

# Сучасна кардіологія в Україні: від невідкладних станів до глобального реформування галузі

Національний конгрес кардіологів України (далі — Конгрес) став вже традиційно визначною щорічною подією, яка збирає тисячі провідних вітчизняних і зарубіжних фахівців задля вирішення нагальних проблем у галузі терапевтичної та інвазивної кардіоваскулярної медицини, обміну професійним досвідом, обговорення певних актуальних аспектів клінічної практики, дружнього кулуарного спілкування колег тощо. Цьогорічний Конгрес, який відбувся 26–28 вересня 2018 р., значно розширив рамки та вивів рівень таких заходів на нові висоти, адже навіть столичний Національний спортивний комплекс «Олімпійський» не зміг вмістити всіх охочих взяти участь у роботі Конгресу, тому частина подій відбувалася паралельно в готелі «Русь». Пропонуємо і нашим читачам поринути разом із нами в серце цього триденного кардіомарафону.

Зазначимо, що цьогорічний XIX Конгрес відбувся за сприяння Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Національної академії наук (НАН) України, Національної академії медичних наук (НАМН) України, Всеукраїнської асоціації кардіологів України, Асоціації дослідників України, Всеукраїнської асоціації превентивної кардіології та реабілітації, а також Державної установи (ДУ) «Національний науковий центр (ННЦ) «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України».



Однією з особливостей Конгресу є його вечірнє урочисте відкриття одразу наприкінці першого дня роботи, під час якого присутні мали змогу заслухати привітання від українського політикуму й урядовців, представників академічної та міжнародної медичної спільноти тощо. Цього року урочисту частину розпочав директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», президент Асоціації ревматологів України, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор **Володимир Коваленко**. Промовець наголосив, що кардіологія об'єднує не тільки близько трьох тисяч вітчизняних лікарів цієї спеціалізації, але й велику кількість фахівців суміжних медичних напрямків, які спільними зусиллями проводять роботу, спрямовану на зміцнення здоров'я громадян нашої держави. Професор акцентував увагу на тому, що цьогорічний Конгрес зібрав приблизно три тисячі лікарів і вчених з усіх куточків України, а зважаючи на те, що значна кількість присутніх є фахівцями первинної ланки надання медичної допомоги, В. Коваленко вважає одним із пріоритетних завдань створення нового рівня відносин у рамках реформування системи охорони здоров'я та вертикалі доступності в наданні медичної допомоги пацієнтам із серцево-судинними захворюваннями. Академік висловив впевненість, що з'їзд пройде успішно, дасть натхнення і творчий поштовх лікарській спільноті в боротьбі з кардіоваскулярними патологіями, сприятиме імплементації нових технологій у діагностиці та лікуванні пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, а також об'єднає не тільки лікарську спільноту, а й всю українську націю.



Деякі слова від Голови Верховної Ради України Андрія Парубія та особисто від себе висловила Голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я **Ольга Богомолець**. Народний обранець зазначила, що проведення в Україні такого представницького міжнародного форуму провідних кардіологів стало доброю традицією та визначною подією в медичному житті нашої держави, додавши, що проблеми, над якими працюють лікарі, є вкрай

важливими в аспекті збереження та зміцнення здоров'я української нації, адже щороку від серцево-судинних захворювань ми втрачаємо понад 400 тис. співгромадян. Дякуючи лікарям за те, що в надскладних умовах, в яких живе сьогодні наша держава, вони залишаються в Україні, О. Богомолець наголосила на важливості обговорення теми раптової смертності, адже, за її словами, майже 70 тис. українських громадян гинуть саме раптовою смертю. Що в цьому можна змінити? Народний депутат акцентувала увагу присутніх на тому, що лікарі на місцях можуть творити чудеса за умов наявності лікарських засобів, необхідного устаткування, обладнання тощо. До того ж за останні роки вдалося створити дещо майже неймовірне: за кошти міжнародних спонсорів в Україні на базі Міністерства внутрішніх справ відкрито тренінговий центр та проведено навчання для тренерів-парамедиків. Тобто кожен поліцейський, рятувальник, пожежник, і, на сподівання О. Богомолець, у майбутньому навіть кожен шкільний вчитель фізкультури будуть мати навички допомоги людині в разі зупинки серцевої діяльності до приїзду швидкої допомоги.



Наступним до привітань долучився заступник міністра охорони здоров'я України **Павло Ковтонюк**. Нагадуючи присутнім про триваючу реформу системи охорони здоров'я на первинній ланці, заступник міністра наголосив на важливості професійного діалогу в тому числі і з лікарями вузьких спеціальностей, адже серцево-судинні захворювання та кардіологія в цілому не зникають із радару Українського Уряду. П. Ковтонюк нагадав присутнім про діючу програму «Доступні ліки», де більшість оплачуваних державою препаратів належать до групи антигіпертензивних лікарських засобів. Також, за словами промовця, другий рік триває програма зі створення реперфузійної мережі, яка розроблена спільно з членами профільної асоціації, і на третій рік так само закладені кошти. Оратор наголосив на тому, що є певні успіхи в частині закупівель стентів, тобто сьогодні для екстрених випадків країна забезпечена цими матеріалами. Заступник міністра акцентував увагу на тому, що наразі 18 млн осіб змогли вибрати свого лікаря, і, відповідно, перейшовши на принцип «кошти йдуть за пацієнтом», заклади охорони здоров'я відчули, що дійсно ця система працює, дохід фахівців і лікарень росте, є сімейні лікарі, які отримали вдвічі-втричі вищі заробітні плати.

П. Ковтонюк зосередив увагу на тому, що у присутніх може виникнути запитання стосовно того, коли реформа дійде до спеціалізованої медичної допомоги, і, відповідаючи на нього, зазначив, що саме зараз настає час почати цю практичну розмову. Розуміючи можливі сумніви з боку професійної спільноти про те, що високоспеціалізована медична допомога є набагато складнішою та дорожчою, оратор наголосив на тому, що наступного

року відбуватимуться зміни фінансування у спеціалізованій допомозі, а також розпочнеться підготовка до найскладнішого етапу — реформування стаціонарного медичного напрямку, яке заплановано на 2020 р. За словами урядовця, минулого року вдалося закласти в закон про медичну реформу маркер фінансування системи охорони здоров'я — 5% ВВП, які мають стати дороговказом Уряду України для того, щоб знати, скільки грошей буде достатньо, щоб мати сучасну систему охорони здоров'я, яка буде належним чином фінансово забезпечена. Однак, як наголосив П. Ковтонюк, будучи практиками, слід розуміти, що з одного дня на другий 5% ВВП — недосяжний показник для нашої держави, тобто буквально подвоїти бюджет охорони здоров'я за один день дуже важко, тому зміни починатимуться з тими коштами, які країна заробить і перерозподілить. За словами заступника міністра, медицина буде в пріоритетах Уряду, і, безумовно, кошти на реформу системи охорони здоров'я виділятимуться, і вже цього року охорона здоров'я знаходиться на другому місці серед усіх міністерств за обсягом додаткового фінансування. Звісно, це не 5% ВВП, але це друге місце після армії, як зазначив промовець.

Високопосадовець окремо наголосив на необхідності проведення доволі серйозних дискусій про те, скільки коштів реально буде необхідно на проведення реформи на рівні спеціалізованої допомоги, що на ці кошти можна буде зробити і який результат показати. На переконання П. Ковтонюка, в умовах відсутності 5% ВВП слід рухатися відповідно до пріоритетів, одним з яких, безумовно, є кардіологічний напрямок. Саме тому вже нинішнього року слід розпочати практичну розмову про те, з чим урядовцю в середині 2019 р. приходить до Прем'єр-міністра та міністра фінансів України, визначити пріоритетність медичних напрямків і найбільш актуальних для нашої держави захворювань, а також надати конкретний план дій із цифрами. Важливою частиною цього плану має бути структура організації медичної допомоги, тобто як вона має бути сучасно організована. Актуальним питанням залишається організація мережі, яка має працювати ефективно та результативно. І чи не найголовніше — який на це все потрібен бюджет і коли відчуватиметься результат.



Наступним до змоги привітати аудиторію долучився президент НАМН України, повний кавалер ордена «За заслуги», заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Віталій Цимбалюк**. Бажаючи плідної праці та хороших результатів, промовець наголосив на важливості обговорюваних протягом подібних конгресів тем і вирішуваних питань, адже, відповідно до статистичних даних, відзначається прогресування захворюваності та летальності внаслідок серцево-судинних патологій. За словами оратора, в минулі роки він наголошував на тому, що не можна проводити кардіологічний конгрес щорічно, адже у світі подібні заходи проводять раз на чотири-п'ять років. Сьогодні, розуміючи важливість і пріоритетність проблематики, В. Цимбалюк визнає необхідність щоріч-

ної організації Конгресу, але за умови надання результатів проведеної роботи. Не оминаючи увагою питання реформування системи охорони здоров'я, професор наголосив на тому, що НАМН України не чекає 2020 р., на який заплановані зміни у високоспеціалізованій і високотехнологічній допомозі, адже ще з минулого року очолюваний ним заклад вступив у так званий пілотний проект, в який включені чотири найкращих інститутів, серед яких і Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска, і вирішується питання надання високоспеціалізованої допомоги. За словами президента НАМН України, процес проходить доволі складно, але і зроблено немало. Затверджена методика розрахунку вартості надання медичної послуги, є тарифи, цього року на чотири інститути виділено 600 млн грн., тобто кожен інститут отримав втричі більше коштів, ніж отримував досі. Що з цього вийшло? За словами промовця, якщо впровадити дійсно безкоштовне лікування з усіма найновітнішими технологіями, то реально цих коштів вистачить лише на третину пацієнтів.



У свою чергу директор ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», президент Асоціації серцево-судинних хірургів України, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор **Василь Лазоришинець**, наводячи статистичні дані стосовно структури смертності наших співгромадян внаслідок кардіоваскулярних патологій, наголосив на важливості першочерговості профілактичних заходів, діагностики і терапевтичного лікування пацієнтів, і тільки в разі відсутності іншого виходу — переходу до хірургічного втручання. За словами оратора, кількість проведених оперативних та інтервенційних кардіологічних заходів в Україні збільшується, але сьогодні, орієнтуючись на європейські показники, задовольняє потребу лише на 13,5%. На переконання В. Лазоришинця, дуже важливою є присутність сімейних лікарів на Конгресі, адже слід відбудовувати алгоритм лікування пацієнтів кардіологічного профілю від первинної ланки до високоспеціалізованої медичної допомоги. Академік наголосив на певних аспектах медичної реформи і акцентував увагу присутніх на тому, що заплановані на 2020 р. зміни на третинному рівні розпочалися ще минулого року, адже вже чотири інститути крок за кроком увійшли в пілотний проект. З іншого боку наявність переліку медичних послуг і тарифів є важливим кроком до впровадження страхової медицини в нашій державі, як вважає оратор і наголошує на тому, що виключно мультидисциплінарна команда, об'єднана як по вертикалі, так і по горизонталі, може досягнути успіху, причому тільки в рамках загальнонаціональної програми.

Урочиста частина відкриття Конгресу продовжилася нагородженням В. Лазоришинця відзнакою Асоціації кардіологів України — медаллю «За заслуги» за багаторічну сумлінну працю, високий професіоналізм, а також значний внесок у розвиток медичної науки та практики охорони здоров'я. Маючи змогу подякувати за нагороду, професор окремо наголосив, що ананестично багаторічна внутрішньоукраїнська дискусія між окремими профільними фахівцями з приводу того, терапевтична чи хірургічна кардіологія є важливішим напрямком лікування, може бути вирішена на кшталт цьогоріч досягнутого консенсусу між аналогічними європейськими асоціаціями, які чітко визначили сфери діяльності кардіологів, ендovasкулярних фахівців і хірургів, поставивши остаточну крапку в цих суперечках.

Далі в пошуках істини від минулого до майбутнього в українській кардіології намагався розібратися **В. Коваленко**, традиційно фокусуючи увагу на актуальних проблемах сьогодення цього медичного напрямку. З великою вдячністю звертаючись до основоположників сучасної цивілізації, професор наголосив, що, незважаючи на прогрес у галузі цифрових технологій, без формування бази та їх визначного внеску це все було б неможливим. Повертаючись у минуле, а саме в період з 2000 по 2010 р., В. Коваленко підтримав слова В. Лазоришинця про важливість профілактичних заходів, наголосивши на доцільності впровадження аналогічних програм на загальнонаціональному рівні, які в той час вже показали такі надзвичайно позитив-



ні результати, як зниження смертності та інвалідності, а також продовження тривалості життя. Академік НАМН України зробив акцент на тому, що такі програми не потребують значного фінансування. Стандартизація підходів до діагностики та лікування пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями — це не менш важливий і необхідний напрямок діяльності, можливості якого розширені згідно з наказом МОЗ України № 1422, відповідно до якого внесено зміни до Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, Методики розробки системи індикаторів якості медичної допомоги, а також Положення про реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, а також наведений перелік джерел клінічних настанов.

На думку професора, превентивна кардіологія взагалі займає особливе місце, з приводу чого декілька років тому в Європі створена відповідна асоціація, видаються журнали, методичні рекомендації, але, на жаль, не відчувається належного відгуку не тільки з боку лікарів-спеціалістів, а й фахівців первинної ланки, які в першу чергу мають зосередитися на цій проблемі. Вкотре наголошуючи на необхідності налагодження тісної співпраці між кардіологами та лікарями первинної ланки, відпрацюванням вертикалі та належної наступності, В. Коваленко нагадав і про важливість розвитку та вдосконалення інтервенційної кардіології, адже на сьогодні не вдається суттєво вплинути та знизити показники госпітальної летальності. Дивлячись на проблему максимально об'єктивно, очільник «Інституту кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» вбачає проблему в запізнілій діагностиці та госпіталізації пацієнтів із гострим коронарним синдромом, а також наголошує на необхідності адекватної фармакотерапевтичної та реабілітаційної післяопераційної підтримки. Окрему увагу слід приділити малосимптомним пацієнтам із високим кардіоваскулярним ризиком, як вважає В. Коваленко, тобто мова йде про випадки раптової смерті осіб працездатного віку, порядком для яких може стати проведення коронарографії та превентивного стентування. Загалом протягом свого виступу професор окреслив велике коло не лише проблемних питань, але також і таких нових сучасних можливостей, як комп'ютерні технології та створення штучного інтелекту з урахуванням невинної глобальної диджиталізації.

Ретроспективно повертаючись до подій, що передували урочистому відкриттю Конгресу, неможливо не відзначити доповідь німецького фахівця з кардіології, доктора **Георга Нікеніґа** (Dr. G. Nickenig) з приводу вибору правильного перорального антикоагулянта для профілактики інсульту у пацієнтів із фібриляцією передсердь. У доповіді стосовно полікомпонентних препаратів **Лариса Міщенко**, доктор медичних наук, старший науковий співробітник відділу гіпертонічної хвороби ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», особливу увагу приділила покращенню прихильності для підвищення ефективності терапії у дзеркалі проблематики артеріальної гіпертензії. Промовець нагадала присутнім, що пацієнти вмирають не від рівня артеріального тиску, а від наслідків артеріальної гіпертензії, причому переважно від інфаркту міокарда та інсультів, тобто атеротромботичних ускладнень. Важливо розуміти, що саме механістичний вплив підвищеного артеріального тиску на стінку судини призводить до її розтягнення та пошкодження ендотелію (ендотеліальної дисфункції), і саме це може бути одним із найважливіших чинників розвитку атеросклеротичного процесу. Також не менш значущими, навіть притаманними для пацієнтів з артеріальною гіпертензією факторами, є оксидативний стрес і системне запалення, що в сукупності виступають невід'ємними умовами для розвитку та прогресування атеросклерозу. Саме тому, за словами Л. Міщенко, в усіх європейських і українських рекомендаціях вже протягом багатьох років визначено чітку мету лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією — це максимальне зниження ризику розвитку серцево-судинних катастроф. Тобто зниження рівня артеріального тиску чи холестерину в крові є лише інструментами досягнення поставленої цілі.

Якщо подивитися на оновлені рекомендації Європейського товариства кардіологів 2018 р. щодо лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією, то можна звернути увагу на те, що визна-

чено нову категорію хворих, які отримують користь від статинотерапії. Показано, що для максимального зниження ризику розвитку кардіоваскулярних катастроф недостатньо лише знизити рівень артеріального тиску, а пацієнтам із помірним, високим і дуже високим ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень застосування статинів дає додаткову користь, що абсолютно наочно продемонстровано в результатах досліджень, як наголосила промовець. Продемонстровано, що поєднане зниження рівня систолічного артеріального тиску на 10 мм рт. ст. та холестерину в крові на 1 ммоль/л може сприяти зниженню ризику розвитку серцево-судинних захворювань на 86%. Безумовно, ці показники можуть бути далекими від клінічної практики, але чіткі результати досліджень можуть бути реальною доказовою базою та підставою для призначення статинотерапії пацієнтів певних груп. Повертаючись до теми доповіді, ораторка акцентувала увагу на тому, що застосування фіксованих комбінацій лікарських засобів може бути реальним інструментом для покращення прихильності пацієнтів до терапії, а це сприяє підвищенню ефективності лікування.

Для продовження обговорення піднятої теми слово взяв завідувач кафедри функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, професор **Олег Жарінов**, який наголосив на тому, що якщо подивитися на структуру смертності від серцево-судинних захворювань, то перше місце в ній впевнено займають коронарні патології, далі — інсульти, серед яких домінують ішемічні варіанти. При цьому, якщо подивитися на те, як антигіпертензивна терапія впливає на різні серцево-судинні ускладнення, тобто відносно яких патологій вона має найвираженіший профілактичний ефект, то, за словами промовця, виявляється, що антигіпертензивна терапія прекрасно допомагає запобігати розвитку серцевої недостатності, непогано діє щодо інсультів (причому ефект профілактики інсультів напруму прив'язаний до ступеня зниження рівня артеріального тиску), але не настільки потужно запобігає ускладненням, пов'язаним із коронарною хворобою серця. Тобто антигіпертензивного препарату недостатньо для запобігання ускладненням, асоційованим з ішемічною хворобою серця, в тому числі інфаркту міокарда. І в цьому напрямку (щодо ступеня зниження ризику розвитку інфаркту міокарда) жоден з антигіпертензивних препаратів не може конкурувати зі статинами, як заповнив О. Жарінов.

Не менш обговорюваним препаратом в аспекті первинної профілактики, особливо останнім часом, є ацетилсаліцилова кислота. І тут потрібно дуже чітко розуміти, з якою метою та якій категорії пацієнтів слід призначати цей препарат. Безперечно, він залишається базовим засобом вторинної профілактики коронарних подій, як наголосив оратор і додав, що результати трьох плацебо-контрольованих досліджень з приблизно 50 тис. учасниками, які закінчилися протягом останнього місяця, послідовно показали, що ацетилсаліцилова кислота як засіб первинної профілактики неефективна або навіть якоюсь мірою шкідлива для пацієнтів із цукровим діабетом, багатьма факторами ризику (але в яких немає ішемічної хвороби серця), осіб похилого віку без серцево-судинних захворювань. За словами промовця, це означає, що місце ацетилсаліцилової кислоти як засобу первинної профілактики має бути під великим сумнівом для «сучасного» пацієнта, тобто особи з добре контрольованим рівнем артеріального тиску, глюкози у крові (за наявності цукрового діабету), а також із наявними додатковими факторами ризику та застосуванням статинів, і в разі дотримання цих умов додаткове призначення ацетилсаліцилової кислоти в рамках первинної профілактики не має жодного сенсу.

О. Жарінов зробив особливий акцент на змінах у нових європейських рекомендаціях, наголосивши, що до цього дуже багато років мова йшла про комплекс інтима—медія як найкращий скринінговий показник, але в характеристиці пацієнтів групи дуже високого ризику цього комплексу немає, проте є бляшка, яка зменшує просвіт судини на >50% і виявляється ультразвуковим методом або за допомогою ангіографії з контрастуванням. Незалежно від рівня ліпідів у крові, наявність такої бляшки чи клінічних ознак атеросклерозу є дуже серйозною підставою для того, щоб, окрім антигіпертензивної терапії, застосовувати препарати групи статинів, як наголосив професор.

Слід розуміти, що органи ушкодження, які виникають у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, є одним із найважливіших пріоритетів загалом при їх обстеженні, тому промовець звернув увагу присутніх на зазначенні в європейських рекомендаціях методи, які використовують для більш детального скринінгу: судинний ультразвук сам по собі, абдомінальний ультразвук, який включає доплерографію ниркових артерій, а також кілька інших методів, які поки що немає можливості рутинно використовувати в Україні. Промовець зазначив, що одним із найчастіших запитань на різних форумах є необхідність призначення статинів як засобів первинної профілактики пацієнтам похилого чи старечого віку. Достатньо чітко відповідей на це запитання дає аналіз, наведений у Британському медичному журналі, де зазначено, що якщо у пацієнта в анамнезі відсутній інфаркт або інсульт, а також немає цукрового діабету, то показання для призначення статинів особам старечого віку є дуже сумнівними. Але за наявності цукрового діабету та віку молодше 85 років такі підстави є.

Наступним етапом Конгресу став Науково-практичний симпозиум «Значення коморбідності у виборі антигіпертензивної терапії», під час якого головний науковий співробітник відділу некоронарних хвороб серця та ревматології ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», професор **Олена Несукай** презентувала аудиторії стратегію зниження смертності пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця. Без жодного сумніву, перший пункт — це зниження рівня артеріального тиску *per se*, тобто в чистому вигляді. Замислюючись над подальшими кроками, ораторка запропонувала подивитися на статистичні дані в Україні, де зазначено, що кожна друга особа з артеріальною гіпертензією має ішемічну хворобу серця, а це понад 5 млн наших співвітчизників. У цьому напрямку важливим є досягнення цільового рівня артеріального тиску, з приводу чого в нових рекомендаціях відбулися певні зміни. Професор наголосила на тому, що слід приділити увагу не лише зменшенню вираженості симптоматики ішемічної хвороби серця, але і, чи не найголовніше, — зниженню частоти розвитку серцево-судинних катастроф, і при цьому нагадала, що до серцево-судинних захворювань відносяться як кардіоваскулярні, так і цереброваскулярні патології, а також захворювання периферичних артерій, які теж мають значення при визначенні серцево-судинного ризику.

Професор наголосила, що загальновідомим першим кроком в лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця є призначення блокаторів кальцієвих каналів та інгібіторів ренін-ангіотензинової системи. Важливо розуміти, що артеріальна гіпертензія є фактором ризику розвитку не тільки ішемічної хвороби серця, а й інсульту, тобто адекватний антигіпертензивний менеджмент дозволяє охопити ширше профілактичне коло проблем. Промовець особливо наголосила, що певні представники блокаторів кальцієвих каналів мають найвираженіший ефект у цьому превентивному напрямку, що підтверджено даними нових рекомендацій. На завершення своєї доповіді професор акцентувала, що стратегія медикаментозної терапії артеріальної гіпертензії, як зазначено в рекомендаціях, полягає в одночасному призначенні двох препаратів, причому найкраще, якщо вони будуть в одній таблетці, адже це підвищує прихильність, зменшує побічні ефекти препаратів, а також дозволяє знизити вартість лікування.

Тему поєднання артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2-го типу в ракурсі потреби в особливому підході до комбінованої антигіпертензивної терапії присутнім розкрила доктор медичних наук, керівник відділу діабетології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України» **Любов Соколова**. Згідно з наведеними статистичними даними, в Україні понад 10 млн осіб мають артеріальну гіпертензію, а 1,3 млн — цукровий діабет, але, на переконання промовця, насправді пацієнтів із цукровим діабетом набагато більше, адже кожна друга особа з артеріальною гіпертензією має цукровий діабет, але не знає про порушення свого вуглеводного обміну. Саме тому у пацієнтів зі множинними факторами ризику (дисліпідемія, ожиріння, артеріальна гіпертензія) слід вчасно виявляти цукровий діабет задля раннього призначення як антигіперлікемічної, так і антигіпертензивної чи антигіперліпідемічної терапії, що дозволяє знизити ризик розвитку ускладнень та упо-

вільнити розвиток клінічно вираженого цукрового діабету. Показано, що застосування інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту уповільнює перехід від ранніх порушень вуглеводного обміну (порушення толерантності до глюкози чи глікемії натще) до явного цукрового діабету.

За словами Л. Соколової, особа з цукровим діабетом завжди знаходиться в групі високого або дуже високого кардіоваскулярного ризику, тому підходи до лікування цього пацієнта мають бути дуже жорсткими. Ораторка нагадала, що згідно з новими рекомендаціями Європейського товариства кардіологів щодо оптимального рівня артеріального тиску у пацієнтів із цукровим діабетом, які, до речі, мають відмінності з рекомендаціями Американської діабетичної асоціації, показник систолічного артеріального тиску має бути не вище 130 мм рт. ст., але і не нижче 120 мм рт. ст. (адже погіршується перфузія в життєво важливих органах), а діастолічного — не вище 80 мм рт. ст. На переконання промовця, для досягнення цільового рівня артеріального тиску, згадуючи групи кардіоваскулярного ризику, необхідно вибирати саме ті препарати, що довели дієвість стосовно зниження серцево-судинного ризику, і в цьому плані зазвичай потрібна комбінована терапія, а перша лінія — інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту чи блокатори рецепторів ангіотензину. Л. Соколова акцентувала увагу на тому, що згідно з рекомендаціями, якщо рівень «офісного» артеріального тиску вище за 160/100 мм рт. ст., то, не втрачаючи часу, слід ініціювати комбіновану антигіпертензивну терапію, причому рекомендують комбінацію блокатора ренін-ангіотензинової системи з блокатором бета-адренорецепторів або тіазидним/тіазидоподібним діуретиком.

У рамках Науково-практичного симпозиуму «Зміна парадигми лікування хронічної серцевої недостатності: міф або реальність?» професор клініки Сантарос в лікарні Вільнюського університету (Литва) **Олена Челюткене** (Jelena Čelutkienė) поділилася із присутніми деякими теоретичними аспектами нового погляду на хронічну серцеву недостатність. Промовець нагадала про потрібну нейрогормональну блокаду, яка включає блокатори бета-адренорецепторів, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту й антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів, але звернула увагу на нову частину лікувальної схеми — препарати групи блокаторів ангіотензинових рецепторів та інгібіторів неприлізину. Задля того щоб розібратися в механізмі дії відносно нового препарату, слід додати до розуміння патогенезу серцевої недостатності новий компонент — систему натрійуретичних пептидів, декілька типів якої існує на сьогодні. За словами професора, усі натрійуретичні пептиди мають вплив на центральні гемодинамічні механізми, а також на нирки, підсилюючи фільтрацію та стимулюючи діурез і натрійурез, внаслідок чого зменшується обсяг циркулюючої крові, розвивається вазодилатація, коригується гіперволемія та знижується рівень артеріального тиску. Зважаючи на ці механізми, слід розуміти, що всередині людини антагоністично протидіють дві системи: система натрійуретичних пептидів і ренін-ангіотензин-альдостеронова система, причому саме неприлізін негативно впливає на натрійуретичні пептиди. Професор окремо акцентувала увагу присутніх на тому, що при інгібіції неприлізину підвищується концентрація ангіотензину II у крові, тому слід блокувати відповідні рецептори. Саме тому ефективною є комбінація препаратів групи блокаторів ангіотензинових рецепторів та інгібіторів неприлізину, як вважає О. Челюткене.



Продовжуючи підняту тему, президент Асоціації з невідкладної кардіології, керівник відділення реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Олександр Пархоменко** наголосив, що сучасні парадигми та розуміння патології змінюються в тому числі й завдяки появі нових лікарських засобів. Однак, на переконання професора, враховуючи результати різних міжнародних досліджень і намагаючись впровадити сучасні підходи, слід задаватися питанням

стосовно того, наскільки вони зіставні з українськими реаліями. Проаналізувавши ситуацію на основі різноманітних статистичних даних і загалом філософськи резюмуючи свій виступ, О. Пархоменко наголосив, що сьогоднішня ситуація дає надію, що, змінюючи парадигму в наших головах і впроваджуючи інноваційні технології, ми змінюємо і наше життя. І ці трансформації починаються зі змін медичної парадигми, які тягнуть за собою переконливі зміни інших правил, норм поведінки, критеріїв.

Опираючись на реальний випадок, своїм практичним досвідом із приводу диференційного підходу до вибору методу лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією та коморбідною патологією поділилася професор кафедри внутрішньої медицини № 3 Дніпропетровської медичної академії **Олена Коваль**. Промовець зупинила увагу на певних перевагах фіксованої комбінованої антигіпертензивної терапії у пацієнтів жіночої та чоловічої статі з ішемічною хворобою серця, внаслідок чого демонструється хороша переносимість, забезпечується висока прихильність і відзначається повна відповідність цьогорічним новим рекомендаціям і стандартам лікування. Про певні аспекти менеджменту пацієнтів з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом доповіла доктор медичних наук, професор кафедри внутрішньої медицини № 2 Одеського національного медичного університету **Сусанна Тихонова**. Промовець нагадала, що, починаючи з 2016 р., в Європейських рекомендаціях щодо профілактики серцево-судинних захворювань зазначається, що наявність цукрового діабету — це завжди високий ризик, тобто кожний пацієнт із цим захворюванням і ураженням органів-мішеней або поєднанням цукрового діабету з одним із великих факторів ризику (в тому числі — з артеріальною гіпертензією) — це дуже високий ризик, а інші — група високого ризику.



На завершення блоку, присвяченого коморбідності, свою доповідь презентував провідний науковий співробітник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», доктор медичних наук **Олег Іркін**, під час якої наголосив, що дуже часто для стабілізації стану та подовження життя пацієнта слід невідкладно призначати препарати потрійної дії, а антигіпертензивну монотерапію призначають дуже рідко, причому лише пацієнтам з дуже низьким ризиком (найчастіше — пацієнтам дуже молодого віку) чи особам старечого віку, коли наявний високий ризик значного зниження рівня артеріального тиску.



Дуже актуальним і важливим питанням є призначення адекватної антикоагулянтної терапії складним пацієнтам із фібриляцією передсердь і високим серцево-судинним ризиком, адже в такій ситуації лікарям доводиться майстерно балансувати на дуже тонкій грані між необхідністю знизити ризик розвитку тромботичних ускладнень, переважно інсульту, та уникнути розвитку аритмії серця ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», доктор медичних наук, професор **Олег Сичов**. За словами промовця, загальновідомо, що нові антикоагулянти є безпечнішими та ефективнішими за антагоністи вітаміну К, і, згідно з рекомендаціями, препаратами вибору є нові антикоагулянти та варфарин, але саме першим слід надавати перевагу у разі наявності фібриляції передсердь і відсутності механічного клапана чи помірного/значного мітрального стенозу. Оратор наголосив, що фібриляція передсердь асоційована зі значною коморбідністю, адже майже не трапляється її ізольованих форм, і крім того, відповідно до наведених даних, двоє з трьох пацієнтів похилого віку з фібриляцією передсердь мають хронічну хворобу нирок. За словами промовця, зниження кліренсу креатиніну на кожні 10 мл/хв підвищує ризик розвитку

інсульту в середньому на 12%, тому в останній версії рекомендації зазначено, що цей показник (як індикатор функції нирок) має аналізуватися у кожного пацієнта з фібриляцією передсердь. Від функції нирок у подальшому залежить вибір препарату та його дозування, адже, за словами О. Сичова, пацієнтам із погіршенням функції нирок слід призначати нові антикоагулянти, які значно ефективніші в аспекті профілактики інсульту та системної емболії.

Однією з найпоширеніших в кардіологічній практиці груп препаратів є блокатори рецепторів ангіотензину II, але чи є різниця між їх молекулами та взаємодією з іншими лікарськими засобами? Цьому питанню присвятив свою доповідь завідувач відділу симптоматичних гіпертензій ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», професор **Юрій Сіренко**. Наводячи статистичні дані досліджень, промовець не тільки порівняв ефективність і безпеку представників однієї групи, а й порівняв їх з лікарськими засобами інших груп антигіпертензивних препаратів, зауваживши, що найкращим варіантом для комбінації з блокаторами рецепторів ангіотензину II в аспекті вираженості антигіпертензивного ефекту є тiazидні діуретики. Неочікуваною для аудиторії стала презентація результатів невеликого, проведеного серед лікарів опитування, які показали, що на запитання «які антигіпертензивні препарати ви призначили б пацієнтам, а які собі», отримано відповідь, що пацієнтам — інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, а собі — блокатори рецепторів ангіотензину II.

Продовжуючи Науково-практичний симпозиум, **О. Жарінов** висвітлив присутнім тему «Роль бета-блокаторів у пацієнтів із серцевою недостатністю. Нюанси, які виходять з доказової бази», однозначно наголосивши на тому, що у разі наявності порушень ритму серця антиаритмічні властивості блокаторів бета-адренорецепторів є беззаперечним аргументом на користь застосування препаратів цієї групи як засобів першого вибору. Останнім часом увагу науковців привертає дуже важливий аспект: коли почали аналізувати результати та підбивати підсумки найбільших досліджень, які вивчали вплив блокаторів бета-адренорецепторів на прогноз пацієнтів із серцевою недостатністю, виявилось, що пацієнти, які на момент включення в дослідження мали синусовий ритм, у подальшому мали значно кращий прогноз на виживаність при застосуванні блокаторів бета-адренорецепторів, і натомість пацієнти з постійною формою фібриляції передсердь мали зовсім інші результати лікування. На основі цього виникло запитання: чому блокатори бета-адренорецепторів краще працюють серед пацієнтів без порушень ритму серця? Відповідаючи, оратор зазначив, що однозначної відповіді поки що немає, але ж і немає підстав якоюсь обмежувати застосування цих препаратів у пацієнтів із серцевою недостатністю і фібриляцією передсердь.

О. Жарінов звернув особливу увагу присутніх на залежність ефектів блокаторів бета-адренорецепторів від фракції викиду лівого шлуночка. За словами оратора, результати більшості досліджень чітко показали сприятливий вплив застосування препаратів цієї групи на виживаність пацієнтів із низькою фракцією викиду, але сьогодні лікарів особливо цікавлять пацієнти так званої сірої зони, фракція викиду яких перебуває в діапазоні 40–49%. В результаті виявлено, що ефект блокаторів бета-адренорецепторів у представників цієї когорти не дуже поступається ефектами серед пацієнтів із фракцією викиду менше 40%. Узагальнюючи дані з цього питання, професор наголосив, що позиція лікаря має бути дуже чіткою: чим нижча фракція викиду — тим сильнішими є аргументи на користь застосування блокаторів бета-адренорецепторів при лікуванні пацієнтів із серцевою недостатністю. Не менш важливим питанням є вплив блокаторів бета-адренорецепторів на виживаність пацієнтів протягом першого року після перенесеного інфаркту міокарда зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка. За словами промовця, результати досліджень демонструють відсутність впливу на смертність протягом року при застосуванні цих препаратів, а на його особисте переконання сьогодні лікарська спільнота не має підстав не призначати блокатори бета-адренорецепторів пацієнтам із перенесеним інфарктом міокарда. Це дискусійне питання світової медичної практики, але в літературі є позиція, згідно з якою, якщо пацієнт був ідеально реваскуляризований і отримує повноцінне лікування, то додавання блокаторів бета-адренорецепторів, мож-

ливо, не впливає на результати. Тож, підсумовуючи, О. Жарінов наголосив, що блокатори бета-адренорецепторів необхідно призначати усім пацієнтам із перенесеним інфарктом міокарда, принаймні протягом року, за відсутності протипоказань. Загалом, за словами оратора, препарати цієї групи мають найпотужніший вплив на прогноз виживання хворих із серцевою недостатністю і, очевидно, з фібриляцією передсердь.

Далі доктор медичних наук, професор Дніпропетровської медичної академії МОЗ України **Тетяна Колесник**, відкриваючи роботу Науково-практичного симпозиуму, присвяченого багатогранним можливостям ефективного контролю артеріального тиску у хворих високого ризику, наголосила, що сьогодні гіпертензіологія — це розділ кардіології, який має найбільшу доказову базу, але все одно медична спільнота на глобальному рівні піднімає питання досягнення адекватного контролю рівня артеріального тиску. Говорячи про ефективний контроль, необхідно звертати увагу не лише на «офісний» показник рівня артеріального тиску, а й на домашній самоконтроль і чи не найважливіше — на добове моніторування. За словами професора, ще з 2005 р. відомо, що саме нічний рівень артеріального тиску визначає прогноз пацієнта, тому важливо контролювати його показники у вранішній час. Не менш суттєвою є швидкість пульсової хвилі, показник якої не має перевищувати 10 м/с, адже достеменно відомо, що чим нижча ця швидкість, тим кращий прогноз і вища виживаність серед пацієнтів. До того ж, згідно з наведеними ораторкою даними, підвищення швидкості пульсової хвилі на 1 м/с призводить до підвищення ризику розвитку усіх серцево-судинних подій і навіть летальності від усіх причин на 15%. Загалом, за словами професора, слід ретельно роз'яснювати пацієнтам, чому лікарі так палко б'ються за ці міліметри ртутного стовпчика, демонструвати їм, що зниження систолічного показника на 20 мм рт. ст. зумовлює зниження ризику розвитку ускладнень на 40%.

Продовжуючи вибраний тематичний напрямок, доктор медичних наук, старший науковий співробітник відділу гіпертонічної хвороби ДУ «ІНЦ «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України» **Лариса Міщенко** зосередила увагу на проблематиці резистентної артеріальної гіпертензії. За словами ораторки, результати досліджень свідчать, що різні лікарські засоби можуть призводити до підвищення рівня артеріального тиску, і якщо подивитися на осіб з резистентною артеріальною гіпертензією, то препаратами, які гіпотетично найвираженіше впливають на рівень артеріального тиску, є нестероїдні протизапальні засоби. Важливо розуміти, що у структурі вторинної артеріальної гіпертензії сьогодні у пацієнтів із резистентною артеріальною гіпертензією лідирує первинний альдостеронізм як ендокринна причина, тобто якщо при обстеженні пацієнта проводити аналіз співвідношення альдостерон/ренін, то найчастіше виявляється саме ця форма ендокринної артеріальної гіпертензії. Узагальнюючи презентовану доповідь, промовець наголосила, що успіх у лікуванні пацієнтів, особливо з резистентною артеріальною гіпертензією, є можливим, але задля його досягнення слід використовувати фіксовані комбінації антигіпертензивних лікарських засобів, причому вже зі старту терапії необхідно донести пацієнтам необхідність модифікації способу їх життя та підвищення прихильності терапії.



Важливою частиною Конгресу стало пленарне засідання, присвячене актуальній проблематиці та запобіганню раптової смерті, пошуку спільної мети та консенсусу міждисциплінарних поглядів. Демонструючи та враховуючи результати унікальних досліджень, стан цієї проблеми в Україні та світі презентував **О. Сичов**, зробивши наголос на тому, що 83% усіх раптових летальних випадків пов'язані зі шлуночковими порушеннями ритму серця, а 80% припадає на такі захворювання та патологічні стани, як інфаркт міокарда, постінфарктний кардіосклероз, гіпертрофії, кардіоміопатії та серцева недостатність. Свій погляд на профілактику раптової смерті представили кардіохірургічна і електрофізіологічна спільноти, також була презентована доповідь стосовно невідкладної допомоги при зупинці кровообігу.

Інше велике пленарне засідання стосувалося клінічних аспектів невідкладних станів у кардіології, під час якого про новини цієї царини через призму наукового значення і можливостей клінічного впровадження присутнім доповів **О. Пархоменко**. Професор наголосив, що результати новітніх досліджень вказують на те, що при застосуванні оксигенотерапії усім пацієнтам без оцінки показників сатурації кисню відзначають збільшення розміру інфаркту міокарда, тобто, за словами промовця, кисень має призначатися при сатурації менше 90%. Оратор не оминув увагою інтервенційну кардіологію, наголосивши, що екстенсивна тенденція до максимального стентування пацієнтів відзначається лише в окремих державах, серед яких і Україна, хоча глобально спостерігається зменшення кількості цих втручань. Слід враховувати реальну користь від інтервенційного втручання, яка насправді відзначається тільки у пацієнтів високого ризику, тому рішення лікаря має базуватися не на ступені звуження коронарної артерії, не на виявленні гемодинамічно значущої бляшки, а на оцінці факторів ризику, і більше того, таке рішення має прийматися не тільки інтервенційним кардіохірургом, а й кардіологом, як вважає О. Пархоменко. Оратор зупинився на нововведеннях у розумінні кардіогенного шоку, який є тяжким патологічним станом зі значним ураженням серця, а рання ревааскуляризація сприяє покращенню прогнозу пацієнтів. Передостанні європейські рекомендації наголосували на тому, що якщо це шок, який найчастіше є багатосудинним ураженням, то слід «відкрити» усі судини, в яких виявлено гемодинамічно значущий стеноз. Але результати нещодавно проведеного дослідження продемонстрували, що невідкладна ревааскуляризація всіх судин призводить до підвищення летальності та потреби в нирковозамісній терапії, тобто багатосудинне стентування не покращує прогноз.

О. Пархоменко навів дані дослідження, в рамках якого вивчалася можливість покращення результатів лікування хворих, якщо ініціювати терапію статинами не після, а перед проведенням інтервенційного втручання. При цьому виявлено, що саме у пацієнтів зі STEMI (інфаркт міокарда з елевациєю сегмента ST) попереднє (за 30–45 хв до початку втручання) застосування статинів у певних дозах приводить до зниження ризику розвитку інсульту, повторного інфаркту міокарда тощо на 40%. Не менш актуальними є результати іншого дослідження, які демонструють, що якщо пацієнт із гострим коронарним синдромом застосує ацетилсаліцилову кислоту плюс антитромбоцитарний препарат, то недоцільно замінювати ацетилсаліцилову кислоту ривароксабаном. При цьому важливо, що при серцевій недостатності на фоні ішемічної хвороби серця ацетилсаліцилова кислота в комбінації з ривароксабаном демонструють феноменальне зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, як наголосив О. Пархоменко.

Слід зауважити, що доброю традицією на Конгресі кардіологів стало проведення інтерактивного голосування під час клінічного розбору реальних випадків з лікарської практики. Цьогоріч присутні мали змогу долучитися до віртуальної роботи з ведення пацієнтів із декомпенсованою серцевою недостатністю після стабілізації їх стану, розібрати можливості діагностики та лікування пацієнтів із синдромами Такоцубо і Бругада, обговорити менеджмент пацієнтів із гострим коронарним синдромом з елевациєю сегмента ST. Далі під час круглого столу, присвяченого сучасним можливостям діагностики, профілактики та лікування венозного тромбоемболізму у хворих терапевтичного профілю, завідувач кафедри кардіології та функціональної діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор

медичних наук, професор **Віра Целуйко** наголосила на важливості встановлення та оцінки факторів ризику, окрім традиційного збору скарг, довести наявність діагностичних критеріїв, а також стратифікувати ризик для розробки схеми лікування. Слід розуміти, що неспецифічність скарг пацієнта (задуха, кашель, втрата свідомості тощо) не дозволяє довести наявність венозного тромбоемболізму, тому в пригоді стають спеціальні шкали оцінки факторів ризику, які дозволяють запідозрити наявність тромбоемболії легеневої артерії. Далі зазвичай на електрокардіограмі можна виявити тахікардію, ознаки пошкодження правого шлуночка тощо. Важливо правильно оцінити об'єктивний стан пацієнта, адже при підозрі на тромбоемболію легеневої артерії, якщо протягом 15 хв відзначається артеріальна гіпотензія (рівень систолічного артеріального тиску менше 90 мм рт. ст.) або наявний кардіогенний шок — це пацієнт високого ризику і немає часу проводити йому ультразвукове дослідження та аналізувати рівень D-димеру у крові, а потрібно одразу робити комп'ютерну томографію.

До дискусії долучився кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України» **Ярослав Лутай**, зазначивши, що ефективність реперфузійних методів втручання тим вища, чим вищий ризик летального кінця. З цього приводу в рекомендаціях зазначено, що при тромбоемболії легеневої артерії, що супроводжується артеріальною гіпотензією чи шоком, обов'язково необхідно призначити тромболітичну терапію, проте з огляду на реальну клінічну практику оратор наголосив, що і в Сполучених Штатах Америки це не завжди так. Також у гайдлайнах зазначено, що рутинне застосування системного тромболітизму не рекомендоване у пацієнтів зі стабільною гемодинамікою (без шоку чи артеріальної гіпотензії). Водночас є інше положення, адже є категорія пацієнтів з помірно високим ризиком, які мають ретельно моніторуватися. Пацієнти з дисфункцією правого шлуночка та позитивним аналізом тропоніну мають бути госпіталізованими у відділення реанімації, і на фоні антикоагулянтної терапії перебувати під ретельним моніторингом задля своєчасного виявлення клінічних ознак гемодинамічної декомпенсації, в разі чого пацієнт автоматично переходить до категорії високого ризику і потребує проведення тромболітизму.

Продовжуючи вибрану тему, своїм досвідом поділився завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, президент Асоціації лікарів-інтерністів України, дійсний член Європейського товариства кардіологів та Міжнародного товариства внутрішньої медицини, доктор медичних наук, професор **Василь Нетяженко**. Оратор наголосив, що пацієнтам із тромбоемболією легеневої артерії при помірно високому ризикі слід перш за все призначити подвійну антитромбоцитарну терапію — низькомолекулярний гепарин і обов'язково варфарин. Особливу увагу професор приділив хворим онкологічного профілю, окремо наголосивши, що цій категорії пацієнтів антикоагулянтну терапію слід проводити не менше 6 міс, а особи зі злякисними новоутвореннями шлунково-кишкового тракту мають особливо високий ризик розвитку венозних тромбоемболій.

Заключним етапом цьогорічного Конгресу стала генеральна асамблея за участю представників МОЗ України, НАМН України, Всеукраїнської асоціації кардіологів України та Асоціації серцево-судинних хірургів, головних спеціалістів НАМН України та експертів МОЗ України, яку розпочав В. Коваленко, презентувавши проблемну доповідь на тему «Кардіологія в умовах реформування медичної галузі України: підсумки та перспективи». Сьогодні в Україні спільно з колегами-кардіохірургами формується реєстр, який стосується запобігання випадкам раптової серцевої смерті, і хоча поки що він невеликий та доволі обмежений зокрема внаслідок високої вартості кардіовертерів-дефібриляторів, але робота буде активізуватися й надалі, як запевнив В. Коваленко. Разом із закордонними колегами розпочато створення Європейського реєстру серцевої недостатності, проводяться різні майстер-класи, які стосуються не лише кардіології в цілому, а й, наприклад, аритмології зокрема. В. Коваленко акцентував увагу

на тому, що міжнародна діяльність українських фахівців поширюється і на закордонні конгреси, в яких вони активно беруть участь, постійно обмінюючись досвідом зі спеціалістами з усього світу. Професор нагадав, що реформа системи охорони здоров'я передбачає встановлення єдиних тарифів на медичні послуги по всій території України, і вже розроблено проект щодо основних серцево-судинних захворювань, який поки що стосується високо-спеціалізованої допомоги. За словами академіка, поки що неясно, як будуть втілені тарифи та перелік послуг, але на сьогодні є дуже багато питань із цього приводу, адже не всі заклади охорони здоров'я мають однакове оснащення, спеціалістів, досвід тощо. Система DRG (diagnostic related group — діагностично пов'язані/споріднені групи), яка сьогодні адаптується відносно нашої держави, вже втілена в багатьох країнах світу і є основою для розробки тарифів, як зазначив В. Коваленко.

Лікарі первинної ланки надання медичної допомоги вже зіткнулися з електронною системою охорони здоров'я, в рамках якої, як заявлено заступником міністра охорони здоров'я, зареєстровано вже близько 18 млн наших співгромадян. Одним із важливих питань є автономізація закладів охорони здоров'я, яка передбачає їх перетворення на комунальні некомерційні підприємства, а також, на переконання оратора, можливо, і серйозну реструктуризацію. В цих умовах, як наголошує академік, важливо зберегти кадровий потенціал лікарів-кардіологів, яких і так небагато в нашій державі. Особливу увагу оратор приділив наказу МОЗ України № 1422, наголосивши, що раніше затверджені протоколи залишаються чинними, а також можуть використовуватися інші, в тому числі вітчизняні кардіологічні стандарти, цьогоріч розроблені й імплементовані в жорсткій відповідності сучасним міжнародним рекомендаціям. Поки що незрозуміло є подальша перспектива спільної діяльності закладів охорони здоров'я, вищих навчальних закладів, наукових установ тощо. Сьогодні визначальною є роль цифрових технологій, як наголосив В. Коваленко, додавши, що розвиток медицини вже прийшов до інноваційної концепції «big data» (великі дані), яка розглядає не тільки хворобу чи окрему її частину, як це робиться в рамках доказової медицини, а сукупність біологічних, соціальних, внутрішніх і зовнішніх факторів.

Однією з найприємніших частин Конгресу стало нагородження видатних українських фахівців за їхній внесок у розвиток і вдосконалення кардіологічного напрямку медицини. «Нарешті нагорода знайшла свого героя», — саме такими словами В. Коваленко зустрів і за активну роботу в Асоціації кардіологів України відзнакою Асоціації кардіологів України — медаллю «За заслуги» нагородив голову правління Асоціації інтервенційних кардіологів України, члена-кореспондента НАМН України, професора Юрія Соколова. Аналогічну відзнаку отримала завідувач кафедри кардіології НМАПО імені П.Л. Шупика, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор Марина Долженко. Медаллю НАМН України «За заслуги в охороні здоров'я» імені М.Д. Стражеска нагороджені:

- завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2 з професійними хворобами Української медичної стоматологічної академії, доктор медичних наук, професор Іван Катеринчук;
- заступник директора ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України» з лікувально-координаційної роботи, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Хірургія серця та магістральних судин», доктор медичних наук Костянтин Руденко;
- доцент кафедри кардіології НМАПО імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук Ірина Давидова.

Завершенням цьогорічного Конгресу стало спільне з аудиторією затвердження запропонованих нових методичних рекомендацій, які стосуються діагностики і лікування невідкладних станів у кардіології, кардіоваскулярної токсичності в онкології, діагностики міокардиту, ехокардіографічної оцінки артеріальної гіпертензії у дорослих пацієнтів, візуалізації клапанних протезів серця та мультимодальних засобів візуалізації при оцінці морфології та функції, критеріїв тяжкості серцево-судинних захворювань тощо. Фінальною крапкою Конгресу стала презентація проекту резолюції.

*Олег Мартишин,  
фото Сергія Бека*