3,0%), сердечной недостаточности (4,5% против 1,5%), фибрилляции предсердий (2,1% против 0,8%) и ишемической болезни сердца (2,6% против 1,4%) оказалась выше в группе вмешательства по сравнению с группой обычной медицинской помощи. Простая в использовании активная диагностическая стратегия более чем удвоила количество новых диагнозов сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий и ишемической болезни сердца у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и/или сахарным диабетом 2 типа в рамках первичной медико-санитарной помощи по сравнению с обычной практикой, что может способствовать своевременному началу лечения возникающих сердечно-сосудистых заболеваний.

NITRATE-CIN. Контраст-индуцированная нефропатия при коронарной ангиографии и/или чрескожном коронарном вмешательстве является давней проблемой. Исследователи

годами искали способ, кроме гидратации, позволяющий предотвратить такое повреждение почек, и одна за другой эти попытки заканчивались неудачей (примеры – внутривенное введение бикарбоната натрия и перорального N-ацетилцистеина). У пациентов с острым коронарным синдромом без подъемов сегмента ST, направленных на инвазивную коронарную ангиографию и подверженных риску контраст-индуцированной нефропатии (более половины в начале исследования страдали хроническими заболеваниями почек, а 45% – сахарным диабетом), сопоставляли эффективность нитрата калия в дозе 12 ммоль (n=319) и хлорида калия (плацебо; n=321) в капсулах 1 раз в день в течение 5 дней. В группе неорганического нитрата, в сравнении с плацебо, отмечалось значимое снижение риска контраст-индуцированной нефропатии (повышение уровня креатинина $\geq 26,5$ мкмоль/л в течение 48 часов или $\geq 1,5$ раз в течение недели) – 9,1% против 30,5%, ($p < 0,0001$), процедурного инфаркта миокарда (2,7% против 12,5%; $p = 0,003$) и больших сердечно-сосудистых осложнений в течение года (9,1% против 18,1% случаев; $p = 0,001$).

DISTATE-AHF. Пациентам с сахарным диабетом 2 типа и расчетной скоростью клубочковой фильтрации не менее 25 мл/мин/1,73 м², госпитализированным по поводу острой декомпенсированной сердечной недостаточности с гиперволемией, получавшим внутривенно петлевые диуретики, в первые 24 часа дополнительно назначали дапаглифлозин в дозе 10 мг/сутки (n=119) или проводили стандартное лечение (n=119). Через 5 дней или ко дню выписки не отмечалось преимуществ дапаглифлозина во влиянии на соотношение изменение веса в кг/доза петлевого диуретика в мг. При этом дапаглифлозин значительно увеличивал 24-часовой натрийурез ($p = 0,025$) и 24-часовой диурез ($p = 0,005$), сокращал время до завершения внутривенной терапии диуретиками ($p = 0,006$) и время до выписки из больницы ($p = 0,007$). Раннее начало лечения дапаглифлозином являлось безопасным в отношении всех исходов при сахарном диабете и сердечно-сосудистой патологии, не наблюдалось различий между группами по изменению расчетной скорости клубочковой фильтрации от исходного уровня до конца исследования, частоте нежелательных явлений, летальности в стационаре, симптоматической гипотонии, гипогликемии, инфекции мочеполовой системы или тяжелой гипокалиемии.

PUSH-AHF. Лечение острой сердечной недостаточности с контролем натрийуреза у пациентов через 2, 6, 12, 18, 24 и 36 часов после начала внутривенного введения петлевых диуретиков с возможной коррекцией их дозы (n=150) сопоставлялось со стандартной терапией (n=160). В течение первых 24 часов натрийурез был значительно, в среднем на 63 ммоль, выше в группе с контролем натрийуреза ($p = 0,0061$), однако риск смерти от всех причин или госпитализации по поводу сердечной недостаточности через 180 дней оказался равным показателю в группе обычного лечения (по 31% случаев в обеих группах; $p = 0,698$).

Между двумя группами не было выявлено существенных различий в отношении продолжительности пребывания в больнице, риска электролитных нарушений или ухудшения функции почек.

RIGHT. Пациентам, перенесшим первичное чрескожное коронарное вмешательство при инфаркте миокарда с подъемами сегмента ST с применением бивалирудина, в течение 4 часов после процедуры назначали постпроцедурную антикоагулянтную терапию (n=1494): 1) нефракционированный гепарин по 10 ЕД/кг/час внутривенно с коррекцией дозы для поддержания активированного времени свертывания крови 150-220 с или 2) эноксапарин в дозе 40 мг 1 раз в день подкожно или 3) бивалирудин 0,2 мг/кг/час внутривенно или плацебо (то есть без антикоагулянтной терапии; n=1495) в течение ≥ 48 часов. Через 30 дней не было различий в кумулятивной частоте достижения первичной конечной точки эффективности (смерть от всех причин, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт, определенный тромбоз стента или срочная реваскуляризация любой артерии через 30 дней) между группами антикоагулянтной терапии и плацебо (p=0,988). Однако наблюдалась значительная взаимосвязь между первичной конечной точкой эффективности и типом использовавшегося антикоагулянта (p для взаимодействия=0,015). Эноксапарин, по сравнению с плацебо, снижал риск неблагоприятных исходов на 54%, тогда как нефракционированный гепарин повышал его в 3,71, а бивалирудин – 1,24 раза. Частота первичной конечной точки безопасности (большое кровотечение 3-5-го типа по Bleeding Academic Research Consortium за 30 дней) не различалась между двумя сопоставлявшимися группами (p=0,511), отсутствовало и значимое взаимодействие между тремя антикоагулянтами (p для взаимодействия=0,679).

ONCO DVT. Оптимальная продолжительность антикоагулянтной терапии при изолированном тромбозе дистальных глубоких вен у больных раком оставалась не установленной, поскольку такое лечение, кроме предполагаемой пользы, может увеличивать риск кровотечения. Больным активным раком с изолированным дистальным тромбозом глубоких вен назначали лечение эдоксабаном (60 мг 1 раз в день или 30 мг 1 раз в день при клиренсе креатинина 30-50 мл в минуту или массе тела ≤ 60 кг или у получающих сопутствующее лечение мощными ингибиторами Р-гликопротеина) на срок 12 месяцев (n=296), либо на 3 месяца (n=305). Через год первичная конечная точка – совокупность симптомной рецидивирующей венозной тромбоэмболии или связанной с ней смерти регистрировалась в 1,0% против 7,2% случаев (p<0,001), а большое кровотечение согласно критериям International Society on Thrombosis and Hemostasis в 9,5% против 7,2% случаев в группах 12-месячной и 3-месячной терапии соответственно.

Метаанализ исследований **DARE-19**, **RECOVERY** и **ACTIV-4A**. Участники трех исследований, госпитализированные по поводу COVID-19, после рандомизации дополнительно получали ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (n=3025) или только обычное лечение/плацебо (n=3071). Первичная конечная точка – смерть от всех причин в течение 28 дней – наступала в 11,7% и в 12,4% случаев (p=0,33) в группах ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа и обычного лечения или плацебо соответственно. Также не было значимых различий риска прогрессирования острого повреждения почек, необходимости диализа, перехода к инвазивной механической вентиляции легких, экстракорпоральной мембранной оксигенации в течение 28 дней, госпитальной летальности (p=0,37) и 90-дневной смертности (p=0,18). Эти результаты не подтверждают использование ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа в качестве стандартного лечения в данной клинической ситуации, однако и рутинная отмена этих препаратов, назначенных по другим показаниям (сердечная недостаточность, хроническое заболевание почек или сахарный диабет 2 типа), во время COVID-19 не представляется оправданной.

Следующий конгресс Европейского общества кардиологов планируется провести (onsite и online) в Лондоне, Великобритания с 30 августа по 2 сентября 2024 года.

Материал подготовлен профессором Канорским С.Г. и рецензирован профессором Мамедовым М.Н.