

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

жено 200 пацієнтів із клінічно маніфестованою ХСН II–IV класів за NYHA. Діагноз серцевої недостатності (CH) визначили згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів 2021 року. Всім пацієнтам проведені загальноклінічне обстеження, електрокардіографія, ехокардіографія, рутинні лабораторні тести. Пацієнтам також проводили стандартизоване опитування, а саме – за оригінальною анкетною загального тягаря впливу воєнного стану (ABBC) та за анкетною тривоги/депресії HADS.

Результати. У пацієнтів із ХСН та фактичним статусом внутрішньо переміщеної особи фіксували достовірно вищу суму балів за анкетною ABBC порівняно з іншими пацієнтами ($p < 0,0001$). У пацієнтів з досвідом перебування в зоні бойових дій, а також у тих, що перебували у тривалій розлуці з родичами, спостерігався високий рівень тривоги, що відповідав визначенню останньої як клінічно значущої (12,0 балів та вище за шкалою HADS) – відповідно 15,5 і 8,0 балів ($p = 0,009$) та 13,0 і 8,0 балів ($p = 0,008$) відповідно, порівняно з іншими пацієнтами. Пацієнти із ХСН, надходження яких у стаціонар передувало період відсутності доступу до медичної допомоги також характеризувалися високим рівнем тривожності (12,0 балів за шкалою HADS проти 8,0 в інших пацієнтів, $p = 0,008$), вищим рівнем С-реактивного протеїну – ($13,4 \pm 10,1$ проти $8,6 \pm 11,6$ мг/мл в інших пацієнтів, $p = 0,03$) та нижчим відносним вмістом лімфоцитів у периферичній крові порівняно з іншими пацієнтами ($17,8 \pm 6,6$ проти $21,0 \pm 7,9 \times 10^9/\text{л}$, відповідно; $p = 0,03$).

Висновки. Отримані дані можуть бути враховані під час обґрунтування медичних заходів, спрямованих на пом'якшення тривожних проявів у пацієнтів із ХСН та клінічно значущим рівнем тривоги, асоційованої з впливом стресогенних чинників, притаманних умовам воєнного стану. Зв'язок рівня тривожності з маркерами запалення та вмістом лімфоцитів у периферичній крові у пацієнтів з ХСН вимагає подальшого вивчення.

Актуальні підходи до діагностики серцевої недостатності зі збереженою ФВЛШ: що нового в 2025?

О.В. Гончарь

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

Серцева недостатність зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (СНзбФВ) залишається важливою клінічною проблемою, частота якої постійно зростає. З урахуванням сучасних доказів

щодо ефективності інгібіторів натрій-залежного котранспортера глюкози 2-го типу у пацієнтів із цим фенотипом СН (дослідження EMPEROR-Preserved, DELIVER), точна і своєчасна діагностика СНзбФВ набула принципово нового терапевтичного значення. Водночас складність існуючих діагностичних алгоритмів та обмежена доступність низки використовуваних показників у рутинній практиці продовжують створювати бар'єри для широкого впровадження стандартизованих підходів до діагностики СНзбФВ.

Мета – проаналізувати сучасні підходи до встановлення діагнозу СНзбФВ, переваг і недоліків наявних діагностичних шкал для оцінки ймовірності СНзбФВ з акцентом на порівнянні щойно представленої лабораторією М.Обоката шкали BREATN2 (doi: 10.1016/j.jjcc.2025.03.018) з класичними інструментами (H2FPEF і HFA-PEFF), а також огляді їх місця в рамках рекомендованого УАФСН алгоритму діагностики СН. Висвітлити оптимальні підходи до ЕхоКГ-підтвердження діагнозу HFrEF, а саме можливості інструментального підтвердження кардіогенного застою в парадигмі Універсального визначення СН та методи ЕхоКГ-оцінки тиску наповнення ЛШ (включаючи стандартний алгоритм EACVI/ASE, додаткові ехо-параметри та/або маневри для демаскування підвищеного тиску наповнення в спокої, загальні принципи та опції при проведенні діастолічного стрес-тесту).

Матеріали та методи. Порівняльний огляд актуальних клінічних рекомендацій та консенсусних документів щодо діагностики СНзбФВ та ехографічної оцінки діастолічної функції ЛШ, наявних даних літератури щодо зовнішньої інвазивної валідації означених алгоритмів, а також додаткових методів, що можуть сприяти встановленню діагнозу.

Результати. Шкала BREATN2 складається з семи параметрів, включаючи вік, анамнез ішемічної хвороби серця, рівень натрійуретичних пептидів і гемоглобіну крові, наявність фібриляції передсердь і ознак гіпертрофії лівого шлуночка за даними ЕКГ, а також кардіомегалії за даними рентгенографії грудної клітини. Завдяки своїй простоті та мінімальній потребі в кардіовізуалізації, вона позиціонується як зручний інструмент початкової стратифікації ризику наявності СНзбФВ. Первинні результати валідації свідчать про її високу інформативність, що переважає таку шкали H2FPEF. Порівняльно, H2FPEF базується на анамнестичних чинниках та ключових ЕхоКГ-ознаках, тоді як HFA-PEFF детально оцінює ехокардіографічні та лабораторні параметри, що обмежує її використання в умовах обмежених ресурсів. Обидві «класичні» шкали часто залишають велику частку пацієнтів у зоні невизначеності (середня ймовірність СНзбФВ), що передбачає потребу в додатковому

функціональному тестуванні або інвазивному підтвердженні. 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.

Алфавітний покажчик авторів тез

Акобiров Є.С.	67	Воронков Л.Г.	102, 132	Ємець І.М.	135, 142
Аксiонов Є.В.	35				
Амеліна Т.М.	30	Габрієлян А.В.	15, 114	Жарінов О.Й.	71
Андрієнко А.В.	74, 89	Гаврецький А.І.	79	Жеков І.І.	136, 137
Андросова Л.О.	75	Галицька А.К.	114	Жеманюк С.П.	88
Антонюк Р.Р.	73	Галькевич М.П.	46, 51		
Ащеулова Т.В.	80	Гальченко О.Г.	94	Загрійчук М.С.	134
		Гальчiнська В.Ю.	86, 98	Заздравнов А.А.	94
Бабій Л.М.	56, 60	Гандзюк В.А.	5	Захарова В.П.	115
Баган У.Р.	49	Гарбуз Д.	138	Звонар П.П.	72
Базика О.Є.	133	Герашенко А.С.	108	Зелененька Л.І.	62
Базилевич А.Я.	93	Гіманова Я.В.	25	Зеленчук А.В.	60
Бакунець Ю.П.	134	Гінгуляк О.М.	29	Зеленчук О.В.	142, 143, 145
Барбашова В.О.	79	Гіреш Й.Й.	119	Зіновчик І.І.	87, 137
Бацак Б.	128	Гладун А.Ю.	35	Зінченко Г.А.	137
Бегей С.Р.	73	Гнатик М.Я.	72	Злацька А.В.	7
Безродна Л.В.	121, 124	Говорнян А.В.	7	Злацький І.А.	7
Безродний В.Б.	121	Голікова І.П.	19	Зубович І.В.	94
Біла Ю.О.	23	Голікова І.П.	20, 21		
Білий Д.О.	49	Гончарь О.В.	80, 103, 104	Ілащук Т.О.	6
Біловол О.М.	7, 79	Горб Ю.Г.	100	Іркін О.І.	49
Білоусова Н.А.	14, 16	Гордієнко І.М.	7		
Більченко А.О.	42	Гордійчук Л.І.	73	Казаков Ю.М.	83
Більченко О.В.	62	Горпишин Ю.М.	17	Казмірчук К.А.	64
Білявська А.	93	Грам'як О.П.	62	Карпенко Ю.І.	105
Біцадзе О.Г.	143	Гребеник М.В.	62	Катеренчук І.П.	65
Боженко Г.М.	121	Гречаник М.М.	97	Кедик А.В.	85, 106
Большак О.	139	Гречко С.І.	27	Кирик В.М.	8, 48
Бондар Т.М.	29	Григор'єв О.Ю.	69	Кириченко Р.М.	116
Бота Р.А.	29	Грицюк А.В.	136	Кіношенко Є.І.	45
Боцюк Ю.А.	121	Гур'янов В.Г.	102	Кірієнко О.М.	7, 79
Бринза М.С.	62	Гуртовенко О.М.	139, 140	Кліменко П.П.	9
Бугаєнко В.В.	14, 19, 20, 21	Гушул І.Я.	132	Князева О.В.	70, 105, 110
Будзан І.М.	73			Князькова І.І.	7, 79
Буряк Н.А.	134	Давидова Ю.В.	87	Кобець А.В.	42
Бучарський О.В.	32	Данильчук А.Є.	74, 89, 125	Кобза І.І.	93
		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			Королюк В.Д.	72
Воронко А.А.	79	Естрін С.І.	67	Корчинський В.С.	96
Воронко О.А.	79			Косован Д.М.	122