ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIV Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 19—22 вересня 2023 р.)

- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- гострий інфаркт міокарда
- інтервенційна кардіологія
- дисліпідемії
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія та реабілітація
- фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина
- медико-соціальні аспекти кардіології в умовах війни

Том 30 Додаток 1 2023

www.ucardioj.com.ua

Організаційний комітет XXIV Національного конгресу кардіологів України

Президія науково-організаційного комітету

В.М. Коваленко (співголова), В.І. Цимбалюк (співголова), В.В. Лазоришинець, О.М. Пархоменко, О.С. Сичов, О.Г. Несукай

Члени науково-організаційного комітету

Л.Л. Вавілова, Л.Г. Воронков, Ю.М. Сіренко, М.Ю. Соколов, Т.І. Гавриленко, М.М. Долженко, І.М. Ємець, О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов, В.М. Корнацький, М.І. Лутай, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, В.З. Нетяженко, А.В. Руденко, К.В. Руденко, М.В. Рішко, Н.М. Середюк, Т.В. Талаєва, В.К. Тащук, Б.М. Тодуров, О.О. Ханюков, В.Й. Целуйко, В.О. Шумаков

Програмний комітет

Л.Л. Вавілова (голова), Р.Г. Іванець, В.М. Корженко, В.Е. Пілецький, О.М. Романова, О.В. Срібна, М.А. Гуляницька, Т.М. Мовчановська, М.П. Мостов'як, В.М. Мельникова

Генеральні партнери Конгресу

AstraZeneca
(Велика Британія)
з розширеним пакетом

ТОВ «Асіно Україна» | **SERVIER** *(Франція)* | **ARTERIUM** *(Україна)*

BOEHRINGER INGELHEIM *(Німеччина)* | **BAYER** *(Німеччина)* | **ДАРНИЦЯ** *(Україна)*

САНДОЗ *(Німеччина/Швейцарія)* | **NOVARTIS** *(Швейцарія)* | **PFIZER** *(США)*

ТОВ «Санофі–Авентіс Україна» | **КУСУМ** *(Україна)* | **КРКА Україна** *(Словенія)*

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД *(Україна)*

Головні партнери Конгресу

МІКРОХІМ *(Україна)* **OlainFarm** *(Латвія)*

Партнери Конгресу

ЮРІЯ-ФАРМ (Україна), АВВОТТ (США), BERLIN-CHEMIE (Німеччина), ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» (Україна), Servier – MEDICAL department, ROSTGROUP (Україна), WOERWAG PHARMA (Німеччина), EGIS Pharmaceuticals (Угорщина), ПРО-ФАРМА (Україна), СОНА-ФАРМЕКСІМ (Україна), ЗДРАВО (Україна), SCHILLER AG (Україна), Cor-Medical, Protech Solutions Ukraine, Recordati (Україна), Нутримед (Україна), Sparrow Acoustics Inc.

Стендова участь у Конгресі
PRO.MED.CS Praha a.s, RESORT MEDICAL PARK

Інформаційне забезпечення:
Український кардіологічний журнал, Видавничий дім «МОРІОН»: «Український медичний часопис», Український кардіологічний журнал портал, www.ukrcardio.org, www.strazhesko.org.ua, https://www.facebook.com/strazhesko/

за статтю та віком з 1 гр., без хронічних запальних захворювань. Критерії не включення для обох груп: гострий коронарний синдром за 90 днів до звернення; гостра / декомпенсована серцева недостатність; декомпенсований цукровий діабет; гостре / загострення хронічного вірусного / інфекційного захворювання; травма / хірургічне втручання протягом 30 діб до звернення; активна онкохвороба; швидкість клубочкової фільтрації (CKD-EPI) менш 45 мл/хв/1,73 м$^{2;}$ підвищення в 3 рази печінкових трансаміназ. Аналізували фактори ССР, АССЗ, медикаментозний анамнез; концентрацію ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ); швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), фібриноген, С-реактивний білок (СРБ). Визначали ступінь ССР: у пацієнтів без АССЗ за шкалами SCORE2, ASCVD, Reynolds, QRISK3; у пацієнтів з АССЗ – за SMART. За калькуляторами ASCVD та SMART розраховували потенційне зниження ССР за умов призначення пацієнту рекомендованого оптимального лікування з досягненням цілей контролю ССР. Виконували статистичну обробку даних.

Результати. В дослідженні пацієнти з ХЗА молодого та середнього віку мали несприятливі кардіометаболічні характеристики за рахунок наявності у них в середньому 3, а у 50 % з них – 3 і більше факторів ССР. Більш ніж третина пацієнтів мала надмірну вагу або ожиріння, 83,9 % – дисліпідемію, 58,9 % – артеріальну гіпертензію, що зумовило високу частоту АССЗ (37,5 %). Пацієнти 1 гр. мали достовірно вищу ШОЕ, вищі концентрації фібриногену та СРБ ($p<0,01$). В 1 гр. кількість пацієнтів з АССЗ та підвищенням СРБ була зіставною серед тих, хто отримував і не отримував протизапальну терапію – ((38,5 проти 20,0) %, $p=0,28$). З 35 пацієнтів високого ризику 1 гр. 65,7 % приймали статини, 25,7 % – прогноз-модифікуючу терапію (ПМТ): статини, антитромбоцитарні препарати, інгібітори ренін-ангіотензинової системи. Але тільки 22,9 % пацієнтів мали цільові рівні артеріального тиску, 28,6 % – цільові рівні ЛПНЩ. У пацієнтів 1 гр. без АССЗ високий ССР за шкалою ASCVD мали близько третини пацієнтів, у разі призначення їм оптимальної ПМТ число пацієнтів з високим ССР могло б зменшитися більш ніж вдвічі (до 12,5 %, $p=0,046$). Із пацієнтів з АССЗ в групі артритів високий ССР за шкалою SMART мали 94,7 %. За умов досягнення у цих пацієнтів цілей терапії, можна було б знизити їх ССР на 21 % ($p=0,046$).

Висновки. Додатковим фактором ССР у пацієнтів з ХЗА є запалення. У пацієнтів з ХЗА без діагностованих АССЗ слід активно використовувати шкали оцінки ССР. В дослідженні шкала SCORE2 дозволила виявити достовірно більшу кількість пацієнтів високого ССР порівняно зі шкалами Reynolds і QRISK3. В дослідженні реальної клінічної практики контроль ССР у пацієнтів з ХЗА виявився незадовільним. За умов призначення пацієнтам оптимальної ПМТ з досягненням цільових рівнів АТ, ЛПНЩ та ІМТ можна суттєво знизити ССР.

Ефективність інгібіторів натрій-залежного котранспортеру глюкози 2-го типу в контролі кардіоренальних та метаболічних ризиків у пацієнтів з ЦД 2-го типу при тривалому спостереженні

С.А. Тихонова, В.Б. Яблонська

Одеський національний медичний університет

Мета – оцінити довгострокові ефекти інгібіторів натрій-залежного контранспортеру глюкози 2 типу (ІНЗКТГ2) щодо контролю параметрів кардіо-метаболічного статусу та ниркової функції в комплексній терапії пацієнтів з цукровми діабетом 2 типу (ЦД2) високого та дуже високого серцево-судинного ризику (ССР) при тривалому спостереженні в практиці амбулаторного кардіолога.

Матеріали та методи. Відкрите проспективне дослідження 39 пацієнтів з ЦД2 проведене в Центрі реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ з вересня 2021 по квітень 2023 рр. Включали пацієнтів з ЦД2 високого та дуже високого ССР (за рекомендаціями Європейської асоціації з вивчення цукрового діабету, 2019), які протягом не менш 3 міс. до включення приймали прогноз-модифікуючу терапію (ПМТ): статини, інгібітори ренінангіотензинової системи, антитромбоцитарні препарати; комбіновану антигіпертензивну терапію; метформін; дали згоду на спостереження і корекцію терапії; мали добру прихильність до ПМТ та корекції способу життя. Не включали пацієнтів з декомпенсацією ЦД2 та серцевої недостатності (СН), зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЛШ), з перенесеним протягом 90 днів до включення інфарктом міокарду або інсультом, з непереносимістю будь-якого з препаратів ПМТ, ІНЗКТГ2; з активним онкозахворюванням. Збір антропометричних показників, лабораторне обстеження та трансторакальну ехокардіографію (ЕхоКГ) виконували на візиті включення (B_0), через 6 (B_2), 12–18 місяців (В3). На В0 ініціювали терапію іНЗКТГ2. Результати опрацьовували статистичними методами.

Результати. Середній вік пацієнтів (67,6±10,2) років, 25 чоловіків (64 %), середній період спостереження (12,6±2,3) міс. Середні дози ІНЗКТГ2: емпаглифлозин (12,3±3,3) мг, дапаглифлозин (8,3±2,2) мг. Всі пацієнти мали супутню артеріальну гіпертензію, жоден з пацієнтів на В0 не мав цільового рівня артеріального тиску (АТ). Протягом спостереження визначено достовірне зниження систолічного на (17,4±1,1) мм рт. ст. (p<0,001) та діастолічного АТ на (10,7±0,1) мм рт ст. (p=0,002). На В3 48,7 % пацієнтів мали офісний АТ <130/80 мм рт. ст., та у жодного з пацієнтів рівень АТ не перевищував 139/89 мм рт. ст. Порівняно з В0 на В3 відзначено зменшення пульсового АТ (з 60,3±4,1 до 48,4±5,1) мм рт. ст. (p<0,001), що є непрямим показником зменшення жорсткості артерій; зменшення ЧСС на (6,4±1,1) уд/хв, p<0,01. Достовірної динаміки структурно-функціональних ЕхоКГ-параметрів ЛШ не виявлено, за виключенням зменшення відносної товщини стінки ЛШ (з 0,47±0,06 до 0,45±0,07), p=0,035. Динаміка метаболічних показників пацієнтів між В0 та В3 характеризувалася стабільними показниками індексу маси тіла та зменшенням числа осіб з ожирінням з 85 % до 74 %; покращенням глікемічного статусу зі зменшенням глюкози натще (p=0,01) і гліколізованого гемоглобіну (з (7,2±0,7 до 6,4±0,6) %, p<0,0001). Між В0 та В3 визначена тенденція до збільшення числа пацієнтів з цільовим рівнем холестерину ліпопротеїдів низької щільності з 10 % 4 > 23,1 %, p=0,144. Динаміка показників функції нирок характеризувалася достовірним зменшенням концентрації креатинину сироватки на В3 (з 104,6±13,8 до 97,5±9,4 (мкмоль/л), p=0,016), з тенденцією до збільшення рівня швидкості клубочкової фільтрації, p=0,06. Не визначено динаміки в концентрації калію плазми, та в жодного з пацієнтів не зареєстровано гіперкаліємії. Не зареєстровано випадків відмови від приойму ІНЗКТГ2.

Висновки. ІНЗКТГ2 при довгостроковому застосуванні у пацієнтів з ЦД2 високого та дуже високого ССЗ в умовах реальної клінічної практики, навіть ускладненої обставинами воєного часу, здатні ефективно контролювати кардіометаболічні ризики та нирокову функцію.

Вплив порушень вуглеводного обміну на клініко-лабораторний профіль хворих із «можливою» сімейною гіперхолестеринемією

К.О. Тімохова, О.І. Мітченко

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

Мета – дослідити клініко-лабораторні паралелі у хворих із «можливою» сімейною гіперхолестеринемією (СГ) в залежності від ступеню порушень вуглеводного обміну.

Матеріали та методи. Протокол дослідження включав 97 пацієнтів з ІХС, артеріальною гіпертензією та дисліпідемією на тлі коморбідної патології (ЦД 2 типу, ожиріння). Хворі були розподілені на 2 групи в залежності від супутньої коморбідної патології. Групу з ожирінням було додатково розділено на дві підгрупи (2А та 2В) в залежності від наявності порушення толерантності до глюкози (ПГТ).

Результати. Більшість пацієнтів (89 %) групи 1 з дисліпідемією на тлі ЦД 2 типу мали надмірну вагу або ожиріння І ст.: середнє значення ІМТ – 31,2 ± 0,7 кг/м^2. Дисліпідемію високих градацій, а саме – з рівнем ХС ЛПНЩ ≥ 5ммоль/л та/або ХС неЛПВЩ ≥ 5,8ммоль/л було виявлено у 16 пацієнтів, що становить 29 % пацієнтів 1 групи з ЦД 2 типу. У групі з ЦД було виявлено прямі кореляційні зв'язки між вуглеводними та ліпідними зрушеннями, а також високу залежність рівня атерогенності ліпідного профілю від ступеня дестабілізації цукрового діабету. Відповідно до аналізу 2 групи з ожирінням II–III ст, середній рівень ІМТ у даній групі склав 38,2 ± 0,7 кг/м^2. У 81 % пацієнтів було виявлено порушення толерантності до глюкози. У 8 пацієнтів даної групи (19 %) було виявлено «можливу» СГ. У групі 2 значимої кореляції між показниками ІМТ, ОТ та зрушеннями у ліпідному профілі виявлено не було. Після розділення групи з ожирінням на підгрупи 2А та 2В, значимих відмінностей в клінічній характеристиці та ліпідному профілі виявлено не було, також були відсутні кореляційні зв'язки між рівнем порушення вуглеводного обміну та ліпідними зрушеннями.