



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.)

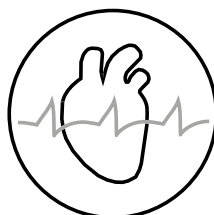
Головний редактор: О.М. Пархоменко

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

процедури катетерної РЧА при складних локалізаціях є застосування біполярної абляції. Серед власних первинних неефективних процедур, які було проаналізовано, були наступні нозології: синдром Вольфа – Паркінсона – Вайта – $n=4$ (задньо-септальна і парасігальна локалізація), передсерді тахікардії – $n=3$ (септальна локалізація, вушко лівого передсердя), re-entry тахікардія атріо-вентрикулярного вузла – $n=1$, шлуночкова тахікардія та екстрасистолія – $n=4$ (епікардіальна, інтрамуральна, септальна локалізація). Описаний випадок успішної біполярної РЧА шлуночкової екстрасистолії пояснюється близькістю анатомічних структур для локалізації активного та зворотного катетерів та інтрамуральним пошкодженням при застосуванні методики.

Висновки. 1. У пацієнтів зі складними локалізаціями тахікардій і тахіаритмій може бути корисною біполярна РЧА як альтернатива монополярній або при неефективності останньої. 2. При септальній, інтрамуральній, епікардіальній локалізації застосування біполярної абляції може підвищувати ефективність процедури. 3. При урахуванні анатомічних особливостей локалізації зони пошкодження застосування біполярної РЧА є безпечною опцією.

Клінічний перебіг субклінічної фібриляції передсердь у військовослужбовців з перенесеною мінно-вибуховою травмою

О.В. Курята¹, О.Ю. Сіренко^{1,2}, О.М. Мороз²

¹ Дніпровський державний медичний університет

² ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»

За даними епідеміологічних досліджень, фібриляція передсердь (ФП) збільшує ризик інсульту в 5 разів, при цьому до 30 % криптогенних інсультів можуть бути асоційовані з недиагностованою ФП. Відповідно до останніх літературних даних, серед військовослужбовців, які отримали бойові травми, спостерігався вищий рівень захворюваності на ФП, що обумовлює актуальність поліпшення діагностичних алгоритмів у даної категорії хворих.

Мета: визначити клінічний перебіг субклінічної ФП у військовослужбовців чоловічої статі з перенесеною мінно-вибуховою травмою (МВТ) у ході динамічного 12-місячного спостереження після отриманої МВТ, залежно від клініко-анамнестичних, антропометричних факторів, результатів лабораторних методів дослідження та отриманого лікування.

Матеріали та методи. У дослідження залучені 62 пацієнти, з них 32 осіб сформували першу групу, до якої увійшли військовослужбовці з субклінічною ФП, встановленою після перенесеної МВТ, з медіаною віку 45,2 (38,5; 53,6) років. Другу групу сформували 30 пацієнтів з перенесеною МВТ та відсутніми порушеннями ритму серця. Всі хворі не мали попередньо встановленого серцево-судинного захворювання. Всім пацієнтам проведено загальноклінічне обстеження, вивчення попередньої медичної документації, об'єктивне дослідження, визначення рівня ШКФ, показників ліпідного спектру крові, високочутливий С-реактивний протеїн (СРП), запис ЕКГ та добове моніторування ЕКГ.

Результати. Пацієнти з встановленою субклінічною фібриляцією передсердь на тлі перенесеної МВТ були молодшими (в середньому на 3,5 роки) та мали достовірно вищий рівень високочутливого СРП в порівнянні з військовослужбовцями другої групи ($p<0,05$). Системне запалення, порушення ліпідного обміну й вираженість порушення функції нирок погіршують перебіг субклінічної ФП протягом 6–12 місяців після перенесеної МВТ.

Висновки. Військовослужбовці з виявленою субклінічною фібриляцією передсердь достовірно частіше мають порушення ліпідного обміну, функції нирок та ознаки системного запалення, що найбільш погіршують клінічний перебіг порушення ритму протягом 6–12 місяців після перенесеної мінно-вибухової травми.

Стан вегетативної регуляції у пацієнтів із фібриляцією передсердь при метаболічній коморбідності

Н.С. Михайловська, Р.В. Литвиненко,
О.О. Лісова

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Фібриляція передсердь (ФП) є найпоширенішою стійкою аритмією, розвиток і прогресування якої тісно пов'язані з порушеннями автономної регуляції серцевої діяльності. Метаболічна коморбідність, зокрема артеріальна гіпертензія (АГ) та цукровий діабет 2 типу (ЦД2), суттєво посилює структурно-функціональне ремоделювання міокарда та сприяє дисбалансу симпатико-парасимпатичної взаємодії. Важливим маркером компенсації вуглеводного обміну є глікований гемоглобін (HbA1c), рівень якого відображає ступінь хронічної гіперглікемії та може бути пов'язаний із вираженістю вегетативної дисфункції. Однак взаємозв'язок між показниками вегетативного статусу та рівнем

HbA1c у пацієнтів із ФП при метаболічній коморбідності залишається недостатньо вивченим.

Мета. Оцінити стан вегетативної регуляції у пацієнтів із ФП при метаболічній коморбідності та визначити його зв'язок із рівнем глікованого гемоглобіну як маркером компенсації цукрового діабету 2 типу.

Матеріали і методи. У дослідження включено 42 пацієнти з пароксизмальною та персистуючою формою ФП. Хворих розподілено на дві групи: основна – 21 пацієнт із ФП, АГ та супутнім ЦД2; порівняння – 21 пацієнт із ФП та АГ без ЦД2. У дослідження не включали пацієнтів із постійною формою ФП; наявністю несинусового ритму або пароксизму ФП під час реєстрації ЕКГ; вторинною (симптоматичною) АГ; ЦД 1 типу. Усім пацієнтам проведено оцінку клінічного статусу, тромбоемболічного ризику та лабораторних показників глікемії; виконано 24-годинне Холтер-ЕКГ моніторування з аналізом часових, спектральних та геометричних показників ВСР у денний і нічний періоди;

Результати. У пацієнтів основної групи відзначено більш тяжкий клінічний перебіг ФП: частіше реєструвалась персистуюча форма аритмії (33,3% vs 4,8%), ішемічний інсульт в анамнезі (14,3% vs 4,8%), вищий симптомний статус за mEHRA та підвищений тромбоемболічний ризик за шкалою CHA₂DS₂-VASc ($p < 0,05$). Встановлено зниження загальної ВСР (SDNNi, HRV TI, TP), пригнічення парасимпатичної активності (RMSSD, pNN50, HF), підвищення симпатичного тону (LF), зростання індексів регуляторного напруження (SI, IVR, VPR), що свідчить про вегетативну дисфункцію та зменшення адаптаційних резервів серцевого ритму. Найбільш виражені зміни виявлені у нічний період, що проявлялося значним зниженням RMSSD та pNN50, згладжуванням циркадного профілю ВСР, збереженням симпатичного домінування у фазу фізіологічного відпочинку. Встановлено, що підвищення HbA1c асоціюється зі зниженням показників ВСР та зростанням індексів регуляторного напруження, що підтверджувалось зворотним кореляційним зв'язком HbA1c з SDNNi ($r = -0,77$; $p < 0,05$), pNN50 ($r = -0,56$; $p < 0,05$), HRV TI ($r = -0,54$; $p < 0,05$) в денний період та SDNNi ($r = -0,72$; $p < 0,05$), pNN50 ($r = -0,47$; $p < 0,05$), HRV TI ($r = -0,76$; $p < 0,05$) в нічний період, а також прямим кореляційним зв'язком HbA1c з SI ($r = +0,78$; $p < 0,05$) в денний період та SI ($r = +0,79$; $p < 0,05$) у нічний період.

Висновки. У пацієнтів із ФП, АГ та ЦД2 виявлено більш виражене зниження ВСР з переважанням симпатичної активності, пригніченням парасимпатичної регуляції з формуванням ригідного автономного фенотипу з найглибшими змінами в нічний період. Погіршення глікемічного контролю асоціюється зі зниженням ВСР та зростанням індек-

су регуляторного напруження, що свідчить про його роль як маркера автономної дисфункції та прогресування фібриляції передсердь.

Психологічні особливості особистості та якість життя пацієнтів із порушеннями ритму серця залежно від виду аритмії

О.Ю. Поліщук

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Порушення ритму серця є поширеною патологією, яка суттєво впливає не лише на соматичний стан пацієнтів, але й на їх психологічне благополуччя, рівень адаптації та якість життя. Врахування психологічних особливостей особистості у пацієнтів із різними видами аритмій є важливим чинником для підвищення ефективності лікування та реабілітації.

Мета. Дослідити психологічні особливості особистості, рівні тривожності, депресії, агресивності, соціально-психологічної адаптації та якості життя у пацієнтів із порушеннями ритму серця залежно від виду аритмії.

Матеріали і методи. 352 хворих, які взяли участь в дослідженні, було розподілено на 4 групи залежно від виду порушення ритму серця: 1-ша група екстрасистолія (часта – понад 30 за 1 год. за результатами добового моніторування за Холтером, 160 пацієнтів, 2-га – фібриляція передсердь, 120 хворих, 3-тя – пароксизмальні тахікардії (надшлуночкові та шлуночкові), 49 пацієнтів, та 4-та – порушення проведення імпульсу, які супроводжуються брадикардією (синаотріальні та атріовентрикулярні блокади та синдром слабкості синусового вузла), 23 особи. Використано шкалу тривожності Спілбергера-Ханіна, госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), опитувальник діагностики агресивних та ворожих реакцій Басса-Дарки, методику Роджерса-Даймонда (соціально-психологічна адаптація), опитувальник напруженості симптомів SCL-90-R та SF-36 для оцінки якості життя. Відмінність між середніми значеннями груп перевіряли за допомогою дисперсійного аналізу Фішера.

Результати. Рівень особистісної тривожності не відрізнявся між групами: $46,80 \pm 0,69$ (екстрасистолія), $47,43 \pm 0,76$ (фібриляція передсердь), $47,08 \pm 1,51$ (тахікардії), $45,33 \pm 2,01$ (брадиаритмії) ($p = 0,725$). Ситуативна тривожність була вищою у пацієнтів із брадиаритміями ($50,19 \pm 1,98$) та фібриляцією передсердь ($47,11 \pm 0,76$) порівняно з екстрасистолією ($45,23 \pm 0,79$) і тахікардіями ($45,77 \pm 1,44$) ($p = 0,101$). За шкалою HADS рівень депресії був