

XX Національний конгрес кардіологів України

Київ, 25–27 вересня 2019 року

25–27 вересня 2019 року в Києві відбувся XX Національний конгрес кардіологів України за підтримки НАМН України, Міністерства охорони здоров'я України, ДУ ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України, Всеукраїнської асоціації превентивної кардіології та реабілітації, Всеукраїнської асоціації аритмологів України, Всеукраїнської асоціації з невідкладної кардіології, Всеукраїнської антигіпертензивної асоціації, Всеукраїнської асоціації фахівців із серцевої недостатності та Українського товариства з атеросклерозу.

У роботі ювілейного Конгресу взяли участь близько 3800 делегатів: велика кількість учасників є, на жаль, виправданою, оскільки рівень серцево-судинної патології в Україні дуже високий (до 70 %). Географія Конгресу цього року охоплювала лікарів, науковців, фахівців зі Сполучених Штатів Америки, Великої Британії, Німеччини, Польщі, Литви, Білорусі, Вірменії та ін. країн.

Для учасників конгресу (кардіологів, терапевтів, сімейних лікарів) відбулось 11 пленарних, 17 секційних засідань, 19 круглих столів, 13 науково-практичних симпозіумів. Заслухано 302 доповіді, з яких 12 зроблено молодими вченими, та обговорено 72 стендових повідомлення. Провідними вітчизняними та іноземними вченими прочитано 19 лекцій, проведено 18 майстер-класів із різних напрямів сучасної кардіології. Було проведено дві прямі трансляції (телемости) між Україною та США, під час яких професор медицини, директор групи кардіометаболічних досліджень одного з найбільших науково-дослідних кардіоваскулярних центрів США – Інституту Святого Луки (Канзас-Сіті, США) – Михайло Косібород та президент Всеукраїнської громадської організації «Асоціація з невідкладної кардіології», керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України, член-кореспондент НАМН України, професор Олександр Пархоменко обговорювали актуальні питання щодо гострого коронарного синдрому та цукрового діабету.

Програма Конгресу, висвітлюючи найактуальніші наукові питання і проблеми кардіологічної служби, охоплювала основні досягнення, висновки та результати останніх міжнародних та вітчизняних досліджень. Головну тему заходу – коморбідність у кардіології — було розглянуто з позицій мультидисциплінарного підходу від визначення до діагностики коморбідних станів та можливих напрямів терапії.

З проблемною доповіддю «Коморбідність та серцево-судинний континуум — нова парадигма в кардіології» виступив директор ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України, Президент Асоціації кардіологів України, академік В. М. Коваленко. На його думку, на сьогодні медицина розділена на дві частини: перша перебуває в межах доказової медицини, друга — поза цими межами. Наразі лікарі діють саме у межах доказової медицини, де широко застосовуються результати досліджень, стандарти, протоколи. Але багато питань ще не вирішено. Первинна ланка медицини досі лишається недосконалою щодо медичної документації, протоколів, стандартів. На сьогодні людина неспроможна оволодіти всією наявною новою інформацією, незважаючи на свої індивідуальні особливості, спеціалізацію тощо. Тому перспективне розв'язання цих проблем охоплює застосування саме цифрових технологій, штучного інтелекту тощо.

Як зазначив В. Коваленко, коморбідність — це не просто поєднання кількох захворювань, вона охоплює виникнення нових механізмів хвороб, додаткової клінічної картини, ускладнень та перебігу, що не властиво основному захворюванню. Встановлено прямий взаємозв'язок між поширенням коморбідності та віком: у старших вікових групах пацієнтів коморбідність наявна більш ніж для 80 % хворих. Згідно з вітчизняними статистичними даними на 2012 р. (нині такі підрахунки не ведуться), коефіцієнт коморбідності становить ≥ 2 , тобто на одну дорослу людину припадає ≥ 2 захворювань.

У патофізіологічну основу коморбідності покладено синдроми: запалення, порушення гомеостазу, порушення вуглеводного обміну тощо. Наприклад, синдром запалення має зв'язок із розвитком атеросклеротичних процесів в організмі. Також до основ коморбідності можна віднести ендокринні патології: наприклад, порушення функції щитоподібної залози у пацієнта, що згодом призводять до серцевої недостатності, порушення ритму серця. Бурхливий розвиток фармакологічної галузі також корелює із проблемою коморбідності. Наприклад, взаємозв'язок серцево-судинних захворювань та патологій кістково-м'язової системи внаслідок неправильного застосування лікарських засобів виявляють у 78 % людей похилого віку. Доповідач звернув увагу присутніх на стресасоційовані стани, але, на переконання В. Коваленка, психосоціальні розлади в межах коморбідності недостатньо вивчені, тому існує потреба у створенні професійного компетенсу між кардіологами та психотерапевтами.

Головні напрями розв'язання проблеми коморбідності охоплюють використання інноваційних технологій, застосування синдромального підходу до лікування, а не нозологічного, своєчасність проведення інтервенційних втручань і створення нових лікарських засобів, які одночасно можуть діяти на різні механізми і тим самим запобігати та/чи обмежувати розвиток коморбідності. При лікуванні пацієнтів похилого віку необхідно одночасно застосовувати обидва підходи: хворобо- та пацієнто-орієнтований. На сьогодні у багатьох пацієнтів встановлено штучні водії ритму, штучні суглоби тощо, тому хворі вже не вкладаються у звичну клінічну картину. В. Коваленко акцентував увагу присутніх на завданні, що висвітлювалося на черговому Європейському конгресі кардіологів, а саме — поєднання технічних можливостей задля клінічної практики.

Також на Конгресі приділили увагу:

- нюансам аритмології;
- діагностиці та лікуванню серцево-судинних захворювань в умовах загальної практики — сімейної медицини;
- підходам кардіолога та ендокринолога до пацієнта із серцево-судинною патологією та цукровим діабетом;
- актуальним питанням гендерної медицини;
- кардіocereбральним порушенням;
- можливостям серцево-судинної візуалізації;
- перспективам розвитку інтервенційної кардіології та організаційним моментам щодо Регіональної реперфузійної мережі;
- колегіальним рішенням у стратегіях профілактики та лікування серцево-судинних ускладнень при проведенні протипухлинної терапії;
- практичним аспектам невідкладної кардіології;
- стресасоційованим коморбідним розладам здоров'я у постраждалих внаслідок збройного конфлікту;
- науково-діагностичним дослідженням у кардіології;
- розбору клінічних випадків;
- мультифакторній корекції серцево-судинного ризику;
- актуальним питанням превентивної кардіології та реабілітації.

Для лікарів за спеціалізацією «Загальна практика — сімейна медицина» було організовано школи практикуючого лікаря «Кардіологія для сімейних лікарів» і курс лекцій «Базисні основи аритмології».

Тему лікування пацієнтів із сімейною гіперхолестеринемією розкрила у своїй доповіді співголова Українського товариства з атеросклерозу, керівник відділу дисліпідемії ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України, доктор медичних наук, професор Олена Мітченко. Вона відзначила, що у разі виникнення інфаркту міокарда у хворих віком до 40 років включно лікар має підтвердити чи виключити сімейну гіперхолестеринемію. Головний критерій встановлення цього діагнозу в дорослих — це підвищення рівня ліпопротеїнів низької щільності > 5 ммоль/л (190 мг/дл). У пацієнтів дитячого віку сімейну гіперхолестеринемію встановлюють після визначення рівня ліпопротеї-

нів низької щільності > 4 ммоль/л (150 мг/дл). О. Мітченко зосередила увагу учасників Конгресу на тому, що наявність цієї патології призводить до розвитку у пацієнтів гострого коронарного синдрому навіть у дитячому (10–12 років) віці. Згідно з результатами дослідження, у 75 % жінок та 63 % чоловіків із сімейною гіперхолестеринемією визначається артеріальна гіпертензія, у 10 % жінок і 59 % чоловіків — цукровий діабет. За словами О. Мітченко, з жовтня 2019 р. на фармацевтичному ринку з'явиться лікарський препарат, молекула якого складатиметься з езетимібу та розувастатину.

Під час окремої сесії обговорено проблеми стрес-асоційованих психосоматичних розладів в умовах збройного конфлікту. Традиційно розглядалися питання клінічної фармакології і раціональної фармакотерапії та застосування діагностичних біомаркерів при серцево-судинних захворюваннях.

Учасники Конгресу обговорили нові рекомендації 2019 р. Європейського конгресу кардіологів. Керівник відділу легеневої гіпертензії ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України, доктор медичних наук, професор Юрій Сіренко, який на Європейському конгресі 2019 р. був рецензентом, оголосив, що відтепер клінічні прояви ішемічної хвороби серця класифікуються як гострий коронарний синдром та хронічний коронарний синдром. Також визначено 6 сценаріїв перебігу хронічного коронарного синдрому, які найчастіше трапляються у клінічній практиці: хворі з підозрою на наявність ішемічної хвороби серця і стабільними ангінальними симптомами та/чи задишкою; хворі з новим епізодом серцевої недостатності або дисфункцією лівого шлуночка та з підозрою на наявність ішемічної хвороби серця; безсимптомні та симптомні пацієнти зі стабільними симптомами менш ніж один рік після гострого коронарного синдрому або після недавнього проведення ревазуляризації; безсимптомні або симптомні хворі більш ніж один рік після первинного діагнозу або ревазуляризації; хворі зі стенокардією та підозрою на наявність судинних та мікросудинних захворювань; безсимптомні пацієнти, в яких під час скринінгу виявлено ішемічну хворобу серця. Функціональна візуалізація ішемії міокарда рекомендована, якщо коронарна комп'ютерна томографічна ангіографія визначила ішемічну хворобу серця з невизначеною функціональною значущістю. Інвазивна ангіографія рекомендована як альтернативний метод діагностики ішемічної хвороби серця у пацієнтів із високою імовірністю і тяжкими симптомами, які не купіруються медикаментозною терапією, або з типовою стенокардією при низькому рівні фізичних навантажень та клінічною оцінкою, що свідчить про високий ризик розвитку несприятливих подій. Інвазивна функціональна оцінка має бути доступною та оцінювати стенози перед ревазуляризацією, крім випадків стенозу > 90 % у діаметрі. Коронарну комп'ютерну томографічну ангіографію слід призначати пацієнту як альтернативу інвазивній ангіографії, якщо результат іншого неінвазивного тесту є двозначним або недіагностичним. Нітрати тривалої дії призначають пацієнтам як другу лінію лікування після спроб прийому блокаторів бета-адренорецепторів та блокаторів кальцієвих каналів, що не є похідними дигідропіридину. Призначення нікорандилу, ранолазину, івабрадину або триметазидину можна розглядати як другу лінію лікування для зниження частоти нападів стенокардії та підвищення толерантності до фізичного навантаження у пацієнтів, які не здатні переносити фізичні наван-

таження, мають протипоказання до призначення блокаторів бета-адренорецепторів, блокаторів кальцієвих каналів та нітратів тривалої дії, або в яких симптоми не контролюються при застосуванні цих препаратів. У деяких пацієнтів призначення комбінації блокаторів бета-адренорецепторів або блокаторів кальцієвих каналів із препаратами другої лінії (нікорандилом, ранолазином, івабрадином або триметазидином) можна розглядати навіть як першу лінію лікування за наявності показань з боку частоти серцево-судинних скорочень, артеріального тиску, здатності переносити призначене лікування.

Серед досягнень вітчизняної кардіології

Конгресом відзначені:

- Тривала участь в ініціативі Європейського товариства кардіологів «Атлас кардіології».
- Продовження участі у міжнародних реєстрах із серцевої недостатності (G-CHF, HF III Registry), фібриляції передсердь (GARFIELD-AF), із сімейних гіперхолестеринемій (ScreenPro FH та EAS-FHSC), завершення аналізу світового реєстру QUALIFY з серцевої недостатності.
- Продовження роботи «Регіональних реперфузійних мереж», у межах яких проводиться реперфузійна терапія з використанням первинних перкутанних втручань та фібринолітичної терапії.
- Продовження ефективного функціонування «Реєстру перкутанних коронарних втручань», який висвітлює найближчі та віддалені результати стентувань у пацієнтів зі STEMI, NSTEMI та стабільною ІХС.
- Продовження проведення безкоштовного генетичного типування в міжнародних лабораторіях усіх хворих із гомозиготною сімейною гіперхолестеринемією (ГоСГх). На вересень 2019 р. встановлено і генетично підтверджено діагноз у 19 хворих.
- Продовження роботи центрів з діагностики та лікування сімейних (гомозиготних та гетерозиготних) дисліпідемій у чотирьох регіонах України (Київ, Харків, Дніпро, Івано-Франківськ).
- Створення Громадської організації хворих із сімейною Гх під патронатом Українського товариства з атеросклерозу.
- Асоціацією кардіологів, Українським товариством з атеросклерозу, Асоціацією дитячих кардіоревматологів м. Києва і Громадською організацією хворих із сімейною гіперхолестеринемією направлено листа з проханням внести Гомозиготну сімейну гіперхолестеринемію до переліку орфанних захворювань МОЗ України.
- Продовження роботи освітніх «Ліпідних шкіл», «Шкіл по серцевій недостатності», «Шкіл по аритмології», проведення майстер-класів із порушень серцевого ритму, тромбозів та емболій для кардіологів та сімейних лікарів у регіонах України.
- Забезпечення співпраці з кардіохірургами, неврологами, ендокринологами, нефрологами, гінекологами, сімейними лікарями та андрологами щодо пацієнтів із високим ризиком серцево-судинних ускладнень.
- Спільно з Асоціацією серцево-судинних хірургів продовжується впровадження алгоритму периопераційної діагностики та післяопераційного ведення хворих із

множинним коронарним атеросклерозом та цукровим діабетом II типу, довгострокове вивчення особливостей прогресування коронарного атеросклерозу та перебігу ІХС у хворих із гіпотиреозом після проведення аорто-коронарного шунтування.

- Участь у засіданнях правління Європейського товариства кардіологів (ESC), Міжнародного (IAS) та Європейського (EAS) товариств з атеросклерозу, Європейської Асоціації ритму серця (EHRA), Асоціації з невідкладної кардіології (ACCA), Інтервенційної кардіології, Серцевої недостатності (HFA), робочої групи ESC із кардіоваскулярної фармакотерапії (WG CVP).
- Створення алгоритмів діагностики та лікування невідкладних серцево-судинних станів та їх видання як окремих покет-книжок.
- Нове видання розборів клінічних випадків та сценаріїв невідкладної кардіології на основі сучасних національних і міжнародних рекомендацій.
- Продовження проведення спеціалізованого циклу «Клінічна аритмологія та електрофізіологія» на базі кафедри кардіології НМАПО.
- Здійснення виїздів до Луганської та Донецької областей (Маріупіль, Краматорськ, Северодонецьк) для огляду хворих, програмування кардіостимуляторів та проведення конференцій з лікарями.
- Функціонування інтернет-сайту Української асоціації фахівців із серцевої недостатності для лікарів та пацієнтів із ХСН.
- Продовження видання фахових журналів: «Український кардіологічний журнал», «Артеріальна гіпертензія», «Аритмологія», «Серцева недостатність. Клінічна практика», Medicine Review.

Водночас залишається низка невирішених питань:

- Не втрачає гостроти проблема фінансування невідкладної та планової допомоги кардіологічним хворим і заробітної плати медичних працівників.
- Відсутнє державне страхування хворих на серцево-судинні захворювання.
- Відсутній державний статистичний реєстр хворих на гострий коронарний синдром із підйомом та без підйому сегменту ST, порушення ритму серця, легеневої артеріальної гіпертензії, гостру та хронічну серцеву недостатність, венозний тромбоемболізм.
- Не узгоджені правові стосунки лікаря і пацієнта.
- Недостатня пропаганда здорового способу життя та значення чинників ризику серцево-судинних захворювань на державному рівні у засобах масової інформації.
- Недостатня оцінка серцево-судинного ризику та корекція чинників ризику у хворих на артеріальну гіпертензію.
- Українська недостатня кількість процедур з імплантації кардіовертерів-дефібриляторів та СРТ пристроїв.
- Відсутня належна підтримка проведення популяційних досліджень, спрямованих на виявлення медико-соціальних чинників ризику серцево-судинних захворювань серед населення України.

- Недостатня об'єктивізація причин смерті, що призводить до штучного перебільшення цього показника в структурі смертності від хвороб системи кровообігу і спотворення статистичної звітності, що суттєво відрізняє Україну.

Під час обговорення виступів та дискусій на Конгресі були визначені такі перспективні напрями наукових досліджень і заходи в практичній кардіології:

- Наполягати на впровадженні Державної програми профілактики, лікування та реабілітації серцево-судинних захворювань на 2020–2025 роки.
- Регулярний (кожні 4 роки) перегляд стандартів профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань згідно з європейськими рекомендаціями.
- Порушення клопотання перед МОЗ щодо необхідності продовження створення уніфікованих національних рекомендацій і стандартів щодо діагностики і лікування основних серцево-судинних захворювань.
- Постійне формування позитивної мотивації у населення щодо необхідності профілактики артеріальної гіпертензії і корекції основних факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, розповсюдження санітарно-просвітницьких матеріалів, що пропагують здоровий спосіб життя, з використанням можливостей радіо, телебачення, преси. Створення методичного забезпечення для організації профілактики серцево-судинних захворювань на державному рівні.
- Забезпечення співпраці з сімейними лікарями, неврологами, ендокринологами та нефрологами щодо пацієнтів із високим ризиком кардіоваскулярних ускладнень для підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії та профілактики її ускладнень.
- З метою зниження захворюваності, смертності, збільшення середньої тривалості життя в умовах наслідків бойових дій продовжити співпрацю з провідними фахівцями військової медицини.
- Продовження проведення освітніх шкіл і майстер-класів з аритмології, венозного тромбоемболізму, серцевої недостатності, ліпідних шкіл у різних регіонах України з акцентом на освіті лікарів первинної ланки.
- Подальше впровадження інвазивних та апаратних методів діагностики та лікування порушень ритму і провідності серця, хронічної серцевої недостатності (радіочастотна абляція, багатоканальна кардіостимуляція та імплантація кардіовертерів-дефібриляторів). Продовження роботи з виявлення пацієнтів, які потребують імплантації кардіостимуляторів, кардіовертерів-дефібриляторів, пристроїв для ресинхронізуючої терапії з метою повного забезпечення вторинної профілактики раптової серцевої смерті.
- Створення спільних з Асоціацією анестезіологів та серцево-судинних хірургів України стандартів діагностики та надання допомоги при невідкладних серцево-судинних станах.
- Створення разом з Асоціаціями неврологів, анестезіологів України національних рекомендацій з лікування гіпертензивних станів.
- Розширити обсяг генетичного типування хворих із СГх.
- Продовжити формування бази даних, що надходить до міжнародного ScreenPro FH та європейського EAS-FHSC реєстрів із сімейною гіперхолестеринемією (СГх) та розширити залучення регіональних центрів до формування Національного реєстру хворих із СГх.
- Внести до переліку орфанних захворювань МОЗ України сімейну гіперхолестеринемію, що дасть пацієнтам можливість отримувати державне фінансування для проведення лікування дороговартісними лікарськими засобами.
- Продовження і розширення «Реєстру інтервенційних коронарних втручань» з метою ефективного аналізу результатів роботи в клініках України.
- Продовження участі Всеукраїнської асоціації кардіологів України в ініціативі Європейського товариства кардіологів «Атлас кардіології».
- Продовження участі в Європейській ініціативі «Дефібрилятор для життя».
- Видання спільно з Асоціацією серцево-судинних хірургів посібників та настанов, які забезпечують етапність та спадкоємність кардіологічної та кардіохірургічної допомоги хворим.
- Продовження імплементації наукових і практичних розробок щодо вдосконалення диференційної діагностики міокардиту та інших некоронарних захворювань, зокрема кардіоміопатій, рідкісних та орфанних захворювань серця та запровадження нових технологій фармакотерапевтичної інтервенції.
- Підтримати ініціативу щодо створення експертних центрів з діагностики та лікування легеневої гіпертензії, в тому числі хірургічних центрів для лікування хронічної тромбоемболічної легеневої гіпертензії.
- Сприяти створенню єдиного реєстру пацієнтів з легеневою гіпертензією, які потребують специфічної її терапії.
- Забезпечити кваліфіковану систему відбору пацієнтів для трансплантації легень та підтримати створення рекомендацій щодо ведення пацієнтів після трансплантації.

У рамках конгресу були проведені: спільне засідання Всеукраїнської асоціації кардіологів України, Асоціації кардіохірургів України та Асоціації інтервенційних кардіологів України; спільне засідання Європейського товариства з атеросклерозу, Українського товариства з атеросклерозу та Польської ліпідної асоціації; спільне засідання аритмологів країн Східної та Центральної Європи.

За традицією захід завершився Генеральною асамблеєю за участю експертів МОЗ України, Всеукраїнської асоціації кардіологів України та Асоціації серцево-судинних хірургів, головних спеціалістів НАМН України, під час якого українських фахівців нагородили за внесок у розвиток кардіології.

Учасники заслухали річний звіт президента Асоціації кардіологів України академіка НАМН України В. М. Коваленка про роботу Асоціації, було затверджено нову класифікацію міокардитів, консенсус експертів з біомаркерів у кардіології, обговорено нові документи, заплановані до затвердження, – стандарти діагностики та лікування серцево-судинних захворювань (тромбоемболії легеневої артерії, суправентрикулярних тахікардій; цукрового діабету, переддіабету та серцево-судинних захворювань; дисліпідемій; хронічних коронарних синдромів).