

Український кардіологічний журнал Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXVI Національного конгресу кардіологів України (Київ, 23-26 вересня 2025 р.)

- Атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- Гострий інфаркт міокарда
- Інтервенційна кардіологія
- Дисліпідемії
- Артеріальна гіпертензія
- Легенева гіпертензія
- Некоронарні захворювання міокарда
- Аритмії та раптова серцева смерть
- Гостра та хронічна серцева недостатність
- Профілактична кардіологія та реабілітація
- Фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина
- Медико-соціальні аспекти кардіології в умовах війни



Зміст

Тези наукових доповідей

Фундаментальна медицина.....	4
Стабільна ішемічна хвороба серця	14
Інтервенційна кардіологія	35
Гострий коронарний синдром та невідкладні стани	42
Інфаркт міокарда та відновлювальне лікування	56
Аритмії серця	62
Артеріальна гіпертензія	79
Кардіометаболічний ризик	93
Серцева недостатність.....	102
Некоронарогенні захворювання серця	114
Легенева гіпертензія	121
Кардіоонкологія	132
Кардіохірургія	135
Алфавітний покажчик авторів тез	148

функціональному тестуванню або інвазивному підтвердженню. Інструментальні методи, що можуть підвищити діагностичну точність у таких випадках, включають: 1) розширене використання рекомендацій EACVI/ASE з оцінки тиску наповнення ЛШ із включенням додаткових маркерів (L-хвиля, стрейн лівого передсердя, маневри провокації); 2) підходи на основі Універсального визначення СН з верифікацією застою (радіологічні ознаки, фокусне УЗ органів грудної клітки); 3) за можливості – діастолічний стрес-тест як «золотий стандарт» неінвазивної верифікації тиску наповнення ЛШ у навантаженні.

Висновки. Додання в 2025 році шкали BREATN2 до класичних інструментів оцінки ймовірності СНзбФВ є вагомим кроком до спрощення первинної діагностики цього фенотипу СН в амбулаторних умовах. Її простота дозволяє оперативно ідентифікувати пацієнтів із високою ймовірністю СНзбФВ, проте для остаточного діагнозу в багатьох випадках потрібне комбіноване використання з більш деталізованими алгоритмами або інструментальним підтвердженням. Вибір діагностичного підходу має базуватись на клінічному контексті, доступних ресурсах та готовності до проведення додаткового обстеження. Використання додаткових об'єктивних критеріїв застою та підвищеного тиску наповнення ЛШ може сприяти підвищенню ефективності діагностичного процесу та зменшенню частки пацієнтів із показаннями до проведення діастолічного стрес-тесту.

Сучасна діагностика діастолічної дисфункції лівого шлуночка: як бути краще за стандартний алгоритм?

О.В. Гончарь

Харківський національний медичний університет
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої
НАМН України», Харків

Серцева недостатність зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (СНзбФВ) становить близько половини всіх випадків СН. Встановлення цього діагнозу має чіткі терапевтичні імплікації та в типовому випадку потребує об'єктивного підтвердження підвищеного тиску наповнення лівого шлуночка (ЛШ) та/або кардіогенного застою як обов'язкових діагностичних критеріїв. В умовах обмеженої доступності та інформативності лабораторної оцінки рівнів натрійуретичних пептидів, саме методи ультразвукової візуалізації виступають основним інструментом для виявлення означених змін. Проте існуючі алгоритми ехокардіографічної оцінки діастолічної функції мають низку обмежень,

а потреба в стандартизації підходів залишається актуальною.

Мета – окреслити оптимальні стратегії ехокардіографічного підтвердження підвищеного тиску наповнення ЛШ та/або наявності кардіогенного застою у пацієнтів із підозрою на СНзбФВ з урахуванням актуальних міжнародних рекомендацій та консенсусних документів в галузі СН та ехокардіографії, а також можливостей фокусної УЗД-візуалізації.

Матеріали та методи. Аналіз сучасних рекомендацій та консенсусних документів з діагностики та лікування СН (ESC 2021, АНА/ACC/HFSA 2022, Універсальне визначення серцевої недостатності 2021), оцінки діастолічної функції ЛШ (EACVI/ASE 2016), мультимодальної візуалізації при СНзбФВ (EACVI/ASE 2022), а також наукових публікацій щодо застосування стандартних і розширених ехокардіографічних алгоритмів і методик діагностики діастолічної дисфункції ЛШ.

Результати. У рутинній практиці базовий алгоритм EACVI/ASE для оцінки діастолічної функції ЛШ (відношення E/e', індекс об'єму лівого передсердя, швидкість трикуспідальної регургітації, пікова швидкість ранньодіастолічного руху фіброзного кільця мітрального клапана) залишається ключовим, проте має обмежену чутливість у пацієнтів зі збереженою ФВЛШ, залишаючи велику частку пацієнтів у «сірій зоні» невизначеного тиску наповнення. Золотим стандартом поглибленого неінвазивного діастологічного обстеження служить ехо-стрес-тест із фізичним навантаженням, рутинна імплементація якого пов'язана з рядом труднощів, що включають необхідність застосування спеціалізованих ергометрів, підвищені вимоги до кваліфікації дослідника, а також відсутність універсально погоджених критеріїв позитивного результату тесту (EACVI/ASE 2016, алгоритм HFA-PEFF від ESC/HFA 2019, нова шкала ESE score від М. Obokata та співавт. 2025). З огляду на означені технічні та логістичні перешкоди, розширення інформативності ЕхоКГ спокою з метою звуження показань для стрес-тестування сприяє раціональному використанню ресурсів та спрощує процес підтвердження діагнозу СНзбФВ.

Можливі шляхи оптимізації оцінки тиску наповнення лівих камер включають використання на додачу до стандартного алгоритму таких ехо-параметрів, як резервуарний стрейн лівого передсердя (або, за недоступності, його головної детермінанти – глобального поздовжнього стрейну лівого шлуночка), ідентифікації L-хвилі трансмітрального потоку, а також проведення провокативних маневрів для демаскування підвищеного тиску наповнення, що можуть включати пробу Вальсальви, ізометричну кистьову хватку та пасивне підняття ніг.

Альтернативною стратегією інструментальної діагностики СНзбФВ є об'єктивне підтвердження кардіогенного пульмонального та/або системного застою згідно з парадигмою Універсального визначення серцевої недостатності, у тому числі з використанням фокусного ультразвукового дослідження легень, нижньої порожнистої вени, вен органів черевної порожнини, а також радіологічних методів.

Висновки. Сучасна ехокардіографія є потужним інструментом для виявлення гемодинамічних порушень, характерних для СНзбФВ. Розширення стандартного підходу до оцінки тиску наповнення лівих камер серця за рахунок інтеграції додаткових параметрів і провокативних маневрів, а також елементів фокусного УЗД, дозволяє підвищити точність діагностики та зменшити потребу в інвазивних тестах. Розширені можливості серцево-судинної візуалізації є незамінною опцією при обстеженні пацієнтів із підозрою на СНзбФВ.

Оцінка електромеханічної відповіді на ресинхронізаційну терапію у пацієнтів із ХСН

Ю.І. Карпенко, Н.В. Павлінова

Одеська обласна клінічна лікарня

X-Strain – науково-практичний метод векторного аналізу, за допомогою якого можна оцінити міокардіальну функцію лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на серцеву недостатність (СН). У даних хворих клінічно корисна оцінка функції ЛШ для оцінки прогнозу та визначення тактики лікування, а саме тактики електрофізіологічної корекції серцевої недостатності.

Мета – оцінити вплив порушення глобальної скоротливості ЛШ із застосуванням методу спекл-трекінгу при трансторакальній ехокардіоскопії (ТТЕ) на прогноз пацієнтів з ХСН

Матеріали та методи. У дослідження було включено 50 пацієнтів з ХСН на тлі різних форм аритмогенної кардіоміопатії – ПБЛНПГ або ФП, стимулятор-індукованої кардіопатії. У доопераційному періоді всім пацієнтам виконаний спекл-трекінг з визначенням Strain ЛШ у двох позиціях (4-камерній та 2-камерній). Проведено аналіз результатів глобальної деформації ЛШ за допомогою робочої станції eSie VVI (Siemens). Усім пацієнтам за результатами дообстеження визначена відповідна електрофізіологічна корекція ХСН (ресинхронізуюча терапія зі стимуляцією провідної системи ЛШ – пучка Гіса, лівої ніжки пучка Гіса (ЛНПГ) в міжшлуночкової стінці (МШП) та латеральній стінці лівого шлуночка).

Результати. У 38% хворих при дослідженні speckle-tracking – виявлена «псевдонормальна» подовжена скоротливість МШП, у зв'язку з чим прийняте рішення о проведенні імплантації в пучок Гіса або в ЛНПГ.

У 38% хворих зміна глобальної скоротливості ЛШ на доопераційному періоді була обумовлена преобладаючим скороченням МШП за даними X-Strain, у зв'язку з чим прийняте рішення о проведенні імплантації електроду в ЛНПГ.

У 47% хворих – різке зниження міокардіальної функції та глобальної скоротливості ЛШ на тлі прогресування фіброзу в МШП з виявленням графіки «double peaked» – ця група проходила upgrade CRT – імплантація додаткового електроду в латеральну стінку ЛШ. Період спостереження становив $6 \pm 1,5$ міс.

Висновки. Спекл-трекінг із використанням ТТЕ – ефективний метод оцінки структурного та електричного ремоделювання лівого шлуночка при ХСН. Оцінка зміни міокардіальної функції ЛШ у доопераційному періоді є ефективною для прогнозу та визначення тактики лікування, а саме тактики електрофізіологічної корекції хронічної серцевої недостатності.

Особливості структурно-функціонального ремоделювання серця у пацієнтів з ішемічною серцевою недостатністю у поєднанні з метаболічно асоційованою стеатотичною хворобою печінки

О.В. Князева, В.А. Потабашній

Дніпровський державний медичний університет, Кривий Ріг

На сьогодні зростає кількість доказів, які визначають метаболічно асоційовану стеатотичну хворобу печінки (МАСХП) як незалежний фактор ризику серцевої недостатності (СН), зокрема СН зі збереженою фракцією викиду (СНзбФВ) (Bansal B. et al., 2025). МАСХП пов'язують із різними моделями несприятливого ремоделювання серця, що створює підґрунтя для формування СНзбФВ (Golioroulou A. et al., 2023). Також визначаються спільні патогенетичні ланки: системне запалення, інсулінорезистентність, ектопічні жирові депозити, ендотеліальна дисфункція, оксидативний стрес, дисбаланс адипокінів, дисліпідемія, зміни кишкової мікробіоти тощо (Zheng H. et al., 2024; Yang K., 2023).

Мета – дослідити особливості структурно-функціонального ремоделювання серця та ліпідного профілю у пацієнтів з ішемічною СН у поєднанні з МАСХП.

Алфавітний покажчик авторів тез

Акобiров Є.С.	67	Воронков Л.Г.	102, 132	Ємець І.М.	135, 142
Аксiонов Є.В.	35	Габрієлян А.В.	15, 114	Жарінов О.Й.	71
Амеліна Т.М.	30	Гаврецький А.І.	79	Жеков І.І.	136, 137
Андриєнко А.В.	74, 89	Галицька А.К.	114	Жеманюк С.П.	88
Андросова Л.О.	75	Галькевич М.П.	46, 51	Загрійчук М.С.	134
Антонюк Р.Р.	73	Гальченко О.Г.	94	Заздравнов А.А.	94
Ащеулова Т.В.	80	Гальчiнська В.Ю.	86, 98	Захарова В.П.	115
Бабій Л.М.	56, 60	Гандзюк В.А.	5	Звонар П.П.	72
Баган У.Р.	49	Гарбуз Д.	138	Зелененька Л.І.	62
Базика О.Є.	133	Герашенко А.С.	108	Зеленчук А.В.	60
Базилевич А.Я.	93	Гiманова Я.В.	25	Зеленчук О.В.	142, 143, 145
Бакунець Ю.П.	134	Гiнгуляк О.М.	29	Зіновчик І.І.	87, 137
Барбашова В.О.	79	Гіреш Й.Й.	119	Зінченко Г.А.	137
Бацак Б.	128	Гладун А.Ю.	35	Злацька А.В.	7
Бегей С.Р.	73	Гнатик М.Я.	72	Злацький І.А.	7
Безродна Л.В.	121, 124	Говорнян А.В.	7	Зубович І.В.	94
Безродний В.Б.	121	Голікова І.П.	19		
Біла Ю.О.	23	Голікова І.П.	20, 21		
Білий Д.О.	49	Гончарь О.В.	80, 103, 104	Глащук Т.О.	6
Біловол О.М.	7, 79	Горб Ю.Г.	100	Іркін О.І.	49
Білоусова Н.А.	14, 16	Гордiєнко І.М.	7	Казаков Ю.М.	83
Більченко А.О.	42	Гордiйчук Л.І.	73	Казмірчук К.А.	64
Більченко О.В.	62	Горпишин Ю.М.	17	Карпенко Ю.І.	105
Білявська А.	93	Грам'як О.П.	62	Катеренчук І.П.	65
Біцадзе О.Г.	143	Гребеник М.В.	62	Кедик А.В.	85, 106
Боженко Г.М.	121	Гречаник М.М.	97	Кирик В.М.	8, 48
Большак О.	139	Гречко С.І.	27	Кириченко Р.М.	116
Бондар Т.М.	29	Григор'єв О.Ю.	69	Кіношенко Є.І.	45
Бота Р.А.	29	Грицюк А.В.	136	Кірієнко О.М.	7, 79
Боцюк Ю.А.	121	Гур'янов В.Г.	102	Кліменко П.П.	9
Бринза М.С.	62	Гуртовенко О.М.	139, 140	Князева О.В.	70, 105, 110
Бугаєнко В.В.	14, 19, 20, 21	Гушул І.Я.	132	Князькова І.І.	7, 79
Будзан І.М.	73	Давидова Ю.В.	87	Кобець А.В.	42
Буряк Н.А.	134	Данильчук А.Є.	74, 89, 125	Кобза І.І.	93
Бучарський О.В.	32	Демянчук В.Б.	117, 134, 143	Кобилінська Л.І.	99
Вакалюк І.П.	72, 73	Деніна Р.В.	72, 73	Коваль С.М.	96
Ванджура Я.Л.	72	Дерябіна О.Г.	7, 12	Ковальчук М.В.	7, 12
Вантюх Н.В.	85	Діденко Д.В.	63	Ковальчук Ю.Ю.	56, 57, 58, 60
Варбанець Д.С.	40	Діденко О.З.	93	Ковтун Г.І.	37, 93, 111, 134, 145
Варбанець С.В.	135	Діденко О.С.	72	Кожухарьова Н.А.	16
Варі Ш.Ж.	99	Дмитерко У.А.	58, 59	Кожухов С.М.	133
Василинчук Н.М.	129	Довбинчук Т.В.	10	Козачок М.М.	79
Вітовська О.Р.	135	Довгалюк А.А.	135	Козлюк А.С.	119
Водославська Л.Я.	73	Довганич Н.В.	133	Колесник М.Ю.	66, 81
Волинський Д.А.	72	Долженко М.М.	14, 16	Колтунова Г.Б.	115
Волков Д.Є.	62	Доронін О.В.	64	Кондратюк М.О.	134
Волошина О.В.	56, 58	Дорошенко О.О.	33	Копиця М.П.	42, 43
Волторніст Я.В.	135	Дудко О.М.	37, 138, 141	Кордюм В.А.	7, 12
Воробйова В.М.	69	Естрін С.І.	67	Королюк В.Д.	72
Воронко А.А.	79			Корчинський В.С.	96
Воронко О.А.	79			Косован Д.М.	122