



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.)

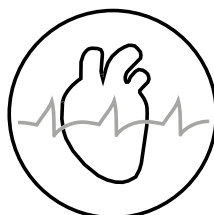
Головний редактор: О.М. Пархоменко

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

Аритмії серця

Порівняння ефективності електрокардіоверсії після підготовки флекаїнідом та пропафеноном у хворих з персистою ФП

Б.М. Голдовський¹, О.В. Ковтун², І.А. Кулініч¹

¹ Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

² КНП «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» ЗМР, Запоріжжя

Персистуюча форма фібриляції передсердь (ФП) є поширеною причиною госпіталізації кардіологічних пацієнтів. Тактика контролю ритму є ефективним підходом до ведення хворих на ФП. Електрокардіоверсія залишається важливою ланкою тактики контролю ритму. Її ефективність значною мірою залежить від передпроцедурної антиаритмічної підготовки. У пацієнтів без значущого структурного ураження серця антиаритмічні препарати класу Іс, зокрема флекаїнід і пропафенон, розглядаються як ефективні та безпечні засоби для фармакологічної підтримки електрокардіоверсії.

Мета. Порівняти ефективність та організаційні особливості планової електрокардіоверсії після попереднього призначення флекаїніду або пропафенону у хворих з персистою фібриляцією передсердь.

Матеріали і методи. Проведено порівняльний аналіз лікування 100 пацієнтів із персистою фібриляцією передсердь, яким у 2020–2023 роках планувалось проведення електрокардіоверсії: пацієнти були рандомізовані в 2 групи – 50 хворих отримували флекаїнід після пробної дози 50 мг в дозі 100 мг двічі з інтервалом 12 годин між прийомом перед електроімпульсною терапією (ЕІТ), 50 – пропафенон в дозі 150 мг тричі на день протягом 3 днів перед ЕІТ. До дослідження включали пацієнтів без значущого структурного ураження серця за результатами ехокардіографії, після належної антикоагулянтної підготовки або черезстраховідної ехокардіографії при виключенні тромбу в передсердях. Оцінювали: частоту спонтанного відновлення синусового ритму до ЕІТ, безпосередню ефективність електрокардіоверсії, сумарну ефективність відновлення синусового ритму на момент виписки, кількість розрядів, кількість рецидивів ФП протягом 24 годин, утримання синусового ритму через 30 діб, оцінювались випадки конверсії ФП в тріпотіння передсердь ТП під час підготовки та випадки зниження ЧСС менше 50 безпосередньо після ЕІТ та через 24 години після кардіоверсії. Для утримання ритму після кардіоверсії або залишався антиарит-

мічний препарат Іс класу, або призначався β -блокатор в індивідуально підібраних дозах.

Результати. У групі флекаїніду відновлення синусового ритму до ЕІТ спостерігалось у 3 із 50 пацієнтів (6,0%), у групі пропафенону – у 5 із 50 (10,0%). Безпосередня успішність ЕІТ становила 45 із 47 (95,7%) у групі флекаїніду та 41 із 45 (91,1%) у групі пропафенону. Сумарна ефективність відновлення синусового ритму на момент виписки становила 96,0% і 92,0% відповідно. Середня кількість розрядів була нижчою у групі флекаїніду ($1,3 \pm 0,5$ проти $1,5 \pm 0,6$), тоді як частота раннього рецидиву ФП протягом першої доби була низькою в обох групах: 4,0% проти 8,0%. Через 30 діб синусовий ритм зберігався у 78,0% пацієнтів після підготовки флекаїнідом та у 72,0% після підготовки пропафеноном. Серйозних ускладнень не відзначено; небажані явища були поодинокими та включали транзиторну брадикардію, помірне розширення комплексу QRS та короткочасну артеріальну гіпотензію. Зафіксовано 1 випадок конверсії ФП в ТП в групі флекаїніду та 3 випадки конверсії в групі пропафенону. Середня тривалість госпіталізації пацієнтів в групі флекаїніду складала $3,8 \pm 0,6$ днів, в групі пропафенону – $7,4 \pm 0,9$ днів.

Висновки. 1. Прийом флекаїніду або пропафенону у пацієнтів із персистою ФП без відповідних протипоказань асоціюється з високою сумарною ефективністю відновлення синусового ритму. 2. Флекаїнід продемонстрував тенденцію до незначущо меншої частоти фармакологічної кардіоверсії та дещо вищої сумарної ефективності на етапі госпіталізації, які також супроводжувались значним скороченням середнього терміну госпіталізації. 3. Пропафенон забезпечив порівнювану безпеку та прийнятну клінічну результативність.

Вибір дози аміодарону порівняно зі стандартною практикою для підвищення ефективності електроімпульсної терапії та подальшого утримання синусового ритму

Б.М. Голдовський, Ю.О. Чемерис, І.А. Кулініч

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Тактика контролю ритму є важливим підходом до ведення персистою фібриляцією передсердь (ФП), і може потребувати проведення планової

електроімпульсної терапії (ЕІТ). Незважаючи на високу ефективність ЕІТ для відновлення синусового ритму при ФП, клінічно значущими залишаються проблеми неутримання синусового ритму, в тому числі раннього рецидиву аритмії. Амiodарон широко застосовується для підвищення ефективності ЕІТ та утримання синусового ритму після ЕІТ. Дані літератури свідчать, що передпроцедурне та післяпроцедурне застосування амiodарону підвищує як ймовірність відновлення синусового ритму, так і його утримання.

Мета. Порівняти стратегію індивідуалізованого вибору дози амiodарону зі стандартною практикою щодо підвищення ефективності ЕІТ та подальшого утримання синусового ритму у хворих з персистуючою ФП.

Матеріали і методи. До дослідження включались пацієнти з персистуючою ФП давністю більше 24 год., яким було протипоказано призначення антиаритмічних препаратів Іс класу, після належної антикоагулянтної підготовки або з низькою вірогідністю тромбів за результатами чотирьохкільцевої ехокардіоскопії. Всього обстежено 119 пацієнтів, в групу індивідуалізованого підходу рандомізовано 60 пацієнтів, в групу стандартного підходу – 59 пацієнтів. Стратегія індивідуалізованого вибору дози передбачала підбір навантажувальної дози залежно від тривалості аритмії, маси тіла, частоти серцевих скорочень, розмірів лівого передсердя та анамнезу попередніх кардіоверсій. Стандартна практика включала застосування амiodарону у фіксованих дозах 10,0 г перед ЕІТ з подальшим переходом на підтримуючу терапію у дозі 200–400 мг/добу. Оцінювали частоту спонтанного відновлення синусового ритму до ЕІТ, безпосередню ефективність ЕІТ, сумарну ефективність відновлення синусового ритму, кількість розрядів, кількість рецидивів ФП протягом 24 годин, утримання синусового ритму через 30 днів та ускладнення лікування.

Результати. Середня доза до проведення ЕІТ складала $12,9 \pm 1,7$ г амiodарону в групі індивідуалізованого вибору та $10,0 \pm 0,3$ г амiodарону при стандартному підході. Стратегія індивідуалізованого вибору дози асоціюється з вищою частотою відновлення синусового ритму до проведення ЕІТ, співставною ефективністю кардіоверсії та кращим утриманням синусового ритму після ЕІТ. Відсоток утримання синусового ритму на момент виписки складав 98,3% у групі оптимізованої дози проти 92,3% у групі стандартного підходу. Частота раннього рецидиву протягом першої доби була нижчою при індивідуалізованому підході, а утримання синусового ритму через 30 днів становило 88,2% проти 76,9% відповідно. Безпека в обох групах була зіставною; основними побічними ефектами були синусо-

ва брадикардія, АВ-блокади І ступеня та подовження інтервалу QT.

Висновки. 1. Індивідуалізований вибір дози амiodарону є більш ефективним порівняно зі стандартною практикою для підвищення ефективності електроімпульсної терапії при персистуючій ФП. 2. Оптимізація навантажувальної дози перед ЕІТ підвищує частоту фармакологічної кардіоверсії та сумарну ефективність відновлення синусового ритму. 3. Оптимізована підтримуюча терапія амiodароном після процедури сприяє кращому утриманню синусового ритму як мінімум у короткостроковій перспективі. 4. Практична цінність підходу полягає у підвищенні ефективності ЕІТ та зменшенні потреби в ЕІТ в цілому. 5. Подальші проспективні дослідження потрібні для уточнення оптимальних дозових стратегій та оцінки довгострокових результатів.

Короткі передсердні високочастотні епізоди (АНРЕ) як критерій відбору пацієнтів для тривалого wearable-EKG моніторування

Т.Д. Данілевич, Л.В. Распутіна

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова

Короткі передсердні високочастотні епізоди (atrial high-rate episodes, АНРЕ), виявлені під час стандартного 24-годинного холтерівського моніторування, традиційно розглядаються як аритмічні події з невизначеним клінічним значенням, особливо якщо їх тривалість не перевищує 30 секунд. Водночас такі епізоди можуть відображати підвищену електричну вразливість передсердь і бути раннім маркером формування фібриляції передсердь (ФП). Обмежена тривалість стандартного холтерівського моніторування може не дозволяти виявити клінічно значущі епізоди ФП, особливо за їх пароксизмального та безсимптомного перебігу.

Мета. Визначити, чи можуть короткі АНРЕ, зареєстровані під час 24-годинного холтерівського моніторування, бути підставою для подальшого тривалого wearable-EKG моніторування з метою виявлення прихованої ФП.

Матеріали і методи. Дослідження мало двоетапний дизайн. На першому етапі було проаналізовано 157 пацієнтів із короткими АНРЕ тривалістю менше 30 секунд, виявленими за даними 24-годинного холтерівського моніторування. У цій когорті середня кількість пароксизмів становила $3,37 \pm 6,03$ на добу, сумарна тривалість передсердних тахіаритмій – $39,6 \pm 92,8$ секунди на добу, середній тягар ФП – $0,22 \pm 2,06\%$.