

XVI Національний конгрес кардіологів України: постійний рух вперед всупереч перешкодам

23–25 вересня 2015 р. у стінах Національного спорткомплексу «Олімпійський» пройшов XVI Національний конгрес кардіологів України (далі — Конгрес), що вже традиційно об'єднав провідних спеціалістів як кардіологічного, так і інших фахових напрямків. Організаторами заходу виступили Національна академія наук України, Національна академія медичних наук України, Міністерство охорони здоров'я України, Асоціація кардіологів України, Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» Національної академії медичних наук України». Впродовж трьох днів інтенсивної роботи делегати і гості змогли взяти участь у низці сателітних симпозиумів, майстер-класів та дискусій, прослухати оригінальні доповіді та повідомлення провідних кардіологів, кардіохірургів, психіатрів.

Підтвердження знаковості події стала присутність на ній видатних світил вітчизняної та зарубіжної кардіології та кардіохірургії. Також, окрім визнаних корифеїв галузі, Конгрес відвідали представники законодавчої та виконавчої влади, очільники Національної академії медичних наук (НАМН) України та Асоціації кардіологів України. Учасники Конгресу передали своє вітання у формі листа-звернення голові Національної академії наук України та Європейської асоціації кардіологів.



Урочисте відкриття заходу розпочалося зі вступного слова **Володимира Коваленка**, академіка НАМН України, професора, президента Асоціації кардіологів України, директора Державної установи (ДУ) «Національний науковий центр (ННЦ) «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України». Оратор привітав делегатів і гостей Конгресу, відзначивши нагальну потребу в об'єднанні прогресивних медичних та політичних сил, а також громадських організацій з метою надання допомоги всім, кого безпосередньо та опосередковано торкнулася ситуація на Сході України. На думку В. Коваленка, головною тематичною тезою заходу має стати: «стрес і серцево-судинні захворювання», що якнайкраще відображає вплив сьгоднішніх подій на стан здоров'я українців.

Ольга Богомолець, голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, професор кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету (НМУ) імені О.О. Богомольця, зачитала лист-



вітання Голови Верховної Ради України Володимира Гройсмана, в якому він зазначив, що саме такі заходи допомагають виокремити провідні теми сучасної кардіології, окреслити стратегічні напрями подальшого руху галузі, на найвищому фаховому рівні обговорити наукові та практичні аспекти подальших стратегій лікування серцево-судинних захворювань. О. Богомолець від імені В. Гройсмана побажала усім присутнім високої результативності на шляху реформування та подальшого вдосконалення надання кардіологічної допомоги населенню України, а також цікавих ідей, професійних здобутків, натхнення, добра і миру. Вона підкреслила, що для подальшого руху галузі необхідне створення сучасних клінічних протоколів європейського зразка, а також єдності всієї медичної спільноти для боротьби з фармацевтичною, професійною та побутовою корупцією.

Віктор Шафранський, заступник міністра охорони здоров'я України, ознайомив присутніх з офіційними статистичними даними, підкресливши роль серцево-судинної патології у спектрі причин смерті населення України. Доповідач продемонстрував важливість роботи кардіологів, кардіохірургів і терапевтів у напрямку подолання серцево-судинної захворюваності, відзначивши досягнення деяких із них.



Віталій Цимбалюк, академік, віце-президент НАМН України, професор кафедри нейрохірургії НМУ імені О.О. Богомольця, відзначив плідну роботу лікарів-кардіологів та кардіохірургів, зупинився на їх наукових і педагогічних здобутках: за останні роки в Україні



з'явилася ціла плеяда професіоналів, що достойно представляють галузь на світовому рівні. Також він підтвердив важливість теми стресогенних факторів в умовах військової агресії, оскільки у 80% пацієнтів, які наразі перебувають у військових госпіталях, виявляють саме психосоматичні захворювання.

Долучився до привітань і один із провідних вчених світового рівня, **Маріо Марзіллі** (Mario Marzilli), професор медичного факультету Пізанського університету (University of Pisa Medical School), Італія, який висловив гордість за українських колег, підкресливши ентузіазм та професіоналізм їх роботи.



З вітальними промовами виступили також **Василь Лазоришинець**, член-кореспондент НАМН України, професор, начальник лікувально-організаційного управління НАМН України, **Юрій Вороненко**, академік НАМН України, професор, ректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, **Георгій Дзяк**, академік НАМН України, професор, ректор Дніпропетровської державної медичної академії, **Ілля Смець**, професор, директор Науково-практичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, **Борис Тодуров**, член-кореспондент НАМН України, професор директор Київської міської клінічної лікарні «Київський міський центр серця» та ін.

Символічною стала тема проблемної доповіді **В. Коваленка** «Стрес і серцево-судинні хвороби: формування національної стратегії профілактики, лікування та реабілітації», яка в умовах особливої соціально-політичної ситуації в Україні якнайкраще відображає домінуючу наразі медичну проблему сьогодення. Вплив стресових факторів за таких умов стосується не лише безпосередніх учасників військового конфлікту, а й вимушених переселенців, жите-

лів регіонів, де проходять боєві дії, та решти населення України, яке перебуває під постійним напруженням внаслідок існуючого інформаційного перевантаження.

Саме тому в 2014 р. Асоціацією кардіологів України вперше озвучена актуальність теми впливу стресу на розвиток і перебіг хвороб органів кровообігу. Підтвердженням цього стали результати європейського дослідження EUROASPIRE IV, в якому також взяли участь 463 мешканці України з високим серцево-судинним ризиком. Метою роботи стало розроблення стратегій щодо покращення, запобігання ризику серцево-судинних захворювань на етапі первинної ланки медичної допомоги. Результати дослідження свідчили про наявність субклінічної та клінічної тривожності у 21,5 і 10,6% пацієнтів відповідно. У жінок зазначені стани реєстрували вдвічі частіше, ніж у чоловіків. Майже половину пацієнтів (43,1%) становили учасники працездатного віку обох статей.

За результатами проспективних досліджень, наданих Всесвітньою організацією охорони здоров'я, в осіб із вираженим тривожно-депресивним синдромом ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) і смерті протягом 6 років на 40 і 60% відповідно вищий, ніж у людей зі стертою депресивною симптоматикою.

В існуючих реаліях на передній план виходить поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР), яке включає сукупність порушень, що виникають після травматичної дії факторів зовнішнього середовища. Основними його фізіологічними проявами є стійке підвищення частоти серцевих скорочень, підвищення артеріального тиску, м'язовий тремор, підвищена чутливість до зовнішніх подразників, які нагадують про перенесену травму.

Виокремлюють такі коморбідні захворювання і стани, асоційовані з ПТСР:

- депресивні та тривожні розлади;
- широкий спектр психічних відхилень;
- агресивна поведінка;
- проблеми зі сном (безсоння, нічні кошмари);
- шкідливі звички (зловживання наркотиками, алкоголем, токсичними речовинами);
- травматичні ушкодження головного мозку;
- захворювання серцево-судинної системи (ІХС, артеріальна гіпертензія, нейроциркуляторна дистонія).

Тому сьогодні домінуючим важелем для забезпечення здоров'я населення є боротьба з наслідками гострого та хронічного стресу шляхом оптимізації системи медичної допомоги. У контексті хронічного стресу вона передбачає:

- формування груп спостереження з метою оцінки їх психоемоційного стану;
- гігієнічне виховання і навчання щодо уникнення впливу провідних чинників ризику, які викликають порушення психоемоційного стану;
- динамічне спостереження за психоемоційним станом вищезазначених груп шляхом проведення оглядів і консультацій у фахівців психотерапевтичної служби;

- проведення комплексного лікування та реабілітаційних заходів з визначенням їх обсягу і частоти відповідно до рівня ризику з урахуванням психічного здоров'я.



Більш детально з результатами EUROASPIRE IV присутніх ознайомила **Марина Долженко**, професор, завідувач кафедри кардіології і функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, віце-президент Всеукраїнської громадської організації «Асоціація фахівців з ехокардіографії». Зокрема, дані цього дослідження стали відображенням ефективності первинної профілактики, яка базувалася на дотриманні хворими основних європейських рекомендацій щодо режимів активності та дієтичного режиму, з особливою увагою до пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД), метаболічним синдромом та порушеною толерантністю до глюкози. Також доповідь містила дані щодо прихильності пацієнтів стосовно призначеного лікування. Більшість респондентів, за словами М. Долженко, найбільшою мірою прислуховувалися до порад кардіолога і терапевта, хоча пацієнти з коморбідними захворюваннями, спричиненими порушенням глікемічного профілю, вважали більш авторитетною думку ендокринолога.

Доповідач зазначила, що 12% учасників дослідження високого серцево-судинного ризику були курцями, 48% мали підвищену масу тіла, а 59% — центральне ожиріння. При цьому на запитання щодо попередньої консультації лікаря відносно бажаного зменшення маси тіла 80% пацієнтів відповіли схвально. Дотримання рекомендацій щодо бажаного режиму фізичних навантажень серед осіб із високим серцево-судинним ризиком зареєстровано у 24% респондентів порівняно з 32% у країнах Європи. Проте, за даними анкетування, близько 46% респондентів були фізично активними.

Частка осіб з артеріальною гіпертензією, які не отримували відповідної антигіпертензивної терапії, становила 42%. Із досліджуваної когорти 47% погоджувалися на подальші зміни стилю життя для зниження ризику серцево-судинних ускладнень: 73% пацієнтів висловлювали готовність зменшити кількість солі в раціоні харчування і 43% — підвищити рівень фізичної активності. Рівень досягнення цільових характеристик артеріального тиску в Україні був нижчим за такий у Європі: 62 і 68% відповідно. Частка пацієнтів, які не отримують необхідної гіполіпемічної терапії для досягнення цільового рівня загального холестерину (ХС) крові, була більшою за таку в Європі: 15 і 11% відповідно. Доповідач також відзначила, що близько 11% пацієнтів зізналися в тому, що за останні 6 міс відійшли від призначеної терапії, замінивши іншими або

ж просто припинивши застосування деяких препаратів.

Професор **М. Марзілі** представив на розгляд гостей та учасників Конгресу новий погляд на енергетичний метаболізм серця як основу для оптимізації лікування пацієнтів із ІХС. Традиційно причиною розвитку ІХС прийнято вважати обструкцію коронарних артерій атеросклеротичними бляшками. Тому справжньою революцією в кардіології стали результати дослідження, отримані лікарями-радіологами, за участю >13 тис. міського населення. У ході роботи порівняли показник очікуваної вірогідності обструкції коронарних артерій у пацієнтів з ІХС із наявними даними обмеження їх коронарних судин. Усіх пацієнтів розподілили на 4 групи:

- зі стабільною стенокардією;
- з нестабільною стенокардією;
- без стенокардії, але із заградниним болем;
- без симптомів ІХС.

Звертаючись до домінуючої теорії атеросклеротичного ураження як причини ІХС, вчені очікували відповідної картини розподілу вираженості атеросклерозу від найбільшої, у пацієнтів зі стабільною стенокардією, до повної відсутності в асимптомних пацієнтів. Однак результати коронарографії показали приблизно однакову картину атеросклеротичного ураження у представників усіх чотирьох груп із тенденцією до збільшення ураження з віком. При цьому лише 50% пацієнтів зі стабільною стенокардією мали коронарну обструкцію. Її хірургічне усунення лише тимчасово усувало симптоми стенокардії: вже через 1 рік 30% пацієнтів скаржилися на повернення болю, через 5 років ця частка досягала 50%.

У подальшому результати дослідження самого доповідача з його колегами підтвердили хибність одностороннього підходу до проблеми ІХС як захворювання, спричиненого обструкцією коронарних судин. Це зумовило зсув пріоритетності теорії формування ішемії міокарда внаслідок відкладення у судинах атеросклеротичних бляшок. Таким чином, сьогодні кардіологи в усьому світі схиляються до думки важливості ролі енергетичної кризи різних метаболічних процесів як одного з важливих механізмів розвитку ІХС. Якщо раніше це захворювання розглядали як наслідок недостатності забезпечення міокарда адекватною кількістю крові, то зараз ІХС вважають результатом енергетичної недостатності, спровокованої розривом нормальної послідовності у процесах окиснення глюкози у серцевому м'язі.



Продовжила та доповнила доповідь італійського колеги **Катерина Амосова**, член-кореспондент НАМН України, професор, ректор НМУ імені О.О. Богомольця, завідувач кафедри госпітальної терапії № 2 НМУ

імені О.О. Богомольця, яка більш детально зупинилася на діагностиці та лікуванні ІХС з урахуванням даних останніх досліджень. Так, окрім класичної антиішемічної терапії та застосування блокаторів β -адренорецепторів, антагоністів кальцію тощо, а також фармакотерапії для запобігання ішемії міокарда (антитромботичної терапії, гіполіпідемічних препаратів, інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту), доповідач підкреслила ефективність додаткового застосування препаратів, які впливають на метаболізм (триметазидину).

Як і професор М. Марзілії, К. Амосова відзначила відсутність переваг проведення перкутанного коронарного втручання в контексті подальшого прогнозу пацієнта, його якості життя та ризику смерті, що підтверджено результатами низки європейських досліджень. При цьому доповідач піддала сумніву й ефективність так званої оптимальної медичної терапії, яка полягає у застосуванні ≥ 1 антиангінального/антиішемічного засобу в поєднанні з препаратами, що впливають на подальший прогноз (ацетилсаліцилова кислота, статини, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту). Так, за даними ряду робіт, при застосуванні зазначеної терапії у 90% пацієнтів зберігається стенокардія напруження, у 47% — стенокардія спокою. При цьому застосування препаратів зазначених груп мають обмеження. Окрім цього, проведення оптимальної медичної терапії, як і хірургічного коронарного втручання, не знижує смертність серед пацієнтів з ІХС.

Це перш за все можна пояснити поганою кореляцією анатомічної вираженості стенозу з її функціональною значущістю, а також недооцінкою значення частих транзиторних вазомоцій дрібних судин, які не можна виявити за допомогою коронарографії, та великих судин, що можна ідентифікувати при застосуванні зазначеного діагностичного методу.

Підсумовуючи, К. Амосова відзначила перспективність застосування комбінації представника групи антиангінальних/антиішемічних препаратів (наприклад блокаторів β -адренорецепторів) у високих дозах із препаратами метаболічної дії (триметазидином).



Лариса Васи́льєва, доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 Дніпропетровської державної медичної академії, провела майстер-клас, в якому, окрім останніх рекомендацій щодо

алгоритму дій при підозрі на тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА), представила дані досліджень застосування антикоагулянта ривароксабану. Окресливши загально масштаб проблеми внутрішніх тромбоемболій, доповідач детально розглянула причини фібриляції передсердь як приводу для виникнення ТЕЛА. Після ознайомлення

присутніх з алгоритмом діагностики патології, Л. Васильєва продемонструвала дані єдиного окремого дослідження застосування ривароксабану у пацієнтів із ТЕЛА — EINSTEIN PE (Pulmonary Embolism). Результати цього дослідження свідчили про вищу безпеку застосування ривароксабану порівняно з гепарином натрію у пацієнтів із помірним і низьким ризиком смерті. При цьому через 21 день терапії ривароксабаном у 88% пацієнтів відзначали повний або частковий регрес тромбу. Однак при масивній ТЕЛА зазначений препарат не рекомендований: у цих пацієнтів варто застосовувати низькомолекулярний гепарин, як і в сумнівних випадках, що характеризуються неспроможністю точно визначити у пацієнта ризик смерті.

Препарат рекомендують призначати як антикоагулянтну монотерапію ТЕЛА у пацієнтів із низьким та середнім ризиком ранньої летальності. Його призначення можливе як замість, так і після курсу парентеральних антикоагулянтів. Застосування ривароксабану сприяє швидкій регресії тромбу протягом 3 тиж і асоційоване зі зниженням ризику значних кровотеч на 51% порівняно з еноксапарином чи антагоністами вітаміну К.



Професор **Михайло Лутай**, завідувач відділом атеросклерозу і хронічної ішемічної хвороби серця ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», присвятив свою

повідь ефективності застосування статинів у високих дозах у пацієнтів із хронічною ІХС, а також з метою зниження ризику розвитку ішемічного інсульту. Зупинившись на рекомендаціях щодо призначення статинів у пацієнтів з атеросклерозом для досягнення рівня ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) $< 1,8$ ммоль/л (а за відсутності такої можливості — зниження цього рівня на $\geq 50\%$), він зазначив, що агресивна ліпідознижувальна терапія приводить до суттєвого зменшення індексу вмісту ліпідів в атеросклеротичній бляшці через 6–8 тиж.

Згідно з результатами метааналізу 24 досліджень за участю близько 165 тис. пацієнтів, агресивна ліпідознижувальна терапія зменшує кількість повторних (особливо фатальних) ішемічних інсультів, хоча й незначно підвищує ризик виникнення геморагічного інсульту. Водночас зниження рівня ХС ЛПНЩ на кожні 39 мг/дл приводить до зниження відносного ризику інсульту на 21%.

Однак при застосуванні препаратів цієї групи необхідно пам'ятати про потенційне підвищення ризику розвитку ЦД в середньому на 9%. При цьому найвищий ризик розвитку ЦД при застосуванні статинів реєстрували в рандомізованих клінічних дослідженнях із когортою пацієнтів похилого віку. Лікування статинами 255 пацієн-

тів протягом 4 років приводило до розвитку одного додаткового випадку ЦД.

М. Лутай підняв питання готовності лікарів призначати пацієнтам з ІХС статини у високих дозах, підкресливши необхідність якісної мотивації, що достовірно підвищується за наявності цільового рівня ХС ЛПНЩ. Це питання особливо важливе, оскільки 5 із 10 пацієнтів з ІХС не спроможні досягнути його. Недостатні дози статинів і низька прихильність до терапії є причинами того, що більше половини усіх осіб з ІХС і 4 із 5 пацієнтів високого ризику не досягають цільових рівнів ліпідів, тобто не отримують можливих переваг зазначеної профілактичної стратегії.



Темуприхильності пацієнта до призначеної терапії продовжив **Олег Чабан**, професор кафедри загальної та медичної психології та педагогіки НМУ імені О.О. Богомольця. Він зазначив, що встановлення

контакту з пацієнтом — найбільша проблема, з якою лікарі зіштовхуються в повсякденній практиці. Ускладнює роботу лікарів і прагнення самих хворих якнайшвидше власноруч встановити собі діагноз. На допомогу такому пацієнту приходять дані, які легко можна відшукати в глибинах інтернету. Це призводить до небажання погоджуватися з професійною думкою і навіть агресивної поведінки пацієнта. Доповідач процитував слова відомого фахівця, який спеціалізується на питаннях геріатрії, професора Дженет Макілені: «Проблема полягає в надзвичайно великому обсязі доступної медичної інформації та в тому, що пацієнти часто не розуміють медичної термінології».

О. Чабан ознайомив присутніх із можливими причинами низької прихильності пацієнта до терапії, які приховані в самому лікареві, його ставленні до проблем хворого. Зокрема переконливість фахівця є недостатньою за умови:

- відсутності у нього самого віри в можливість ефективного лікування при хронічному розладі;
- його нетерплячості, що унеможлиблює тривалі консультації без швидкого та стабільного ефекту;
- небажання надавати повну інформацію пацієнту стосовно його захворювання, зловживання термінологією;
- небажання формувати партнерські взаємовідносини з пацієнтом;
- роботи виключно на біологічному рівні, без оцінки проблем пацієнта, урахування його психологічних та особистісних характеристик;
- наявності у лікаря синдрому емоційного вигорання;
- жорсткого дотримання стандартів та протоколів діагностики та лікування і, навпаки, їх ігнорування;
- відсутності зацікавленості у пацієнті тощо.



Доповідач навів низку стратегій переконання пацієнта та впливу на нього відносно доцільності дотримання наданих рекомендацій. Він підкреслив ефективність створення відчуття альтернативи у пацієнта, необхідності створення ситуації, що симулює варіант прийняття рішення самим хворим, дієвість відображення емоцій пацієнта лікарем. Також для покращення комплаєнсу фахівець може приводити докази на основі параклінічних даних, направляти пацієнта до альтернативних джерел інформації з подальшим її обговоренням та підштовхуванням у правильному напрямку тощо.

Загалом протягом 3 днів Конгрес відвідали близько 3 тис. практикуючих лікарів та науковців різних спеціальностей з усіх регіонів України, а також всесвітньо відомі іноземні фахівці з США, Італії, Німеччини, Франції та Литви. Присутні змогли ознайомитися з матеріалом, представленим **Альбертом Ажежа** (Albert A. Hagege) (Париж, Франція), віце-президентом Товариства кардіологів Франції, Національний госпіталь імені Помпіду, **Аудріусом Айдетис** (Audrius Aidietis) (Вільнюс, Литва), керівником Центру кардіології та ангіографії Університетської лікарні Вільнюса «Сантарішкіу клінікос», **Інго Фітце** (Ingo Fietze) (Берлін, Німеччина), керівником лабораторії сну в клініці Шаріте, головою Наукової спілки з вивчення сну та ін.

У рамках роботи Конгресу проведено VII Українсько-французький форум за участю провідних вчених-кардіологів світу, спільну наукову сесію Американської асоціації серця (American Heart Association), Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology) та Асоціації кардіологів України, Міжнародний симпозиум з проблем лікування артеріальної гіпертензії, конкурс наукових робіт молодих вчених, нараду з організаційно-методичних проблем кардіологічної служби України, а також пленарне засідання Асоціації інтервенційних кардіологів України.

Гості та делегати заходу змогли взяти участь у ряді пленарних засідань, на яких розглянуто фундаментальні проблеми сучасної кардіології, питання ЦД та дисфункції щитовидної залози як ендокринних предикторів серцево-судинної захворюваності, основні аспекти діагностики та лікування ІХС, гострого коронарного синдрому, артеріальної гіпертензії, хвороб пери-

карда, ендокарда, міокарда та клапанів серця, а також легеневої гіпертензії та цереброваскулярної патології. Крім цього, в рамках пленарних засідань розглянуто теми наступності у наданні кардіологічної та кардіохірургічної допомоги в Україні, проблеми мультифакторної корекції серцево-судинного ризику, клінічної фармакології серцево-судинних захворювань, сучасних методів візуалізації, діагностики та ехокардіографії, а також превентивної кардіології та реабілітації.

На секційних симпозиумах вчені зосередилися на питанні лабораторного забезпечення діагностики різних патологічних станів при стресі, епідеміологічних та медико-соціальних аспектах серцево-судинної захворюваності, проблемах клінічних досліджень в Україні, актуальних питаннях клінічної аритмології та гендерної медицини.

У ході Конгресу проведено три круглих столи, де розглянуто варіанти застосування нових антикоагулянтів у пацієнтів різних вікових груп із фібриляцією передсердь, питання переваг та втрачених можливостей при застосуванні оригінальних препаратів і генеричних копій загалом, а також при лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Під час науково-практичних симпозиумів учасники прослухали доповіді стосовно теоретичних та практичних проблем при веденні пацієнтів з ішемією міокарда, питань серцевої недостатності після гострого інфаркту міокарда, а також основних аспектів застосування вітчизняних генеричних препаратів із поліпшеною фармакокінетикою і профілем безпеки у лікуванні пацієнтів із ІХС.

Жвавий інтерес присутніх викликали майстер-класи: «Артеріальна гіпертензія та коморбідні стани. Як лікують в Україні за європейськими стандартами?» (М. Долженко, Я. Д'яченко), «Ендотеліальна дисфункція та артеріальна гіпертензія: зона «особливого» ризику» (Т. Колесник), «Якість життя як фундаментальна мета лікування пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю» (Л. Воронков), «Сучасні алгоритми відновлення синусового ритму у хворих із фібриляцією передсердь» (О. Сичов, О. Романова), «Обґрунтування високоінтенсивної гіполіпідемічної терапії в кардіології» (О. Пархоменко), «Підготовка до оперативних втручань пацієнтів з сер-

цево-судинними захворюваннями. Що змінити в терапії? Що відмінити? Що призначити?» (В. Целуйко), «Як оптимізувати ефективність, безпеку та прихильність до гіполіпідемічної терапії: прагматичний підхід» (К. Амосова) та ін.

Також під час Конгресу проведено чотири наукові дискусії та інтерактивну сесію, прочитано 11 лекцій. Гостям і делегатам вдалося почути близько 300 доповідей та обговорити 64 стендові доповіді.

Під час підсумкової організаційно-методичної наради МОЗ України, НАМН України та Асоціації кардіологів України за участю головних спеціалістів МОЗ та НАМН України і питань реформування подальшого вдосконалення надання кардіологічної допомоги в Україні визначено напрямки реформування та подальшого вдосконалення надання кардіологічної допомоги, розглянуто особливості надання допомоги хворим в умовах військового конфлікту, а також прослухано доповідь, присвячену імплементації міжнародних протоколів і стандартів у лікуванні пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями у практику українського практикуючого лікаря.

В останній день Конгресу пройшла Генеральна асамблея Асоціації кардіологів України, на якій пролунала підсумкова звітна доповідь «Про роботу Асоціації кардіологів України за минулий рік» президента Асоціації В. Коваленка. Також членами Президії затверджено рекомендації Асоціації кардіологів України та Національні стандарти і протоколи з діагностики, лікування і профілактики серцево-судинних захворювань.

Окрім значного внеску визнаних метрів галузі, В. Коваленко відзначив досягнення молодого покоління науковців, назвавши роботи найкращих із них та нагородивши їх почесними грамотами.

XVI Національний конгрес кардіологів України став масштабною подією не лише для представників кардіологічного напрямку медицини, а й для всієї медичної спільноти. Вперість, з якою українські кардіологи та кардіохірурги ламають стереотип меншовартості вітчизняних досягнень порівняно з іноземними колегами, викликає повагу та стає своєрідним стимулом для представників інших медичних напрямків.

*Лілія Антоноук,
фото автора та Сергія Бека*