

Конгресс Европейского общества кардиологов 2020: вклад в новую эру виртуальных коммуникаций

В отчете представлены основные итоги ежегодного Европейского конгресса кардиологов, который впервые прошел в виртуальном режиме. В частности, кратко изложены основные положения обновленных 4-х клинических рекомендаций Европейского общества кардиологов. Анализируются результаты 13 международных клинических исследований по эффективности и безопасности лекарственного вмешательства и определению маркеров в прогнозе пациентов с сердечно-сосудистыми осложнениями.

Ключевые слова: конгресс, клинические рекомендации, международные исследования.

Поступил: 22.09.2020

Принят: 29.09.2020

Список сокращений

АД — артериальное давление
ЕОК — Европейское общество кардиологов
ИИ — ишемический инсульт
ИМ — инфаркт миокарда
ОКС — острый коронарный синдром
СД — сахарный диабет
СКФ — скорость клубочковой фильтрации
СН — сердечная недостаточность
ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания

ОР — относительный риск
ПАК — пероральная антикоагуляция
ТИАК — транскатетерная имплантация аортального клапана
ФВ ЛЖ — фракция выброса левого желудочка
ФП — фибрилляции предсердий
ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство
ЧСС — частота сердечных сокращений

Очередной конгресс Европейского общества кардиологов (ЕОК) состоялся в период с 29 августа по 1 сентября 2020 года. В связи со сложившейся эпидемиологической ситуацией конгресс проходил в виртуальном режиме. С использованием около 1000 мобильных студий по всему миру были организованы более 500 научных и образовательных сессий. Зарегистрировано примерно 58 000 пользователей, что на 80% больше количества участников конгресса ЕОК 2019 года в Париже. На сайте ЕОК размещены более 4000 презентаций и электронных постеров с материалами конгресса.

Традиционно в рамках конгресса представлялись обновленные клинические рекомендации и результаты новых клинических исследований.

В этом году были представлены 4 новых текста клинических рекомендаций:

1) лечение острых коронарных синдромов (ОКС) без стойкого подъема сегмента ST (председатели группы экспертов: Jean-Philippe Collet и Holger Thiele);

2) диагностика и лечение фибрилляции предсердий (ФП) (председатели: Gerhard Hindricks и Tatiana Potpara);

3) лечение врожденных пороков сердца у взрослых (председатели: Helmut Baumgartner и Julie De Backer);

4) спортивная кардиология и физическая активность у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (председатели: Antonio Pelliccia и Sanjay Sharma).

Широкий круг врачей-кардиологов особенно интересуют изменения в текстах рекомендаций по лечению ОКС без стойкого подъема сегмента ST, а также диагностике и лечению ФП.

Для быстрой диагностики ОКС рекомендуется использовать алгоритм с повторным определением уровня сердечного тропонина высокочувствительным методом немедленно и через 1 (оптимально) или 2 часа. После исключения инфаркта миокарда (ИМ) инвазивная коронарная ангиография считается лучшим вариантом диагностики у пациентов с очень высокой клинической вероятностью нестабильной стенокардии. Стресс-тестирование с визуализацией или компьютерная томография коронарных артерий — лучший вариант диагностики для пациентов с низким или умеренным клиническим риском.

С целью снижения риска неблагоприятных исходов ОКС без стойкого подъема сегмента ST рекомендуется рутинно применять инвазивную тактику ведения в течение 24 часов при наличии любого из критериев высокого риска: ИМ без подъема сегмента ST (по уровню сердечного тропонина), более 140 баллов по шкале GRACE, а также динамические или предположительно новые непрерывные изменения сегмента ST/зубца T, свидетельствующие о продолжающейся ишемии, или преходящий подъем сегмента ST. Избирательная инвазивная стратегия после положительного результата тестирования на ишемию или обнаружения коронарной обструкции с помощью компьютерной томографии рекомендуется пациентам, относящимся к группе низкого риска.

Не рекомендуется рутинно применять предварительное лечение ингибитором P2Y12-рецепторов при ОКС без стойкого подъема сегмента ST и неизвестной анатомии коронарных артерий, если запланировано раннее инвазивное лечение, учитывая отсутствие установленной пользы. Двойная антитромбоцитарная терапия (мощный ингибитор P2Y12-рецепторов и аспирин) в отсутствие противопоказаний рекомендуется на период 12 месяцев, независимо от типа стента. Однако ее продолжительность может быть сокращена (менее 12 месяцев) или увеличена (более 12 месяцев). Возможна замена ингибитора P2Y12-рецепторов или деэскалация двойной антитромбоцитарной терапии в зависимости от индивидуальных характеристик пациентов и доступности препаратов.

Для пациентов с ФП и показанием для пероральной антикоагулянтной терапии появилась новая рекомендация — проводить в большинстве случаев («по умолчанию») двойную антитромботи-

ческую терапию после короткого периода (<7 дней) тройной антитромботической терапии. Только у пациентов с высоким риском ишемических осложнений тройную антитромботическую терапию можно продлить до 4 недель.

В новом тексте рекомендаций по диагностике и лечению ФП подчеркивается, что для установления диагноза этой аритмии требуется ее документирование на стандартной электрокардиограмме в 12 отведениях или в одном отведении продолжительностью ≥30 секунд. Для обеспечения оптимального лечения ФП рекомендована структурированная характеристика каждого пациента, включающая клиническую оценку риска инсульта, тяжести симптомов, бремени ФП и особенности субстрата аритмии. Предложен интегрированный структурированный принцип оказания помощи пациентам с ФП на основе комплексного решения задач лечения — ABC, где A — антикоагуляция/предупреждение инсульта; B — уменьшение симптомов; C — лечение основного сердечно-сосудистого и сопутствующих заболеваний. Реализация такого подхода обеспечит улучшение результатов лечения пациентов с ФП.

Рекомендованы принятие решений о вариантах лечения ФП совместно с пациентами и с учетом их предпочтений, а также сбор информации от больных для определения степени успешности терапии и повышения ее качества.

Катетерная абляция с изоляцией легочных вен рекомендуется для поддержания синусового ритма после неэффективного применения или непереносимости антиаритмического препарата I или III класса у пациентов с пароксизмальной или персистирующей ФП, вне зависимости от основных факторов риска. В целом, больший акцент делается на необходимость изменения образа жизни и прицельную терапию интеркуррентных состояний для снижения бремени ФП и улучшения исходов.

Полные версии клинических рекомендаций размещены на официальном сайте EOK <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines>.

Ниже представлены краткие результаты новых крупных международных клинических исследований.

Исследование RATE-AF: роль дигоксина для контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) при постоянной ФП

В исследовании RATE-AF было продемонстрировано, что дигоксин может быть применен в качестве

терапии первой линии у лиц пожилого возраста с постоянной формой ФП и симптомами сердечной недостаточности (СН). Авторы работы наблюдали 160 больных, средний возраст которых 76 лет, с постоянной ФП и симптомами СН в течение 12 месяцев. Пациенты были рандомизированы в две группы: в первой с целью контроля ЧСС назначался дигоксин в низкой дозе, во второй — бета-адреноблокатор бисопролол. Дигоксин и бисопролол оказались одинаково эффективными в снижении ЧСС, примерно со 100 ударов в минуту исходно до в среднем 70 ударов в минуту через 6 и 12 месяцев. Сопоставлявшиеся препараты не различались по влиянию на качество жизни пациентов через 6 месяцев, о чем свидетельствовали результаты анкетирования по форме SF-36. Оба препарата хорошо переносились. При этом через 12 месяцев в группе пациентов, получавших дигоксин, по сравнению с группой бета-адреноблокатора, отмечалось улучшение нескольких параметров опросника SF-36 (Physical Component Score), включая жизненную активность, физическую функцию и общее состояние здоровья. Симптомы СН значительно уменьшались в группе дигоксина (средний функциональный класс по классификации New York Heart Association — с 2,4 исходно до 1,5 через 6 и через 12 месяцев против от 2,4 до 2,0 в группе бисопролола). Уровень N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида снижался в группе дигоксина от исходного уровня 1095 пг/мл до 1058 пг/мл через 6 месяцев и 960 пг/мл через 12 месяцев, тогда как в группе бисопролола отмечалось его увеличение от 1041 до 1209 пг/мл и до 1250 пг/мл соответственно. Необходимо отметить, что ограничением исследования являются малый размер выборки, а также известный факт эффективности дигоксина для контроля ЧСС в покое, но не при физической нагрузке.

АТРСИ: неэффективность триметазидина при стенокардии после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ)

В исследовании АТРСИ было продемонстрировано, что добавление триметазидина к базовой медикаментозной терапии не улучшает исходы после ЧКВ. В проекте участвовали 6007 больных из 365 центров 27 стран со стабильной стенокардией или ИМ без подъема сегмента ST после успешного планового или экстренного ЧКВ. После рандомизации пациенты в дополнение к рекомендованной терапии (аспирин плюс ингибитор P2Y₁₂-рецепторов

в 97% случаев, гиполипидемические средства в 96,6%, ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы в 82,2% и бета-адреноблокаторы в 83,9% случаев), а также блокаторам кальциевых каналов (27,6% случаев) получали триметазидин модифицированного высвобождения по 35 мг два раза в день или плацебо. Большинство пациентов (77% мужчин) страдали стенокардией III/IV функциональных классов по классификации Canadian Cardiovascular Society [58%]. Всего 2517 пациентам было выполнено экстренное, а 3490 — плановое ЧКВ. Продолжительность исследования составляла в среднем 47,5 месяцев. Композитная первичная конечная точка наблюдалась у 23,3% пациентов из группы триметазидина и у 23,7% — из контрольной группы. Не получено преимуществ триметазидина при сравнении с плацебо в отношении ряда сердечно-сосудистых исходов, включая смерть от кардиальных причин (2,1% против 2,6%), госпитализацию по поводу кардиального осложнения (13,4% против 13,4%), стенокардию, повлекшую коронарную ангиографию (16,9% против 16,6%), стенокардию, приведшую к изменению антиангинальной фармакотерапии.

По мнению экспертов, подобный результат может быть объяснен тем, что все пациенты получали бета-адреноблокаторы или блокаторы кальциевых каналов, и в каждом случае было проведено успешное ЧКВ. Вместе с тем в рекомендациях ЕОК по диагностике и лечению хронического коронарного синдрома 2019 года триметазидин рекомендуется при стенокардии в качестве терапии второй линии после бета-адреноблокаторов и блокаторов кальциевых каналов.

DAPA-СКД: преимущество ингибитора натрий-глюкозного котранспортера-2 типа (SGLT2) у лиц с хроническим заболеванием почек без диабета

В исследование DAPA-СКД было включено 4304 пациента с хронической болезнью почек (отношение альбумин/креатинин в моче не менее 200 мг/г, расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) — от 25 до 75 мл/мин на 1,73 м²). Пациентов (66,9% составляли мужчины, средний возраст — 61,8 года) рандомизировали в группы ингибитора SGLT2 для приема дапаглифлозина в дозе 10 мг один раз в сутки или плацебо в дополнение к стандартному лечению (прием блокаторов ренин-ангиотензиновой системы в 97% случаев). Всего у 2906 (67,5%) пациентов

имелся сахарный диабет (СД) 2 типа. Первичной конечной точкой была скорость падения расчетной СКФ не менее, чем на 50% от исходного уровня, а также прогрессирование почечной недостаточности до терминальной стадии или смерть от болезней почек или сердечно-сосудистой системы.

В течение среднего периода наблюдения 2,4 года зарегистрировано 197 событий первичной конечной точки при приеме дапаглифлозина и 312 событий при приеме плацебо ($p=0,000000028$ для преимущества дапаглифлозина у пациентов с СД 2 типа или без него). Дапаглифлозин снижал риск наступления всех трех вторичных конечных точек по сравнению с плацебо: 1) ухудшение функции почек или смерть от почечной недостаточности (относительный риск (ОР) — 0,56; $p<0,0001$); 2) госпитализация по поводу СН или смерть от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (ОР — 0,71; $p=0,0089$) и 3) смерть от всех причин (ОР — 0,69; $p=0,0035$).

Безопасность и переносимость дапаглифлозина соответствовали ранее установленному профилю. В группе плацебо доли пациентов, которые прекратили прием исследуемого препарата из-за нежелательного явления или испытали серьезное нежелательное явление, составляли 5,7% и 33,9% соответственно. Доли пациентов с этими явлениями в группе дапаглифлозина оказались аналогичными — 5,5% и 29,5% соответственно. Диабетический кетоацидоз не был зарегистрирован ни у одного больного, рандомизированного для приема дапаглифлозина, и имел место у двух пациентов в группе плацебо. Ни диабетический кетоацидоз, ни тяжелая гипогликемия не наблюдались у пациентов без диабета 2 типа.

Исследование DAPA-CKD показало, что дапаглифлозин снижает риск ухудшения функции почек или смерти от сердечно-сосудистых или почечных заболеваний у пациентов с хроническим заболеванием почек в сочетании с СД 2 типа и без него. Полученные результаты подчеркивают потенциал дапаглифлозина в лечении пациентов с хроническим заболеванием почек.

Предпочтение антитромботической стратегии в виде монотерапии аспирином после TAVI

Ишемические и геморрагические осложнения после транскатетерной имплантации аортального клапана (ТИАК) возникают относительно часто и связаны с повышенной смертностью. В исследовании POPular TAVI у пациентов без показаний для пероральной антикоагуляции (ПАК) был оценен эф-

фект добавления к монотерапии аспирином клопидогрела, который применялся 3 месяца. Пациенты, перенесшие имплантацию стента с лекарственным покрытием в течение 3 месяцев или голометаллического стента в течение 1 месяца до ТИАК, были исключены.

К первичным конечным точкам относили все кровотечения (процедурные и непроцедурные). Антитромботическая терапия только аспирином ассоциировалась со значительно меньшим риском кровотечения по сравнению с приемом аспирина и клопидогрела в течение 1 года. Все виды кровотечений регистрировались у 15,1% пациентов, получавших только аспирин, по сравнению с 26,6% пациентов, получавших аспирин плюс клопидогрел ($p=0,001$). Непроцедурное кровотечение происходило у 15,1% больных, получавших только аспирин, и у 24,9% пациентов — аспирин плюс клопидогрел ($p=0,005$).

События вторичной конечной точки, включавшей кровотечения и тромбоэмболические осложнения (смерть от ССЗ, непроцедурное кровотечение, инсульт или ИМ), реже регистрировались при монотерапии аспирином по сравнению с комбинированным антитромботическим лечением (23,0% против 31,1%; $p<0,001$). Вторичная композитная конечная точка, состоящая из тромбоэмболических событий (смерть от ССЗ, ишемический инсульт (ИИ) или ИМ), наблюдалась у 9,7% пациентов, получавших только аспирин, по сравнению с 9,9% у получавших аспирин плюс клопидогрел ($p=0,004$).

Следовательно, один аспирин по сравнению с аспирином и клопидогрелом значительно уменьшал частоту кровотечений, причем абсолютное снижение составляло более 10%. В то же время, прием только аспирина по сравнению с аспирином и клопидогрелом не сопровождался увеличением риска тромбоэмболических событий. Поэтому монотерапию аспирином следует применять у пациентов, перенесших ТИАК, которые не получают ПАК и недавно не подвергались коронарному стентированию.

Безопасность и эффективность Эволокумаба при лечении семейной гиперхолестеринемии у детей

HAUSER-RCT — первое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование ингибитора PCSK9 при гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии у детей. В проекте приняли участие 157 пациентов в возрасте от 10 до 17 лет с гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией

из 23 стран пяти континентов. До включения в работу больные уже принимали статины в комбинации с эзетимибом или без него, но уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) составлял 130 мг/дл или более.

Пациентов рандомизировали в соотношении 2:1 для ежемесячных подкожных инъекций эволокумаба (420 мг) или плацебо. Через 24 недели среднее снижение уровня холестерина ЛПНП от исходного составляло 44,5% в группе эволокумаба и 6,2% в группе плацебо (различие на 38,3%; $p < 0,001$). Абсолютное изменение уровня холестерина ЛПНП составляло -77,5 мг/дл в группе эволокумаба и -9,0 мг/дл в группе плацебо (различие на 68,6 мг/дл; $p < 0,001$).

Моноклональные антитела к PCSK9 (эволокумаб) хорошо переносились и эффективно снижали уровень холестерина ЛПНП по сравнению с плацебо у педиатрических пациентов с гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией, уже принимавших статины с эзетимибом или без него.

EMPEROR-Reduced: эффективность эмпаглифлозина при СН со сниженной фракцией выброса вне зависимости от статуса СД 2 типа

В исследование было включено 3730 пациентов с СН со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ($< 40\%$), которые были рандомизированы в две группы для приема эмпаглифлозина по 10 мг один раз в день или плацебо в дополнение к базовой терапии. В качестве комpositивной первичной конечной точки было принято время до наступления смерти от ССЗ или госпитализации по поводу обострения СН.

В среднем за 16 месяцев наблюдения первичная конечная точка регистрировалась у 361 из 1863 пациентов (19,4%) в группе эмпаглифлозина и у 462 из 1867 больных (24,7%) в группе плацебо ($p < 0,001$). Эффект эмпаглифлозина развивался независимо от наличия или отсутствия СД 2 типа. Общее количество госпитализаций по поводу СН оказалось существенно меньше в группе эмпаглифлозина, чем в группе плацебо ($p < 0,001$). Пациенты, получавшие лечение с помощью ингибитора SGLT2, имели значительно более низкий риск серьезных почечных исходов. Неосложненные инфекции половых путей чаще наблюдались при применении эмпаглифлозина.

Класс лекарственных препаратов ингибиторов SGLT2 укрепил свою роль в качестве нового ос-

новного средства лечения пациентов с СН со сниженной фракцией выброса вне зависимости от наличия СД 2 типа. Результаты второго крупного рандомизированного контролируемого исследования показали выраженную эффективность и безопасность ингибиторов SGLT2 в такой популяции больных.

Эффективность колхицина в низкой дозе при хронической коронарной болезни сердца

Противовоспалительная терапия способна дополнительно снижать риск атеротромбоза на фоне стандартных мероприятий вторичной профилактики.

В контролируемом двойном слепом исследовании LoDoCo2 с участием 5522 пациентов с хронической коронарной болезнью сердца после рандомизации назначали колхицин по 0,5 мг один раз в день или плацебо. При средней продолжительности наблюдения 28,6 месяца сумма осложнений комбинированной первичной конечной точки (смерть от ССЗ, спонтанный ИМ, ИИ или коронарная реваскуляризация, вызванная ишемией) отмечалась у 187 пациентов (6,8%) в группе колхицина и у 264 пациентов (9,6%) в группе плацебо ($p < 0,001$). Общая частота тяжелых ишемических событий (смерть от ССЗ, спонтанный ИМ или ИИ) составляла 4,2% в группе колхицина и 5,7% в группе плацебо ($p = 0,007$). В то же время частота смерти не от сердечно-сосудистых причин оказалась выше в группе колхицина, чем в группе плацебо (0,7 против 0,5 случая на 100 человеко-лет).

Колхицин в низкой дозе (0,5 мг один раз в день) снижает риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с хронической коронарной болезнью сердца по сравнению с плацебо.

Исследование REALITY: подтверждение целесообразности ограничительной стратегии гемотрансфузии при анемии на фоне ИМ

Ограничительная стратегия переливания крови у пациентов с ИМ и анемией оказалась безопасной, значительно менее затратной и, по крайней мере, такой же эффективной, как стандартная стратегия переливания крови по результатам исследования REALITY.

По данным статистики анемия встречается у 5–10% пациентов в острой стадии ИМ. Кардиологи не хотят принимать ограничительную стратегию гемотрансфузии в отсутствие убедительных до-

казательств ее безопасности из-за теоретических опасений, что низкий уровень гемоглобина может быть особенно вредным для ишемизированного миокарда.

Проект REALITY является первым крупным рандомизированным исследованием ограничительной стратегии переливания крови в сравнении со стандартной помощью в острой стадии ИМ. В исследовании принимали участие 668 стабильных пациентов с острым ИМ и анемией (уровень гемоглобина 7–10 г/дл) из 35 больниц Франции и Испании. Больные были рандомизированы для проведения ограничительной стратегии, при которой переливание крови прекращалось, пока уровень гемоглобина не упал до 8 г/дл, или стандартной стратегии — гемотрансфузия проводилась, как только этот показатель достигал 10 г/дл или ниже. Целью трансфузии являлся уровень гемоглобина 8–10 г/дл в группе ограничительной стратегии и более 11 г/дл в группе стандартной трансфузии крови. По крайней мере одно переливание эритроцитов получили 36% пациентов в группе ограничительного и 87% — в группе стандартного переливания крови. Группа ограничительной стратегии использовала на 414 единиц крови меньше. За 30 дней наблюдения события комбинированной первичной конечной точки (смерть от всех причин, повторный ИМ, инсульт или экстренное ЧКВ из-за ишемии миокарда) отмечались с частотой 11% случаев в группе ограничительной и 14% — стандартной гемотрансфузии. Риск развития инфекции при ограничительной и стандартной гемотрансфузии (0% против 1,5%), частота острого повреждения легких (0,3% против 2,2% случаев соответственно) существенно не различались, а средняя продолжительность госпитализации в сопоставлявшихся группах оказалась равной (по 7 дней). Анализ экономической эффективности лечения продемонстрировал, что ограничительная стратегия переливания крови при анемии на фоне ИМ была на 84% менее затратной.

Исследование HOME-PE: идентификация пациентов с тромбозом легочной артерии для лечения в домашних условиях

Открытое рандомизированное исследование HOME-PE проводилось в 26 больницах Франции, Бельгии, Швейцарии и Нидерландов. В работу включались 1974 пациента, поступавшие в отделение неотложной помощи с тромбозом легочной артерии не высокого риска, который установ-

ливали по наличию гемодинамической стабильности. Возможность амбулаторного лечения больных устанавливалась по критериям HESTIA (отрицательный ответ по всем 11 критериям; отмечался у 39% обследованных) или с помощью шкалы PESI (0 баллов по 6 критериям; у 48% пациентов).

Частота серьезных нежелательных явлений оказалась низкой в обеих группах больных, получавших лечение амбулаторно. Рецидив венозной тромбозии, кровотечение или смерть в течение 30 дней наблюдались у 1,3% амбулаторных пациентов по критериям HESTIA и 1,1% — в группе выбора лечения на дому по PESI. Среди пациентов, оставшихся в стационаре, эти показатели составляли 5,6% в группе HESTIA и 4,7% в группе PESI соответственно.

Между тем исследователи признали, что ни одна сопоставлявшихся систем оценки прогноза при тромбозии легочной артерии не является идеальной, и оценка врача с большим опытом лечения этого опасного для жизни состояния имеет большое значение. Так, лечащий врач отклонял выбор амбулаторного лечения в 29% случаев у пациентов с 0 баллов по шкале PESI и 3% случаев — по критериям HESTIA соответственно. В результате одинаковые доли пациентов обеих групп (38% из общей группы HESTIA и 37% из группы PESI) выписывались домой в течение 24 часов для амбулаторного лечения. Критерии HESTIA оказались такими же безопасными, как более структурированный и упрощенный индекс тяжести тромбозии легочной артерии PESI для отбора пациентов, имеющих возможность амбулаторного лечения.

Исследование THEMIS-PAD: значение комбинации тикагрелора и аспирина при ишемической болезни сердца (ИБС), СД 2 типа и периферическом атеросклерозе

В ранее представлявшемся рандомизированном исследовании THEMIS у пациентов со стабильной ИБС и СД 2 типа сопоставлялось прогностическое действие комбинации тикагрелора с аспирином и стандартной монотерапии аспирином. В фрагменте проекта THEMIS — исследовании THEMIS-PAD участвовали 1687 пациентов с сопутствующим заболеванием периферических артерий. У них суммарная частота серьезных неблагоприятных событий, связанных с нарушением кровообращения нижних конечностей (периферическая реваскуляризация, острая ишемия конечностей или обширная ампутация сосудистой этиологии), составляла

1,3% случаев в группе тикагрелора/аспирина по сравнению с 1,6% случаев в группе плацебо/аспирина ($p=0,022$).

Связь повышенного уровня тропонина с осложнениями COVID-19

В исследовании, проведенном в США, показано, что у пациентов, госпитализированных с COVID-19, имеется высокая частота ССЗ и их осложнений. Ранее во французском исследовании также было продемонстрировано, что высокие уровни тропонина и мозгового натрийуретического пептида являлись независимыми предикторами осложнений COVID-19.

В работу было включено около 1200 пациентов, а на конгрессе представлялись результаты лечения первых 485 больных (средний возраст 68 лет, 46% — женщины, 49% — белые, 27% — афроамериканцы и 16% — латиноамериканцы). Показана высокая распространенность ССЗ (46%) и факторов их риска (более 40% страдали артериальной гипертензией, гиперлипидемией и СД) у пациентов, госпитализированных с COVID-19.

Повышенные уровни тропонина Т при поступлении оказались в значительной степени связаны со смертью в стационаре и с серьезными неблагоприятными сердечно-сосудистыми событиями, частота которых была выше, чем ожидалось, исходя из опыта лечения других респираторных инфекций.

Эффективность антигипертензивного лечения при нормальном уровне артериального давления (АД)

Проведен мета-анализ 48 исследований эффективности антигипертензивной терапии с участием 348 854 пациентов. Пациенты были распределены на 7 подгрупп в зависимости от уровня систолического АД на момент начала исследования (менее 120, 120–129, 130–139, 140–149, 150–159, 160–169, 170 мм рт.ст. и выше). В среднем за 4 года наблюдения снижение САД на каждые 5 мм рт.ст. ассоциировалось с уменьшением относительного риска серьезных сердечно-сосудистых событий примерно на 10%. Риск инсульта, ИБС, СН и смерти от ССЗ снижался на 13%, 7%, 14% и 5% соответственно. Ни наличие ССЗ, ни уровень АД на момент включения в исследование не влияли на эффект лечения.

По мнению исследователей, снижение АД с помощью антигипертензивных препаратов уменьшает вероятность сердечно-сосудистых событий даже у людей с нормальным или незначительно повышенным АД. Однако наличие сопоставимого эффекта во всех анализированных группах не предусматривает проведение лечения в каждом случае. Для его инициации необходимо учитывать степень общего сердечно-сосудистого риска.

Связь бактерий кишечника с сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями

Ранее было показано, что между микробиотой кишечника и заболеваниями имеется связь, однако степень, в которой микробиом кишечника человека может считаться определяющим фактором болезнью остается неизвестной.

С целью определения спектра заболеваний, связанных с микробиомом кишечника, в исследование было включено 422 417 взрослых белых британцев с информацией о генотипе. Средний возраст участников составлял 57 лет, 46% были мужчинами.

Исследователи оценили вероятные ассоциации, включая 35 отдельных однонуклеотидных полиморфизмов, которые влияют на микробиом кишечника человека. В целом, семь однонуклеотидных полиморфизмов были достоверно связаны с 29 заболеваниями, включая артериальную гипертензию, СН, гиперхолестеринемию, СД 2 типа, почечную недостаточность и остеоартрит.

По мнению экспертов, состав микробиома кишечника человека, определяемый генетическими и экологическими факторами, может влиять на предрасположенность к определенным заболеваниям, включая патологию сердечно-сосудистой системы, а также прогрессирование и исходы заболеваний. Уточнение выявленных связей может привести к разработке новых персонализированных стратегий стратификации риска и профилактических мероприятий, направленных на микробиом кишечника.

Источники литературы представлены на официальном сайте Европейского общества кардиологов (<https://www.escardio.org>).