



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.)

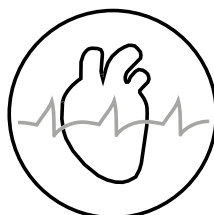
Головний редактор: О.М. Пархоменко

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

Кардіометаболічний ризик

Клініко-економічне обґрунтування мультидисциплінарних підходів у лікуванні пацієнтів із кардіоренометаболічним синдромом

Н.А. Білоусова¹, Т.В. Маганова²,
Н.А. Кожухарьова¹, Н.О. Ткаченко²,
М.М. Долженко¹

¹ Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, Київ

² Запорізький державний медико-фармацевтичний
університет

Стрімке зростання поширеності кардіоренометаболического синдрому (КРМс) в Україні супроводжується вираженою поліпрагмазією та потужним навантаженням на ресурси охорони здоров'я. Забезпечення ефективного контролю даного мультиорганного порушення вимагає трансформації традиційних підходів та впровадження моделей фармацевтичної допомоги із залученням фармацевтів до складу мультидисциплінарних медичних команд.

Мета. На основі систематичного аналізу міжнародного досвіду виявити прогалини в існуючій системі надання медичної допомоги пацієнтам із КРМс та обґрунтувати стратегічні орієнтири для інтеграції фармацевтичного супроводу в клінічну практику України.

Методи. Виконано наративний огляд із підходом систематизації доказових даних до пошуку релевантних публікацій у міжнародних наукометричних базах даних PubMed/MEDLINE, ScienceDirect (Scopus) та Cochrane Library. Пошук здійснювався із застосуванням методологічної матриці SPIDER. Для фінального аналізу було відібрано 20 оригінальних досліджень (із них 14 – рандомізовані контрольовані дослідження). У роботі використано методи контент-аналізу, кластеризації, системного аналізу та інформаційно-аналітичного узагальнення.

Результати. Доведено, що активна участь клінічних фармацевтів у лікувальному процесі забезпечує статистично та клінічно значуще зниження рівня систолічного артеріального тиску (в середньому на 7 мм рт. ст.) та дозволяє досягти високого рівня прихильності пацієнтів до призначеної фармакотерапії (до 90%). Визначено вагому роль фармацевтів та фармацевтів клінічних у реалізації стратегії депрескрипції потенційно неприйнятних та

небезпечних лікарських засобів (зокрема опіоїдів, бензодіазепінів, похідних сульфонілсечовини) із одночасним обґрунтуванням ініціації сучасної організаторської фармакотерапії (іНЗКТГ-2, арГПП-1). Результати проведеного фармакоекономічного моделювання станом на 2026 рік продемонстрували, що річна вартість профілактичного фармацевтичного супроводу є у 17 разів нижчою за витрати на одну госпіталізацію пацієнта з приводу макро- та мікросудинних ускладнень цукрового діабету 2 типу: 680–700 USD проти 12 100 USD відповідно.

Висновки. Інтеграція фармацевтів до складу мультидисциплінарних кардіологічних команд є клінічно безпечною, високоефективною та фармакоекономічно домінуючою стратегією менеджменту КРМс. Успішне впровадження зазначеної моделі в систему охорони здоров'я України потребує системної адаптації нормативно-правової бази, оновлення програм цільової підготовки фармацевтичних кадрів та врахування локальних фінансово-економічних маркерів.

Оцінка медичних технологій у частинах клінічного та фармакоекономічного обґрунтування лікування кардіоренометаболического синдрому

Н.А. Білоусова¹, Т.В. Маганова²,
Н.О. Ткаченко², М.М. Долженко¹

¹ Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, Київ

² Запорізький державний медико-фармацевтичний
університет

Фармакотерапія пацієнтів із кардіоренометаболическим синдромом (КРМс) вимагає одночасного застосування декількох лікарських засобів. Вартість лікування таких пацієнтів є основним фактором прихильності до фармакотерапії, а ефективні моделі співоплати лікарських засобів дозволяють балансувати між доступністю фармакотерапії та фінансовою стійкістю системи охорони здоров'я.

Мета. Провести оцінку медичних технологій в частині клінічного та фармакоекономічного обґрунтування на різні моделі ефективності фармакотерапії пацієнтів із КРМс.

Матеріали і методи. Проведено аналіз бюджетного впливу (BIA – Budget Impact Analysis): змодельовано сценарії співоплати для 565 торгівельних назв твердих пероральних лікарських засобів з однією діючою речовиною; використано показники

реєстру програми реімбурсації станом на 5 березня 2026 року; враховано критерій фінансової доступності за рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization, WHO); розраховано граничний рівень співоплати лікарських засобів, що використовують у хворих на КРМс з урахуванням прожиткового мінімуму (2595 грн) та середнього споживання 3 лікарських засобів.

Результати. Визначено, що граничний рівень фінансової доступності фармакотерапії серцево-судинно-нирково-метаболического синдрому становить 28,83 грн на один лікарський засіб. Порівняльний аналіз розглянутих сценаріїв показав: модель базового розрахунку (base-case analysis), у яку закладаються фіксовані оцінки параметрів, які найчастіше представлені арифметичним середнім значенням, отриманим із клінічних досліджень або метааналізів. Середня вартість курсу лікування, середня ймовірність розвитку ускладнень та середній показник якості життя (утилітарності) пацієнтів зафіксовано на рівні одного конкретного підсумкового показника 63,65 грн. Такий підхід є економічно необґрунтованим, оскільки перевищує вартість частини генеричних лікарських засобів. На етапі тестування стійкості моделі використано модель «1% Linear». Нами було лінійно змінено значення параметра рівно на +1% стандартної моделі охорони здоров'я, всі інші змінні залишилися сталими, що дозволило визначити обчислити коефіцієнт еластичності. Такий підхід дав змогу стандартизовано порівняти між собою різні параметри та обчислити економічно обґрунтовану знижку на лікарські засоби за договорами керованого доступу. В результаті зафіксовано точний відсоток лінійного зниження ціни, необхідного для включення лікарських засобів до переліку реімбурсації. Зазначена модель показала ризики витрат до 252,50 грн на 1 лікарський засіб. Модель за мінімальним сценарієм (сценарієм нижньої межі), що доповнює стандартну модель охорони здоров'я та показує, що відбудеться з бюджетом та ефективністю, якщо події розвиватимуться за мінімальними граничними показниками зафіксувала витрати на 1 лікарський засіб на рівні 6,39 грн та була соціально прийнятною, але недостатньо гнучкою. Модель жорсткого обмеження визначає критерії готовності платника відшкодовувати кошти за медичну технологію, визначила 1% із обмеженням 28,83 грн та була оптимальною. Фінансові результати: економія становила 711,91 грн на 1 упаковку лікарського засобу; відносна економія – 0,55%; прогнозована економія становила близько 8,5 млн грн на рік при екстраполяції на витрати 2,41 млрд грн; встановлено, що 64,8% витрат припадало на безоплатні лікарські засоби.

Висновки. Вартість фармакотерапії КРМс є вагомим фактором прихильності до фармакотерапії у таких пацієнтів, які одночасно приймають у середньому 3 лікарські засоби та більше. Запровадження неконтрольованих моделей співоплати може призводити до витрат системи охорони здоров'я і зниження фінансової доступності до лікарських засобів. Модель диференційованої співоплати з обмеженням 28,83 грн є оптимальною, забезпечуючи баланс між соціальним захистом хворих на КРМс і економічною ефективністю. Впровадження такої моделі відшкодування може сприяти зниженню ризику ускладнень у таких пацієнтів та покращенню клінічних результатів у пацієнтів із КРМс-синдромом за рахунок покращення прихильності до фармакотерапії.

Ендокринна коморбідність у хворих на артеріальну гіпертензію – учасників сучасних збройних конфліктів

А.А. Воронко¹, О.В. Селюк¹, А.І. Гаврецький¹,
О.А. Воронко², М.М. Селюк¹, М.М. Козачок¹

¹ Українська військово-медична академія, Київ

² Військова частина А0139, Київ

Щороку від серцево-судинних захворювань (ССЗ) помирають 20,5 млн осіб, що є головною причиною смертності у світі. Левова частка ССЗ пов'язана з артеріальною гіпертензією (АГ). Суттєве медико-соціальне значення АГ має і для військової медицини, оскільки вона впродовж багатьох років посідає провідні позиції в структурі захворюваності, втрати працездатності, смертності та звільнень за станом здоров'я військовослужбовців.

Результати багатоцентрових досліджень показали 2-х кратне збільшення розповсюдженості ожиріння в світі за останні роки. Своєю чергою збільшення маси тіла за центральним (абдомінальним) типом є провідною причиною інсулінорезистентності (гіперінсулінемії), котра є головною ланкою патогенезу метаболического синдрому. А тому додатковим фактором ризику при АГ в учасників сучасних збройних конфліктів є ендокринна патологія.

Мета. Аналіз частоти діагностування коморбідної ендокринної патології у хворих на АГ комбатантів, в тому числі за стратифікації за стадією АГ.

Методи. Обстежено 213 військовослужбовців чоловічої статі, віком 27–59 років, середній вік 45,0±6,8 років, які брали участь у бойових діях на Сході Держави і в подальшому проходили стаціонарне лікування у військових лікувальних закладах