

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

відно з АГ I і II стадій). Оцінювали у них частоту діагностування бойової коморбідної патології, в т.ч. тривожно-депресивних розладів за шкалою Бека (шкала депресії Бека (BDI), шкала тривоги Бека (BAI), які сьогодні рекомендовані ВООЗ для оцінювання цих параметрів.

Статистичний аналіз отриманих результатів проведено у стандартному статистичному пакеті STATISTICA 10.0 for Windows компанії StatSoft Inc. (США) із застосуванням непараметричних статистичних методів: Імовірнісний калькулятор.

Результати. Серед коморбідних захворювань, спричинених бойовою травмою, у хворих на АГ комбатантів найпоширенішими були закрыта черепно-мозкова травма (ЗЧМТ – 30%), туговухість (17%) і акубаротравма (10%), частота діагностування котрих статистично не відрізнялась залежно від стадії АГ ($p > 0,05$ в усіх випадках).

Тривога була доволі поширеним коморбідним станом і спостерігалась у 180 (85%) хворих на АГ комбатантів: при I стадії – у 96 (76%) хворих, а при II стадії – у 84 (97%) хворих, $p=0,0001$. При цьому, перше місце посідала середня вираженість стану – 48%, значно менший відсоток легкої тривожності зафіксований у 22% та високої тривожності – у 15% осіб. У решти (15%) відзначено негативний результат. Статистично достовірних відмінностей у вираженості тривоги залежно від стадії артеріальної гіпертензії виявлено не було ($p>0,05$ в усіх випадках).

Результати тестування засвідчили, що у хворих на АГ комбатантів ознаки депресивних станів (десять і більше балів) були присутні у 206 (97%) осіб: при I стадії – у 126 (100%) хворих, а при II стадії – у 80 (92%) хворих, $p=0,0013$. У цих 206 осіб встановлено, що легка стадія, яка характеризує стан незначно вираженої депресії, і проявляється пригніченням настрою, песимістичною оцінкою подій та зниженням працездатності, була притаманна 136 (64%) пацієнтам. Стадія помірної депресії була зафіксована у 29% пацієнтів. Виражена депресія була виявлена у 4% пацієнтів, які продемонстрували перепади настрою, песимістичне сприйняття того, що відбувається, занижену самооцінку, похмурість, агресивно реагували на запитання в опитувальнику. Статистично достовірних відмінностей у вираженості депресії залежно від стадії АГ виявлено не було ($p>0,05$ в усіх випадках).

Отримані нами дані значно перевищують результати попередніх досліджень, де було встановлено, що депресивні та/або тривожні розлади виявлено у $40,8 \pm 4,5$ на 100 опитаних військовослужбовців – учасників збройного конфлікту в Україні.

Висновки. Вперше встановлено найпоширеніші коморбідні захворювання, спричинені бойовою травмою, у хворих на АГ комбатантів: ЗЧМТ, туговухість і акубаротравма. Отримані дані значно

перевищують показники поширеності тривожно-депресивних розладів у військовослужбовців – учасників збройного конфлікту на Україні, встановлені в попередніх дослідженнях.

Артеріальна гіпертензія та «дуже довгий» COVID-19: прогноз відновлення у термін 36 місяців

О.В. Гончарь, Т.В. Ащеулова

Харківський національний медичний університет

Синдром «довгого» COVID-19 залишається серйозною проблемою для систем охорони здоров'я на глобальному рівні. Навіть через тривалий час після перенесеної гострої інфекції багато пацієнтів зберігають симптоми, які обмежують повсякденну активність, зокрема втому, респіраторні, когнітивні та психоемоційні розлади. Виявлення факторів ризику збереження цих симптомів у віддалений період є важливим для індивідуалізації підходів до реабілітації пацієнтів та ефективного планування ресурсів. Наразі валідовані прогностичні моделі для довгострокового прогнозування персистенції постковідних проявів відсутні, в тому числі з огляду на складність прогнозу у вкрай гетерогенній популяції реконвалесцентів. Одним із перспективних підходів до вирішення цієї проблеми є стратифікація пацієнтів на основі базових клінічних та анамнестичних характеристик.

Мета – оцінити вплив артеріальної гіпертензії на перебіг постковідного синдрому протягом трьох років спостереження та розробити прогностичні моделі персистенції симптомів «довгого COVID» у термін 36 місяців.

Матеріали та методи. 221 госпіталізованим хворим на COVID-19 (вік $53,2 \pm 13,5$ років, 53% жінок, 40% із супутньою АГ) наприкінці періоду госпіталізації та у термін 1 міс. після виписки було проведено комплексне обстеження, яке включало експертне трансторакальне ехокардіографічне обстеження, проба з реактивною гіперемією плечової артерії, ультразвукове дослідження легень та тест 6-хвилинної ходьби. Лабораторне обстеження включало, на додачу до стандарту допомоги при гострому COVID-19, визначення сироваткових рівнів кардіального тропоніну I, проМНУП, галектину-3 та розчинної ізоформи ST2. Статистична обробка включала оцінку прогностичної цінності предикторів у логістичному регресійному аналізі з подальшим їх використанням для тренування штучних нейронних мереж і створення бінарних класифікаційних моделей прогнозування персистенції симптомів у термін 36 місяців серед учасників із супутньою АГ та без такої. Оцінка відновлен-

ня у термін 36 місяців була доступною для 159 учасників.

Результати. Персистенція симптомів у термін 36 місяців спостерігалася у 21 (35%) пацієнтів із АГ та 45 (45%) – без АГ, $p=0,016$. Використання анамнезу АГ в якості критерію фенотипізації суттєво впливало на перелік предикторів персистенції симптомів «довгого COVID» у термін 36 місяців. Для пацієнтів із АГ у порядку зниження прогностичної значущості вірогідні госпітальні предиктори включали тривалість госпіталізації (Somers' $D = 0,80$, $p < 0,001$), рівень галектину-3 ($D = 0,62$, $p = 0,001$), аланінаміно-трансферази ($D = 0,68$, $p = 0,022$), ШОЕ ($D = 0,53$, $p = 0,025$), зниження ваги протягом періоду хвороби ($D = 0,48$, $p = 0,011$), ендотеліязалежну дилатацію плечової артерії ($D = 0,49$, $p = 0,012$), пульсовий АТ ($D = 0,44$, $p = 0,008$) та необхідність суплементації кисню в госпітальному періоді ($D = 0,41$, $p = 0,007$). Для підгрупи пацієнтів без АГ вірогідні госпітальні предиктори включали тривалість госпіталізації ($D = 0,54$, $p < 0,001$), рівень креатиніну крові ($D = 0,45$, $p = 0,014$), десатурації крові ($D = 0,36$, $p = 0,031$) та інтенсивності задишки по завершенні 6-хвилинної ходьби ($D = 0,43$, $p = 0,043$), систолічного АТ ($D = 0,41$, $p = 0,009$), лейкоцитів крові ($D = 0,36$, $p = 0,013$), екскурсію фіброзного кільця мітрального клапана ($D = 0,29$, $p = 0,007$), глобальний поздовжній стрейн ЛШ ($D = 0,26$, $p = 0,015$), розмір лівого передсердя ($D = 0,25$, $p = 0,035$) та галектин-3 сироватки крові ($D = 0,24$, $p = 0,038$). Отримані класифікаційні ML-моделі характеризувалися 89% точністю прогнозу довготривалої персистенції симптомів в підгрупі гіпертензивних учасників та 87% – без анамнезу АГ.

Висновки. Наявність АГ не впливала на частоту персистенції симптомів «довгого COVID» у термін 36 місяців. Використання анамнезу АГ для фенотипізації реконвалесцентів після гострого COVID-19 суттєво впливала на перелік оптимальних предикторів та сприяла підвищенню точності прогнозування персистенції симптомів у віддалений період.

Оцінка впливу хірургічної менопаузи на деформаційні властивості міокарда лівого передсердя у жінок з гіпертонічною хворобою

М.Ю. Колесник, М.В. Соколова

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Хірургічна менопауза (ХМ) вважається фактором серцево-судинного ризику через вплив, обу-

мовлений різким зниженням рівня ендogenous естрогену. Однак попередні дослідження продемонстрували суперечливі результати, пов'язані з цією проблемою. Спекл-трекінг ехокардіографія (ЕХО-КГ) має кращу чутливість у виявленні субклінічних змін міокарда, ніж стандартні параметри трансторакальної ЕХО-КГ. На сьогодні бракує даних щодо вивчення деформації лівого передсердя (ЛП) та лівого шлуночка (ЛШ) у жінок з артеріальною гіпертензією та ХМ.

Мета – оцінити вплив типу менопаузи на деформацію лівих камер серця у жінок з гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 100 жінок з ГХ (середній вік $57,7 \pm 4,3$ років) в стані постменопаузи, які були розділені на дві групи. 1-шу групу склали 36 пацієнок із ХМ, тоді як 2-га група включала 64 жінки з фізіологічною менопаузою. Всім учасницям було проведено загальноклінічне обстеження, 24-годинний амбулаторний моніторинг артеріального тиску, стандартну трансторакальну та спекл-трекінг ехокардіографію за допомогою ультразвукового діагностичного приладу Vivid E9 XDClear. Глобальний поздовжній стрейн (ГПС) ЛШ вимірювали шляхом усереднення 12 сегментарних значень, отриманих з 4- та 2-камерних апікальних положень. Поздовжній стрейн (ПС) лівого передсердя визначали у 2- та 4-камерній позиціях, в скорочувальну та резервуарну фази роботи ЛП, а також ГПС ЛП. Ми використовували синхронізацію ЕКГ як з Р-, так і з R-зубцем. Для статистичної обробки результатів використовували пакет програм Statistica 13.0, статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати. Групи були порівнянні за віком, тривалістю АГ та менопаузи, рівнем артеріального тиску та стандартними ехокардіографічними параметрами, включаючи індекс об'єму ЛП, кінцеводіастолічний об'єм ЛШ. Всі учасники дослідження мали збережену фракцію викиду ЛШ. Глобальний поздовжній стрейн ЛШ становив $-19,7$ ($-21,0$; $-18,0$) у пацієнок із ХМ проти $-19,6$ (-21 ; $-17,9$) у жінок з фізіологічною менопаузою ($p > 0,05$). Також не було виявлено статистично значущої різниці в параметрах ПС ЛП між жінками з ГХ залежно від типу менопаузи при обох типах синхронізації з ЕКГ.

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
Андрієнко 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	Гордієнко І.М.	7	Казаков Ю.М.	83
Більченко А.О.	42	Гордійчук 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