

# 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





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

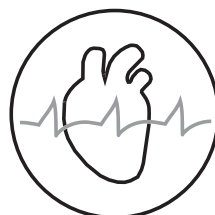
### Матеріали XXVI Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 23–26 вересня 2025 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 32    Додаток 1    2025



[www.ucardioj.com.ua](http://www.ucardioj.com.ua)

Київ • 2025

**Науково-організаційний комітет**  
**XXVI Національного конгресу кардіологів України**  
**Президія науково-організаційного комітету**

В.М. Коваленко (співголова), В.В. Лазоришинець (співголова),  
О.М. Пархоменко, О.С. Сичов, О.Г. Несукай

**Члени науково-організаційного комітету**

Л.Л. Вавілова, Л.Г. Воронков, М.М. Долженко, І.М. Ємець, І.П. Катеренчук,  
О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов, В.М. Корнацький, М.І. Лутай,  
О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, Г.Д. Радченко, А.В. Руденко, К.В. Руденко,  
Н.М. Середюк, Ю.М. Сіренко, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, В.К. Тащук,  
Б.М. Тодуров, С.В. Федьків, О.О. Ханюков, В.Й. Целуйко, В.О. Шумаков,  
А.В. Ягенський

**Програмний комітет**

Л.Л. Вавілова (голова), Л.А. Міщенко, Р.Г. Іванець, В.М. Корженко, В.Е. Пілецький,  
М.А. Гуляницька, Т.М. Мовчановська, О.С. Солюян

---

**Генеральні партнери Конгресу з розширеним пакетом**

**AstraZeneca**  
(Велика Британія)

**КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД**  
(Україна)

**Генеральні партнери Конгресу**

**BOEHRINGER INGELHEIM** (Німеччина)

**ARTERIUM** (Україна)

**PFIZER** (США)

**КРКА** Україна

**ЮРІЯ-ФАРМ** (Україна)

**Farmak** (Україна)

**ДАРНИЦЯ** (Україна)

**ТОВ «Серв'є Україна»**

**NOVARTIS** (Швейцарія)

**АВВОТТ** (США)

**Головні партнери Конгресу**

**Гледфарм**  
(Україна)

**OlainFarm**  
(Латвія)

**PRO.MED.CS Praha a.s.**  
(Чехія)

**ТОВ «РЕКОРДАТІ  
УКРАЇНА»**

**Novo Nordisk**

**ПАТ НВЦ  
«Борщагівський  
ХФЗ»** (Україна)

**ТОВ «Санофі-  
Авентіс  
Україна»**

**EGIS  
Pharmaceuticals**  
(Угорщина)

**Партнери Конгресу**

ПРО-ФАРМА (Україна), ROSTGROUP (Україна), Zdravo, СОНА-ФАРМЕКСІМ (Україна), WOERWAG PHARMA (Німеччина), ТОВ «Серв'є Україна» – MEDICAL department, ОЗИМУК ФАРМ, BERLIN-CHEMIE (Німеччина), Альпен Фарма, НКС-ФАРМ, Roche, Bovios Pharm, Нутрїмед (Україна), Pharmaselect (Австрія), Eurolifecare

**Стендова участь у Конгресі**

SCHILLER AG (Україна), VEGA UKRAINE, Canon Medical Systems, ТОВ «БТЛ-Україна», MODEM 1, Stethophone, ФарКоС, IMESC

**Інформаційне забезпечення:**

«Український кардіологічний журнал», Видавничий дім «МОРІОН»: «Український медичний часопис», [www.strazhesko.org.ua](http://www.strazhesko.org.ua), <https://www.facebook.com/strazhesko/>

## **Вміст Toll-like-рецепторів 4 в сироватці крові та лімфоцитах периферійної крові пацієнтів з артеріальною гіпертензією і надмірною масою тіла або ожирінням на фоні антигіпертензивної терапії**

О.Є. Склярова, І.С. Фоменко, Л.І. Кобилінська,  
Є.Я. Склярів, Ш.Ж. Варі

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

Сьогодні активно дискутується роль Toll-подібних рецепторів 4 (TLR4) в патогенезі артеріальної гіпертензії (АГ), оскільки вони є важливими індукторами ендотеліальної дисфункції та оксидативного стресу. Зокрема, відомо, що за наявності АГ та надмірної маси тіла (НМТ) або ожиріння TLR4 підлягають надмірній активації, що призводить до ініціації вродженої імунної запальної відповіді та ушкодження судин. Враховуючи те, що АГ є основним чинником ризику серцево-судинних уражень у пацієнтів з надмірною масою тіла або ожирінням, дослідження прозапальних чинників у таких осіб є вкрай актуальним.

**Мета** – дослідити вміст TLR4 в сироватці крові та лімфоцитах периферичної крові пацієнтів з АГ і НМТ або ожирінням на фоні антигіпертензивної терапії.

**Матеріали та методи.** Обстежено 76 пацієнтів із НМТ або ожирінням, які перебували на лікуванні у центрі терапії КНП «Перше територіальне медичне об'єднання м. Львова», мали встановлений діагноз АГ та отримували антигіпертензивні препарати відповідно до сучасних рекомендацій. Пацієнтів було розділено на дві групи: 1 група – 38 пацієнтів, які досягли цільового артеріального тиску (АТ), 2 група – 38 осіб, які не досягли цільового АТ. Діагноз АГ установлювали згідно з рекомендаціями Європейського товариства з гіпертензії та Європейського товариства кардіологів. Усім учасникам дослідження проводили ретельний збір анамнезу захворювання та життя, загальний фізикальний огляд із вимірюванням АТ та розрахунком індексу маси тіла (ІМТ), загальноклінічні (загальний аналіз крові, коагулограма, біохімічний аналіз крові, ліпидограма), інструментальні (електрокардіографія, ехокардіографія) дослідження. Імуноферментним методом визначали концентрацію TLR4 в сироватці крові та лімфоцитах периферичної крові з використанням набору реагентів Human TLR4 ELISA Kit.

**Результати.** Вміст TLR4 в сироватці крові був статистично достовірно більшим ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів з АГ й надвагою або ожирінням, які не досягли цільового АТ (1,84(0,84;12,12) нг/мл) при порівнянні

із групою пацієнтів з АГ і надвагою або ожирінням, які досягли цільового АТ (1,22(0,55;5,74) нг/мл). Водночас суттєвої різниці між показниками TLR4 в лімфоцитах периферійної крові пацієнтів з АГ і надвагою або ожирінням, які досягли цільових значень АТ (1,18(0,77;1,81) нг/мл) та які не досягли цільових значень АТ (1,64(0,82;2,13) нг/мл) не було встановлено ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** У пацієнтів з АГ й надмірною масою тіла або ожирінням, які не досягли цільових значень АТ під час антигіпертензивної терапії, згідно із сучасними рекомендаціями, встановлені суттєво вищі показники прозапального чинника TLR4 в сироватці крові на фоні незначного підвищення його вмісту в лімфоцитах периферійної крові.

## **Клінічні профілі та ефективність контролю артеріального тиску в амбулаторній практиці у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, ожирінням та надлишковою масою тіла**

С.А. Тихонова, В.Б. Яблонська, В.В. Ясиновська

Одеський національний медичний університет

Вплив надлишкової маси тіла (НМТ) та ожиріння на ефективність контролю артеріального тиску (АТ) та розвиток резистентної артеріальної гіпертензії (АГ) останнім часом став предметом особливої уваги клініцистів у зв'язку з глобальним зростанням поширеності цих станів в останні десятиліття.

**Мета** – оцінити ефективність контролю АТ в міській популяції пацієнтів молодого та середнього віку із НМТ та ожирінням в амбулаторній практиці кардіолога.

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз амбулаторних медичних карт пацієнтів з АГ, мешканців м. Одеси, які звернулися до кардіолога в Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ за період 2020–2021 рр. Критерії включення: діагностована АГ, прийом антигіпертензивної терапії 3 і більш місяців на момент включення в дослідження, вік пацієнта 18–64 роки. Критерії невключення: відома вторинна АГ, гіпертензивний стан. Оцінювали зріст, масу тіла, окружність талії (ОТ), розраховували індекс маси тіла (ІМТ). Критеріями ожиріння вважали  $ІМТ \geq 25,5$  кг/м<sup>2</sup> та збільшення ОТ (жінки  $\geq 80$  см, чоловіки  $\geq 94$  см), критерії НМТ –  $ІМТ \geq 25,5$  і  $i \geq 30$  кг/м<sup>2</sup> при нормальній ОТ, відповідно до статі. Враховували наявні у пацієнта коморбідні стани, класи та кількість призначених антигіпертензивних препаратів

(АГП). Лікування АГ вважали ефективним при досягненні рівня офісного АТ менш 130/80 мм рт. ст.

**Результати.** До аналізу включені дані 122 пацієнтів, віком 32–64 роки, середній вік ( $55,3 \pm 7,5$ ) років, 47,5% – чоловіки. Більшість пацієнтів – 96 (78,7%) мали ожиріння абдомінального типу, 12 (9,8%) – НМТ. Серед пацієнтів з ожирінням більшість склали жінки 56 (58,3%),  $p=0,059$ . Розподіл пацієнтів за рівнем офісного АТ: 16 (13,1%) мали цільовий АТ, 49 (40,2%) – АГ 1 ступеня (ст.), 42 (34,4%) – АГ 2 ст., 15 (12,2%) – АГ 3 ст. Для подальшого аналізу пацієнти були розподілені на 3 групи: 1 гр. ( $n=12$ ) – без ожиріння, 2 гр. ( $n=14$ ) – з НМТ, 3 гр. ( $n=96$ ) – з ожирінням. Найменшою кількістю пацієнтів з контрольованим АТ була серед пацієнтів з ожирінням (2%),  $p=0,036$ . Пацієнти з ожирінням мали достовірно вищі рівні систолічного та пульсового АТ, порівняно з пацієнтами 1 гр., більшу ЧСС в стані спокою, 27% пацієнтів 3 гр. мали ЧСС  $\geq 80$  уд/хв. Аналіз частоти коморбідних станів, асоційованих з АГ, виявив тенденцію до більшої їх кількості у пацієнтів з ожирінням, – в середньому ( $4,2 \pm 1,3$ ) проти ( $3,3 \pm 1,3$ ) у пацієнтів без ожиріння,  $p=0,090$ . Більш важкий коморбідний статус у пацієнтів з ожирінням та НМТ, порівняно з пацієнтами 1 гр., визначався частотою таких ускладнень, як перенесений інфаркт міокарда ( $p=0,070$ ), зменшення швидкості клубочкової фільтрації менш 60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> ( $p=0,049$ ), захворювання периферичних артерій ( $p=0,032$ ). За частотою призначення різних класів АГП достовірної різниці між групами пацієнтів не виявлено. Але кожен третій (33,3%) пацієнт з НМТ та ожирінням приймали більше трьох АГП, серед пацієнтів з нормальною вагою – кожен п'ятий ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** В міській популяції гіпертензивних пацієнтів молодого та середнього віку відмічається низький рівень контролю АТ. Негативним фактором для контролю АТ є висока поширеність супутнього ожиріння за абдомінальним типом. Клінічний профіль пацієнтів молодого та середнього віку з АГ та супутнім ожирінням характеризується більш високими рівнями систолічного та пульсового АТ, збільшенням ЧСС у стані спокою внаслідок патологічної активації симпатoadреналової системи; необхідністю прийому більше ніж 3 АГП. Пацієнти із супутнім ожирінням та НМТ мали більшу частоту ускладнень АГ через ураження органів-мішеней. Перспективними напрямками подальших досліджень з покращення контролю АТ у пацієнтів молодого та середнього віку з ожирінням та НМТ є поєднання стратегії контролю ваги зі стратегіями антигіпертензивної терапії з прицільним впливом на нейрогормональні та ниркові патофізіологічні механізми підтримки високого АТ.

## Вплив зтяжнього стресу, обумовленого пережитими воєнними діями та метаболічні показники у хворих з ішемічною хворобою серця і цукровим діабетом 2-го типу: статеві відмінності

О.В. Ткаченко, В.В. Рябуха, Ю.Г. Горб,  
В.В. Малько

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої  
НАМН України», Харків

Відомо, що тривалий стрес може по різному впливати на метаболічний стан у жінок і чоловіків.

**Мета** – оцінити психоемоційний стан і його зв'язок з метаболічними порушеннями та показниками накопичення жирової тканини у чоловіків і жінок хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) і цукровий діабет 2 типу (ЦД) під час воєнних дій.

**Матеріали та методи.** Обстежено цивільних осіб, які постійно проживали у м. Харків та некупованій частині Харківської області протягом 11–23 місяців від початку війни. В дослідження включено 70 особи хворих на стабільну ІХС та ЦД 2 типу: 40 чоловіків і 30 жінок. Проводили анкетування обстежуваних з використанням шкали оцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (шкала PCL-5), шкали для моніторингу загальної тривоги (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7), шкали сприйнятого стресу (PSS-10). Методом біоімпедансу вимірювали рівень вісцерального жиру (ВЖ), відсоток загальної жирової маси тіла (ЖМТ), відсоток м'язової маси тіла (ММТ). Визначали рівні ліпідів, інсуліну, глюкози крові, глікованого гемоглобіну, розраховували індекс НОМА-IR.

**Результати.** Обстежені чоловіки і жінки були зіставні за віком: (50,0 [40,0; 60,0]) років, vs (50,0 [43,5; 61,5]) років. За результатами опитування за шкалою PCL-5 у чоловіків відзначено більшу суму балів – (18,0 [10,0; 27,0]), яка, проте, достовірно не перевищувала показник жінок ((15,5 [8,0; 29,0]) балів). Серед чоловіків і жінок відзначено по 3 особи з кількістю балів ( $>33$ ), що може свідчити про імовірність наявності ПТСР (7,5 %), що менше ніж серед жінок (10,0 %,  $p=0,05$ ). Рівень загальної тривоги за шкалою GAD-7 у чоловіків ((5,0 [3,0; 8,0]) балів), у жінок ((6,0 [3,0; 9,0]) балів) відповідав критеріям тривоги помірного ступеня (5–9 балів – можлива тривога помірного ступеня). Сума балів за шкалою сприйнятого стресу PSS-10 у чоловіків ((19,0 [14,0; 22,0]) балів), у жінок ((17,5 [12,0; 20,0]) балів) і відповідала середньому рівню стресу (14–26 балів – середній рівень стресу). Показники опитування GAD-7 і PSS-10 у чоловіків і жінок були зіставні і також достовірно не відрізнялись. У хво-

Семенова Я.-М.О.	10	Тітова Н.С.	129	Шепетько-Домбровський П.Г.	135
Семенових П.С.	86, 98	Ткач Н.А.	102, 132	Шеруда А.В.	117
Семенюк О.І.	71	Ткаченко Л.М.	19	Шкандала А.Ю.	60, 147
Середюк В.Н.	73	Ткаченко О.В.	28, 100	Штонда Ю.Є.	23
Середюк Н.М.	72, 73	Тодуров Б.М.	60, 78, 93, 111,	Шувалова Н.С.	7, 12
Серік С.А.	28, 29		134, 138, 142, 143, 145	Шумаков В.О.	58, 60
Сиволап В.В.	88, 107	Тодуров М.Б.	145	Шумаков О.В.	48, 56
Сидорова А.В.	11, 146	Томах Н.В.	68	Шустицький Р.В.	67
Сидорова Н.М.	64	Топорова О.К.	7	Щукина О.С.	52
Синєглазов В.М.	117	Торбас О.	128	Юрків В.В.	59
Сімагіна Т.В.	16, 56	Третяк І.В.	23, 58, 60, 129	Яблонська В.Б.	99
Сіренко О.Ю.	68	Третяк О.А.	137	Яковенко Л.І.	14
Сіренко Ю.М.	14, 86	Труба Я.П.	36	Яловенко М.І.	32
Сіромаха С.О.	87	Тур О.В.	17	Ясиновська В.В.	99
Скаржевський О.А.	48	Усенко М.О.	12	Ященко Н.	93
Склярів Є.Я.	99	Устименко А.М.	12, 48	Bilyi D.	54
Склярова О.Є.	99	Федорчук А.П.	40	Chabanna O.S.	112
Сливна А.Б.	116	Фельдман Д.А.	51	Chernyshov V.A.	90
Слюбик М.Я.	142	Фещук Л.С.	121	Fushtey I.M.	89
Смоланка І.І.	133	Фісенко О.В.	7	Irkin O.	54
Смольянова О.В.	77	Фоменко І.С.	99	Khomiakov D.	54
Снітко Д.С.	139, 140	Фуркало С.М.	22, 37, 147	Kobets A.V.	53
Собіров Барно Бобірогли	117	Хамуляк Х.М.	51	Koteliukh M.Yu.	112
Соколов М.Ю.	38, 39	Ханюков О.О.	32, 52, 77, 130	Kovalova Y.O.	91
Соколова М.В.	81	Харченко Л.В.	53	Lutay Y.	54
Солейко Л.П.	74, 89	Хассанзаде Г.Ф.	78	Lypovetska S.Y.	40
Солейко О.В.	74, 89	Хомяков Д.В.	48, 49	Nesen A.O.	90, 101
Солов'ян Г.М.	75	Хорошковата О.В.	140	Palamarchuk O.I.	89, 112
Соломенчук Т.М.	51	Хохлов А.В.	60, 142, 145, 147	Parkhomenko A.	54
Солтані С.Е.	118	Царалунга В.М.	64	Podsevahina S.L.	112
Сороківський М.С.	71	Царук Л.Я.	73	Radchenko O.M.	55, 92
Соя О.В.	130	Цасюк Є.Є.	11, 146	Savicheva E.A.	90
Стаднік С.М.	76	Целуйко В.Й.	44, 45	Semenovych P.S.	90
Стан М.В.	142, 145	Циганков О.І.	7	Shelest B.O.	91
Стан О.О.	142	Цупиков О.М.	12, 48	Shelest O.M.	91
Стасишена О.В.	75	Чабанна О.С.	84, 126	Shkapo V.L.	101
Степура А.О.	49	Чайковська С.М.	93, 111	Stadnik S.M.	55, 92
Стефанська Л.Б.	73	Чеботарьов М.Д.	9	Stepura A.	54
Стецюк І.О.	138, 143	Чевелюк О.В.	15	Zlatkina V.V.	101
Стецюк Л.Р.	143	Чекаліна Н.І.	83		
Стогова О.В.	140, 144	Ченчик Т.О.	28, 29		
Стопінчук О.В.	109	Чернюк С.В.	119		
Стороженко Т.Є.	42, 43	Черняга-Ройко У.П.	71		
Судакевич С.М.	93, 145	Чиж К.П.	115		
Судус А.В.	73	Чубко Н.Ю.	14, 19		
Сухоруков І.Ю.	76	Швед М.І.	59		
Талаєва Т. В.	23, 58, 60, 129	Швидка М.П.	19, 20, 21		
Танська О.О.	47, 111	Шевела В.С.	38, 39		
Танський В.Г.	47, 111	Шевченко Т.П.	69		
Тарануха Л.І.	10	Шейко С.О.	33		
Ташук В.К.	29, 30, 31				
Ташук М.В.	31				
Терещенко Н.М.	56, 58, 60				
Тертична А.С.	36				
Тихонова С.А.	99				