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

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXVII Національного конгресу кардіологів України (Київ, 22–25 вересня 2026 р.)

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

Том 33 Додаток 1 2026

www.ucardioj.com.ua

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

Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології,
клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска
Національної академії медичних наук України"»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXVII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 22–25 вересня 2026 р.)

Головний редактор: О.М. Пархоменко
Наукова редакція випуску: Л.Г. Воронков, С.М. Кожухов, М.І. Лутай,
О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том 33 Додаток 1 2026

www.ucardioj.com.ua

Київ • 2026

шлуночка (ЛШ). У різних пацієнтів можуть переважати ремоделювання ЛШ, коморбідність, психологічний дистрес або несприятлива оцінка власного здоров'я. Тому доцільним є підхід, який одночасно враховує кілька взаємодоповнювальних доменів післяінфарктного стану.

Мета. Оцінити можливість виділення мультидоменних профілів відновлення після ІМ із урахуванням клінічних характеристик, коронарного профілю, ремоделювання ЛШ, психологічного дистресу та показників, повідомлених пацієнтом.

Матеріали і методи. Проаналізовано одноцентровий реєстр 831 пацієнта з ІМ. Мультидоменна когорта включала 546 пацієнтів із достатньою повнотою даних щонайменше у чотирьох доменах. Основну когорту кластеризації становили 287 пацієнтів із повними даними Depression Anxiety Stress Scale-21 – шкали депресії, тривоги і стресу (DASS-21). Некероване кластерування виконували методом k-середніх на стандартизованій матриці 16 ознак. До моделі входили вік, стать, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, поточне куріння, холестерин ліпопротеїнів низької щільності, розрахункова швидкість клубочкової фільтрації, показники коронарного ураження і реваскуляризації, фракція викиду ЛШ, індекси кінцево-діастолічного та кінцево-систолічного об'ємів ЛШ, а також три підшкали DASS-21. Visual Analogue Scale – візуально-аналогову шкалу здоров'я (VAS), EuroQol-5 Dimension (EQ-5D) та Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-12 – 12-пунктовий Канзаський опитувальник кардіоміопатії (KCCQ-12) використовували для характеристики отриманих профілів.

Результати. Виділено три клінічно інтерпретовані профілі. Перший профіль (n=62) характеризувався переважанням жінок (95%), високою частотою артеріальної гіпертензії (94%), нижчою розрахунковою швидкістю клубочкової фільтрації (медіана 56 мл/хв/1,73 м²), помірним ремоделюванням ЛШ і проміжним рівнем дистресу. Другий профіль (n=63) мав найвираженіше ремоделювання ЛШ: медіана фракції викиду становила 48%, індекс кінцево-діастолічного об'єму – 81 мл/м², індекс кінцево-систолічного об'єму – 40 мл/м². У цій самій групі були найвищі показники DASS-21: стрес – 20, тривога – 20, депресія – 18 балів. Третій профіль (n=162) мав збереженіші показники ЛШ і нижчий психологічний дистрес, але найвищу частку поточних курців – 66%. Показники, повідомлені пацієнтом, не продемонстрували статистично значущих міжгрупових відмінностей (p>0,05), однак мали узгоджений чисельний напрямок: у другому профілі були нижчими VAS (50 проти 70 балів у першому і третьому профілях) та KCCQ-12 (74 проти 83 балів у третьому профілі). Частота 6-місячної комбінованої кінцевої точки становила 87%, 75% і 88% відповідно (p<0,05).

Висновки. Післяінфарктне відновлення має мультидоменний характер. Виділені профілі відрізнялися поєднанням клінічних, структурних, психологічних і пацієнт-орієнтованих характеристик. Найвираженіше ремоделювання ЛШ поєднувалося з найвищим психологічним дистресом, тоді як збереженіша структура ЛШ не виключала значного модифікованого ризику, представленого насамперед поточним курінням. Мультидоменне фенотипування може бути використане для точнішого планування спостереження та реабілітації після ІМ і потребує подальшої зовнішньої валідації.

Ехокардіографічні маркери ускладненого перебігу гострого інфаркту міокарда

Т.С. Заїкіна

Харківський національний медичний університет

Ехокардіографія відіграє надзвичайно важливу роль при гострому інфаркті міокарда, оскільки дає швидку, безпечну та інформативну оцінку стану серця в режимі реального часу. Більше того, ехокардіографія є незамінною для раннього виявлення ускладнень гострої ішемії міокарда.

Мета. Визначити ехокардіографічні маркери ускладненого перебігу гострого інфаркту міокарда.

Матеріали і методи. В дослідженні взяли участь 125 хворих з ГІМ, яких було розподілено на групи: 1 група (37 осіб) – хворі з ускладненим перебігом гострого періоду інфаркту міокарда; 2 група (88 осіб) – хворі з неускладненим перебігом гострого періоду інфаркту міокарда. Усім обстежуваним пацієнтам було проведено ехокардіографічне дослідження на апараті GE Logiq F8. Статистичними методами було розраховано середні значення (M), відхилення від середнього (m) основних ехокардіографічних параметрів та достовірність відмінностей (p).

Результати. Аналізуючи основні ехокардіографічні показники, було виявлено, що хворі з ускладненим перебігом ГІМ мали достовірно вищі значення КСР лівого шлуночка (4,65±0,15 см та 4,03±0,07 см відповідно; p=0,004), КДР (5,7±0,11 см та 5,02±0,07 см відповідно; p=0,002), КСО (112,16±6,3 мл та 77,46±3,32 мл відповідно; p=0,0001), КДО (168,86±10,93 мл та 126,54±4,5 мл відповідно; p=0,001) та розмірів лівого передсердя (3,97±0,11 см та 3,74±0,07 см відповідно; p=0,02) порівняно з хворими без ускладнень гострого періоду інфаркту міокарда. Ускладнений перебіг гострого інфаркту міокарда також асоціювався з достовірно більш

низькою фракцією викиду лівого шлуночка порівняно з неускладненим перебігом (35,04±1,36% та 39,41±1,14% відповідно; p=0,04).

Висновки. Наше дослідження продемонструвало, що ускладнений перебіг гострого інфаркту міокарда асоціювався з розширенням лівих відділів серця та систолічною дисфункцією лівого шлуночка, які можуть бути ехокардіографічними маркерами.

Місце механічної підтримки кровообігу при гострому коронарному синдромі

А.О. Кіпоть

ДНП «Інститут серця МОЗ України», Київ

У пацієнтів з гострим коронарним синдромом, ускладненим гострою серцевою недостатністю або кардіогенним шоком, своєчасне визначення потреби у механічній підтримці кровообігу залишається складним клінічним завданням. Внутрішньоаортальна балонна контрпульсація та екстракорпоральна мембранна оксигенація можуть використовуватися для стабілізації гемодинаміки, однак оптимальний відбір пацієнтів потребує інтеграції клінічних, ехокардіографічних та лабораторних показників.

Мета. Оцінити клінічне місце механічної підтримки кровообігу у пацієнтів з гострим коронарним синдромом, з урахуванням гемодинамічного профілю, тяжкості гострої серцевої недостатності та динаміки серцевого індексу.

Матеріали і методи. Проведено аналіз 191 пацієнта з гострим інфарктом міокарда, які проходили стаціонарне лікування. Оцінювали клінічні характеристики, клас гострої серцевої недостатності за Killip, стадію кардіогенного шоку за класифікацією Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, ехокардіографічні параметри, серцевий індекс, фракцію викиду лівого шлуночка, рівень лактату, потребу у штучній вентиляції легень, серцево-легеневій реанімації, внутрішньоаортальній балонній контрпульсації та екстракорпоральній мембранній оксигенації. Кількісні дані наведені як медіана [25-й; 75-й перцентил], якісні дані як n (%).

Результати. Механічна підтримка кровообігу застосовувалась у 17 (8,9%) пацієнтів: внутрішньоаортальна балонна контрпульсація у 10 (5,2%), екстракорпоральна мембранна оксигенація у 9 (4,7%). Пацієнти, які потребували механічної підтримки, мали тяжчий клінічний профіль: частіше потребували штучної вентиляції легень, мали вищу частоту багатосудинного ураження, нижчий початковий систолічний артеріальний тиск, нижчий серцевий індекс та нижчу фракцію викиду лівого шлуночка. На тлі лікування із застосуванням внутрішньоаортальної балонної контрпульсації або екстракорпоральної мембранної оксигенації спостерігалося зростання серцевого індексу з 1,7 [1,5; 2,3] до 2,4 [2,1; 2,6] л/хв/м^2. У підгрупі пацієнтів з тяжчим профілем за Society for Cardiovascular Angiography and Interventions C–E використання механічної підтримки супроводжувалося статистично значущим покращенням серцевого індексу.

Висновки. Механічна підтримка кровообігу при гострому коронарному синдромі повинна розглядатися не як універсальний метод, а як інструмент для стабілізації пацієнтів із тяжким гемодинамічним профілем, низьким серцевим індексом, високим ризиком прогресування гострої серцевої недостатності та потребою у виграші часу для реперфузії, прийняття клінічного рішення або відновлення міокарда. Оптимальний відбір пацієнтів потребує інтеграції клінічної оцінки, класифікацій Killip і SCAI, серцевого індексу, лактату та динаміки відповіді на лікування.

Щоденна динаміка високочутливого тропоніну Т як інструмент ранньої стратифікації ризику при гострому інфаркті міокарда

А.О. Кіпоть, Т.В. Колесник

ДНП «Інститут серця МОЗ України», Київ
Дніпровський державний медичний університет МОЗ України

У пацієнтів з гострим інфарктом міокарда прогностичне значення має не лише абсолютний рівень кардіального тропоніну, але і характер його динаміки після реперфузії. Одноразове визначення біомаркера не завжди дозволяє об'єктивно оцінити тяжкість ушкодження міокарда та ризик несприятливого госпітального перебігу.

Мета. Оцінити зв'язок між щодобовою динамікою високочутливого тропоніну Т (hs-cTnT), часом досягнення його піку та госпітальними клінічними наслідками у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда.

Матеріали і методи. Проведено одноцентрове когортне дослідження, до якого включено 191 пацієнта з гострим інфарктом міокарда з підйомом або без підйому сегмента ST. Усі пацієнти мали щонайменше 3 і не більше 10 серійних вимірювань hs-cTnT з інтервалом 24 години протягом госпіталізації. Реперфузійною стратегією для всієї когорти було раннє черезшкірне коронарне втручання протягом 1 години від моменту госпіталізації. Траєкторії hs-cTnT аналізували за допомогою змішаних лінійних моделей із випадковим інтерсептом пацієнта та

Алфавітний покажчик авторів тез

Акобіров Є.С. 71, 123
Аль-Салама М.В.О. 83
Амеліна Т.М. 28, 58
Андросова Л.О. 74
Архипова М.А. 18

Бабич К.Ю. 128
Бабій Л.М. 19, 59
Баган У.Р. 52
Базика О.Е. 141
Бакунець Ю.П. 32
Балабуха А.П. 41
Балан А.Р. 83
Барбашова В.О. 84, 85
Безродна Л.В. 84, 92
Безродний В.Б. 84
Береговой О.В. 32
Березуцька С.Л. 22
Беца І.М. 51, 47, 49
Біловол О.М. 84, 85
Білоусова Н.А. 23, 69, 100, 109
Більченко А.О. 41,70
Боженко Г.М. 84, 92
Бондар Т.М. 13, 14
Боровик К.М. 111
Бота Р.А. 27
Бугаєнко В.В. 29
Бундзяк О.П. 59
Буряк Н.А. 32

Вавілова Л.Л. 15
Вакалюк І.П. 9, 53, 122, 142
Вакуленко Д.В. 62
Варі Ш.Ж. 17
Василинчук Н.М. 15
Верещук Л.Л. 93
Винник А.В. 60
Витриховський А.І. 116
Волинський Д.А. 53, 122, 142
Волошина О.В. 19, 59, 59
Воронко А.А. 101
Воронков Л.Г. 15, 111

Габрієлян А.В. 22, 32, 112
Гаврецький А.І. 101
Гарбар М.О. 52
Гель К.С. 54
Гінгуляк О.М. 83
Гладун А.Ю. 102
Голдовський Б.М. 65, 86
Голікова І.П. 29
Гончаров С.В. 4
Гончарова К.М. 90
Гончарь О.В. 87, 113, 137
Горб Ю.Г. 108, 142
Горбатюк О.Б. 4
Гордієнко І.М. 11
Гордійчук Л.Г. 131
Граматюк С.М. 5
Гребеник М.В. 31
Гринь В.К. 127
Грицюк А.В. 34
Гулкевич О.В. 84
Гуртовенко О. 130, 131

Данілевич Т.Д. 66
Демянчук В.Б. 32, 37
Деніна Р.В. 26, 131
Дерябіна О. Г. 4, 18
Деяк С.І. 141
Джунь Я.Ю. 30
Діденко Д.В. 48, 51, 68, 88
Дмитерко У.А. 62
Довбинчук Т.В. 7
Довганич Н.В. 141
Долженко М.М. 23, 69, 100, 109
Домański Т.М. 32
Досенко В.Є. 4, 13
Дяченко М.С. 76

Естрін С.І. 5, 71, 123

Жайворонок М.М. 25
Жарінов О.Й. 120

Загрійчук М.С. 32
Заїкіна Т.С. 42
Запровальна О.Є. 61, 90
Звонар П.П. 131
Зеленчук О.В. 32, 33
Зіновчик І.І. 35
Зінченко Г.А. 36
Злацька А.В. 11
Злацький І.А. 11

Іваницька Т.А. 88
Іванова Ю.В. 5
Ілащук Т.О. 76
Іркін О.І. 47, 49

Кадикова О.І. 111
Казаков Ю.М. 88, 122
Каплан П.О. 103
Карпенко Ю.І. 69
Катеренчук І.П. 70
Качан О.В. 93
Кедик А.В. 45
Кирик В.М. 6, 7, 16
Кириченко Р.М. 127
Кисіль О.Ю. 52
Кіпоть А.О. 43, 44
Кірієнко О.М. 84, 85
Князєва О.В. 114
Князькова І.І. 84, 85
Кобилінська Л.І. 17
Ковалевська В.Ю. 89
Коваленко В.І. 143
Коваль О.А. 44, 103
Коваль С.М. 89
Ковальова Ю.О. 96
Ковальчук Ю.Ю. 19, 59, 63
Ковтун Г.І. 32
Ковтун О.В. 65
Кожухарьова Н.А. 69, 100
Кожухов С.М. 141
Козачок М.М. 101
Козлюк А.С. 128
Колесник Т.В. 43
Колесник М.Ю. 104
Колеснікова О.В. 90
Ком'яті В.М. 78
Кондратюк М.О. 32
Копитько Н.С. 34
Копиця М.П. 41, 70, 115
Кордюм В.А. 4, 18
Корнієнко Т.М. 77
Корнутій О.М. 53
Корольчук Б.І. 53
Корольчук Л.І. 53
Корчинський В.С. 91
Кравченко А. 54
Кравченко В.І. 34, 35
Кравченко І.В. 36
Кравченко І.Г. 120
Кравченко І.М. 35, 36
Кравченко Т.В. 5, 71, 123
Кравчун П.Г. 111
Крикунов О.А. 129
Кувайцев А.К. 32
Кудлай І.В. 22, 112
Кулаєць В.М. 116
Кулаєць Н.М. 116
Кулініч І.А. 65
Купчинська О.Г. 84, 92
Курята О.В. 72
Куцин О.О. 45
Кучманська А.В. 105

Лабунець І.Ф. 7