

УДК: 616.12+616-07+616-08

IX Национальный конгресс кардиологов Украины.*Киев сентябрь 2008 г.*

О.Н. Крючкова, Т.Н. Мудрицкая, Е.А. Ицкова

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь***Ключевые слова:** конгресс, кардиология

24-26 сентября в Киеве состоялся IX Национальный конгресс кардиологов Украины, задачей которого было обсуждение между коллегами из разных регионов Украины передовых достижений мировой и отечественной кардиологии, что будет способствовать улучшению диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В настоящее время кардиология, это именно тот раздел медицинской науки, который развивается наиболее быстро, в котором ежегодно накапливается большое количество новых данных доказательной медицины. В связи с чем, принято решение Национальные конгрессы кардиологов Украины проводить ежегодно. И действительно, три дня интенсивной работы с большим объемом пленарных, секционных заседаний, сателитных симпозиумов продемонстрировали, что прошедший год принес много нового практическим кардиологам.

Торжественное открытие работы конгресса состоялось 24 сентября в Национальной опере Украины. В своем приветственном слове министр здравоохранения Украины В.М. Князевич высоко оценил значение проводимого форума для развития практической кардиологии.

В первой пленарной сессии, посвященной перспективным направлениям развития кардиологии в Украине и свете профессора В.Н. Коваленко, в своем докладе «Малосимптомные пациенты с высоким риском: меры профилактики, современные направления лечения и предупреждения осложнений» предопределил центральную тему Конгресса – это акцент на профилактическую кардиологию, использование лекарственных препаратов, с доказанными эффектами улучшения прогноза.

Сентябрь 2008г. знаменателен в кардиологии и состоявшимся в Мюнхене заседании Европейского Общества Кардио-

логов, на котором обсуждались новые Рекомендации по диагностике и лечению сердечной недостаточности. Результаты работы Европейского общества кардиологов на Конгрессе кардиологов Украины представил профессор М.Комажда (Париж). В своем докладе «Современные аспекты диагностики и лечения сердечной недостаточности» он остановился на доказательных эффектах в достижении основной цели лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) – это улучшение прогноза этих пациентов.

В настоящее время базисная терапия ХСН предусматривает использование β-адреноблокаторов (карведилола, метопролола-сукцината, бисопролола, небиволола), ингибиторов АПФ (эналаприла, рамиприла, трандалоприла, каптоприла), антагонистов рецепторов ангиотензина II (кандесартана, вальсартана) и антагонистов альдостерона (спиронолактона, эплеренона). Каждый из этих классов лекарственных препаратов способствует снижению уровня смертности при ХСН. В Европейских рекомендациях подведены итоги ряда закончившихся к сентябрю 2008г. международных исследований по проблеме ХСН. Не показали эффектов улучшения прогноза у данной категории пациентов такие препараты, как розувастатин, ивабардин. Не было получено достоверных различий при сравнении эффективности и безопасности левосимендана и добутамина. Обнадеживающие результаты получены при исследовании в лечении ХСН ишемического генеза омега-3 ПНЖК (Омакора). В исследовании BEATIFUL впервые продемонстрировано, что у пациентов с ХСН, более чем половина пациентов (в том числе получая β-адреноблокатор) имеют частоту сердечных сокращений более 70 ударов в минуту, и эти пациенты, несмотря на получаемую превентивную терапию, имеют значительно более высокий риск инфаркта

миокарда, реваскуляризации сердца и смерти. Исследование BEATIFUL так же показало, что у пациентов с ЧСС >70 уд/мин, добавление к терапии ивабардина (кораксана) уменьшает риск инфаркта миокарда на 36% и реваскуляризации на 30%, что еще раз подтвердило значимый антиишемический эффект этого препарата. Профессор М.Комажда так же отметил, что перспективным направлением изучения проблемы ХСН должны стать вопросы изучения особенностей лечения и первичной профилактики ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка.

В рамках Конгресса был проведен второй Украинско-Французский форум с участием ведущих ученых – кардиологов обеих стран. В ходе работы этого форума обсуждались такие проблемы, как современные подходы в лечении артериальной гипертензии, современные принципы лечения ИБС и другие. Итогами работы Конгресса стали принятие Национальных Рекомендаций по профилактике и лечению артериальной гипертензии, а так же Рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии. Профессор Д.Химбер (Париж) в своем докладе остановился на опыте и перспективных направлениях в использовании транскатетерных вмешательств на клапанах сердца. Выступление профессора К.Теро (Париж) «Достижения кардиологии в XXI веке» позволило раскрыть исторический путь развития и становления кардиологии, как науки, появления и перспектив методов диагностики и лечения заболеваний сердца.

В работе секции, посвященной проблемам артериальной гипертензии, значительное внимание было уделено проблеме инсульта – как катастрофы, которую можно предупредить. В своем докладе профессор Ю.Н. Сиренко обратил внимание на результаты собственных исследо-

ваний, согласно которым проведение компьютерной томографии у пациентов с АГ в большом проценте случаев позволило диагностировать «немые» случаи мозговых инсультов. Лекция профессора Е.П. Свищенко «Новые факторы риска – мишени для фармакотерапии артериальной гипертензии» была посвящена анализу ведущих факторов риска и возможности их коррекции. Интерес вызвала информация о взаимосвязи Артериальной гипертензии с таким фактором риска, как гиперурикемия, которая в большинстве случаев так же протекает бессимптомно, и значительно ухудшает прогноз больных артериальной гипертензией. Используемые сегодня антигипертензивные препараты неоднозначно влияют на уровень мочевого кислоты, при этом, как один из наиболее перспективных классов обсуждался класс антагонистов рецепторов ангиотензина II, а именно такой препарат, как лозартан.

В работе секции посвященных проблемам ИБС, острого коронарного синдрома было уделено внимание обсуждению таких вопросов, как многофакторная профилактика у больных с метаболическим синдромом, особенности лечения ИБС в сочетании с ХОЗЛ, особенности ИБС у женщин. Большой интерес выхвали сообщения о перспективах и национальном опыте кардиохирургических методов лечения как в проблеме ИБС, острого коронарного синдрома, так и при обсуждении вопросов аритмологии.

В работе пленарного заседания по проблеме диагностики и лечения нарушений ритма сердца прозвучал доклад американского коллеги, профессора В. Гусака, ученого впервые описавшего синдром укороченного QT, о клинических проявлениях, группах риска и возможностях коррекции синдрома удлинённого и укороченного QT. Синдром удлинённого QT изучен достаточно широко, может быть как генетически обусловленным, так и возникать под влиянием ряда лекарственных средств. Известно, что более 100

препаратов вызывают удлинение QT. В основе данного синдрома лежит нарушение функции калиевых и натриевых каналов, что клинически проявляется разнообразными нарушениями ритма сердца, в том числе и злокачественными, повышающими риск внезапной смерти. Аритмии нередко провоцируются физическими и психоэмоциональными нагрузками, известно так же, что риск внезапной смерти выше у женщин. В лечении синдрома удлинённого QT используются бета-адреноблокаторы и имплантация кардиовертера-дефибрилятора, как методы снижающие вероятность внезапной смерти. Синдром укороченного QT описан профессором В.Гусаком совместно с братьями Бругада в 2000 году, он так же может быть наследственным и приобретенным. Автор отметил, что из препаратов не удлиняющих QT - 44% его укорачивают. Основным клиническим проявлением данного синдрома является развитие мерцательной аритмии, при этом автор так же подчеркнул, что случаи фибрилляции предсердий, которые расцениваются, как идиопатические, нередко обусловлены именно укорочением QT.

В процессе работы Конгресса была проведена так же Генеральная ассамблея Ассоциации кардиологов Украины, с обсуждением фундаментальных исследований в кардиологии и проектов классификации кардиомиопатий и миокардитов. В проекте классификации кардиомиопатий были учтены те рекомендации, которые прозвучали в новой классификации кардиомиопатий Европейского общества кардиологов 2008 года. Все кардиомиопатии (КМП) сегодня предложено классифицировать, в зависимости от характера изменений в миокарде на несколько фенотипов. Это гипертрофическая КМП, дилатационная КМП, рестриктивная КМП, аритмогенная дисплазия правого желудочка, а так же неклассифицируемые

индуцированная КМП (Такотсубо). При этом классификация предполагает, что все КМП могут быть как семейные (наследственные), так и несемейные или приобретенные. В разделе приобретенных КМП звучат токсические, эндокринные, нутритивные, алкогольные, воспалительные, перипортальные КМП, а так же тахикардиомиопатия и КМП у детей матерей, болеющих инсулинзависимым сахарным диабетом. Нерешенным остался вопрос о включении в данную классификацию первичных каналопатий, таких как синдром Бругада и др.- заболеваний, проявляющихся нарушением электрической функции миокарда. В работе данной пленарной сессии интерес вызвало обсуждение такого редкого заболевания, как стресс-индуцированная кардиомиопатия или КМП Такотсубо. Заболевание описано относительно недавно, поражает преимущественно пожилых женщин, характеризуется развитием переходящего баллоноподобного расширения средней части верхушки, гиперкинезией базальных сегментов левого желудочка. Клинически проявляется появлением болей за грудиной, инфарктоподобными изменениями ЭКГ, минимальным освобождением миокардиальных ферментов. Заболевание провоцируется резким повышением уровня катехоламинов, нередко связано со стрессовыми ситуациями. Особенно клинической и ЭКГ-картины приводят к ложным диагнозам инфаркта миокарда.

В статье сообщается о состоявшемся 24-26 сентября в Киеве IX Национальном конгрессе кардиологов Украины, задачей которого было обсуждение между коллегами из разных регионов Украины передовых достижений мировой и отечественной кардиологии, что будет способствовать улучшению диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

У статті повідомляється про IX Національний конгрес кардіологів України, що відбувся 24-26 вересня в Києві, метою якого було обговорення між колегами з різних регіонів України передових досягнень світової і вітчизняної кардіології, що сприятиме поліпшенню діагностики і лікування захворювань серцево-судинної системи.

IX Національний конгрес кардіологів України. Київ, вересень 2008 р..

О.М. Крючкова, Т.М. Мудрицька, О.А. Іцкова.

У статті повідомляється про IX Національний конгрес кардіологів України, що відбувся 24-26 вересня в Києві, метою якого було обговорення між колегами з різних регіонів України передових досягнень світової і вітчизняної кардіології, що сприятиме поліпшенню діагностики і лікування захворювань серцево-судинної системи.

IX National congress of cardiologists of Ukraine. Kiev, September of 2008 .

O.N. Kryuchkova, T.N. Mudritskaya, E.A. Itskova.

In the article reported about taking a place on September, 24-26 in Kiev IX National congress of cardiologists of Ukraine, the task of which was a discussion between colleagues from the different regions of Ukraine of front-rank achievements of world and domestic cardiology, that will be instrumental in the improvement of diagnostics and treatment cardiac diseases.

Умови публікації в «Кримському терапевтичному журналі»

Вельмишановні автори!

Редакція Кримського терапевтичного журналу просить Вас неухильно дотримуватися приведених нижче вимог до статей, що направляються в наш журнал. Це дозволить випускати журнал в строк і з високою якістю.

Статті публікуються на російській, українській і англійській мовах. Оригінальні статті, що містять результати експериментальних і клінічних досліджень авторів, повинні бути написані українською мовою.

Стаття повинна супроводжуватися офіційним напрямом установи, в якій проведена дана робота, рецензією, візую наукового керівника (на першій сторінці), звіренним круглою печаткою (на першій сторінці) та рецензією.

Авторський оригінал статті складається з двох екземплярів: одного — на папері, іншого — в електронній формі. Текст набирається у форматі MS Word (*.doc), RTF або OpenOffice (*.odt) без ручних перенесень, шрифтом Times New Roman. Розмір шрифту — 12 пт, через 2 інтервали з полями зліва 2,5 см, справа 2 см, вгорі і внизу по 2 см.

Об'єм тексту публікованих матеріалів не повинен перевищувати: оригінальні дослідження — 6 с. огляд чи лекція — 12 с., коротка інформація або випадок з практики — 3 с. Надмірний текст буде скорочено.

В електронній формі стаття повинна бути представлена на CD, DVD або окремій дискеті 3,5". Для надійності рекомендується зберігати на носії дві копії файлу однієї статті.

В початку першої сторінки указується УДК, повна назва статті, ініціали і прізвище авторів, установа, з якої вийшла робота, місто.

Ключові слова обов'язкові.

До статей додаються короткі резюме на англійській, українській і російській мовах (повна назва статті, ініціали і прізвища авторів до резюме на кожній мові і текст не більше 1 /3 сторінки). Резюме повинне доповнювати мову оригіналу. Наприклад, для статті російською мовою, резюме повинне бути на українській і англійській мовах.

Оригінальні статті повинні мати наступні розділи: «Мета роботи», «Матеріал і методи» «Результати і обговорення» «Висновки».

На першій сторінці указуються дані в наступному порядку: УДК, назва статті, прізвища і ініціали авторів установа, де працюють автори, місто країна (для іноземців), ключові слова.

Фотографії, графіки і інші ілюстрації повинні бути тільки в чорно-білому варіанті або градаціях сірого кольору. Всі малюнки представляються тільки у форматі

TIFF, JPEG з якістю не менше 600 dpi, або CorelDraw!-12 чи SVG.

Графіки і діаграми подаються у форматі MS Excel (*.xls) або OpenOffice (*.ods) і розміщуються безпосередньо в тексті.

В тексті оригінальної статті може бути не більше 2 таблиць або ілюстрацій, що відображають найбільш важливі дані.

В лекційній або оглядовій статті об'єм таблиць і ілюстрацій сумарно не може перевищувати 10% об'єму тексту. Надмірні малюнки і таблиці будуть видалені.

Таблиці повинні містити необхідні дані. Текст таблиці набирається шрифтом Arial 10 пт. Кожна таблиця повинна мати номер. Таблиці розташовуються прямо в тексті. Таблиці, виконані за допомогою табуляторів, розглядатися не будуть.

Математичні формули подаються тільки у вигляді малюнків. TIFF, JPEG, з якістю не менше 600 dpi, або OpenOffice (*.odf) чи SVG. Формули, виконані у вигляді тексту, будуть видалені.

Посилання на літературу в тексті даються під номерами в квадратних дужках. Список літератури оригінальних робіт не повинен перевищувати 15 джерел, лекцій, оглядових статей — 40 джерел, що розташовуються за абеткою відповідно до сучасних вимог до цитування. У списку літератури джерела приводяться спочатку на російській і українській мовах, після — іноземні в оригінальній транскрипції. Якщо у джерела, що приводиться, 4 і більш за авторів, указують 3 перших автора і потім пишеться «і др.».

Роздруківка статті підписується автором, наводяться дані про автора (авторах), номер контактного телефону та адреса e-mail.

В статтях слід використовувати систему СІ і міжнародні назви фармакологічних препаратів. Торгові назви препаратів приводяться в розділі «Матеріал і методи».

Редакція залишає за собою право скорочення і виправлення присланих статей, а також їх публікації у вигляді коротких повідомлень і анотацій.

Направлення у редакцію робіт, надрукованих в інших виданнях або відісланих в інші редакції не допускається. Автори несуть відповідальність за науковий і літературний зміст поданого матеріалу, цитат, посилань.

Рукописи, дискети, малюнки, фотографії і інші матеріали, прислані в редакцію, не повертаються.

Матеріали, не відповідні вказаним вимогам публікацій, в журналі, не розглядаються і не повертаються.

Редакція КТЖ

Видавництво ООО «ДИАЙПИ»
Свідоцтво ДК №1744 від 08.04.2004
Сімферополь, проспект Кірова, 17
тел/факс 8(0652)248178
e-mail: dip@utel.net.ua