

# 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



**Висновки.** На жаль існує проблема стандартизації оцінки ступеня тяжкості АС. При оцінці лише гемодинамічних параметрів, таких як швидкість систолічного потоку на АК та середній градієнт тиску існують ризики недооцінки ступеня тяжкості АС, особливо у випадку станів, які супроводжуються зменшенням серцевого викиду (зниження ФВ, мітральна регургітація, виражена ГЛШ). Недооцінка може призвести до неналежної хірургічної корекції, підвищуючи ризик повторних оперативних втручань у майбутньому.

## Показники плазмового гемостазу у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії різних вікових груп

В.С. Пасько

ДНУ «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я»  
Державного управління справами, Київ

З огляду на те, що перебіг гіпертонічної хвороби (ГХ) II стадії нерідко супроводжується кардіоваскулярними і цереброваскулярними інцидентами, слід стратифікувати ймовірність ризику тромботичних подій, поширеність яких збільшується з віком, оцінюючи гемостазіологічний потенціал.

**Мета** – провести комплексне вивчення та порівняльну оцінку стану параметрів плазмового гемостазу у хворих на ГХ II стадії похилого та середнього віку.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 134 хворих, яких розділили на 2 групи. I група (n=65) – пацієнти з ГХ похилого віку (60–74 роки); II група (n=69) – пацієнти з ГХ середнього віку (45–59 років) відповідно. До контролю залучалися 15 осіб для кожної з досліджуваних груп (III група – обстежені похилого віку та IV група – обстежені середнього віку), зіставних з основними за віком та статтю. В обстежених похилого і середнього віку виділяли 2 групи добового профілю артеріального тиску (АТ): dipper і non-dipper.

Для оцінки стану плазмового гемостазу визначали фібриноген (ФГ) (г/л) на гемокоагулометрі Amelung KC 1A. Фібринолітичну активність плазми (ФАП) (хв) за методом Ковальського. Антитромбін III (АТ-III) (%) при допомозі фільтрофотометра Humalyzer Junior.

**Результати.** У хворих на ГХ похилого віку при аналізі показників плазмового гемостазу АТ-III значуще знижувався на 6,5% відносно контролю.

При порівнянні показників плазмового гемостазу у хворих похилого та середнього віку АТ-III значимо знижувався у хворих похилого віку на 7,1% відносно середнього.

Значуще зниження концентрації АТ-III на 14,6% (p<0,05) у хворих середнього віку вказувало

на значуще зниження антикоагулянтного стану. Зокрема, це проявлялось значущим збільшенням у плазмі крові ФГ у хворих середнього віку ( $3,2 \pm 0,9$  г/л) порівняно з контролем ( $3,1 \pm 0,2$  г/л).

Так, при порівнянні рівня ФГ у пацієнтів похилого віку групи dipper із даними обстежених групи контролю виявлено значуще нижчий рівень на 10,8% (відповідно  $3,3 \pm 0,7$  г/л проти  $3,7 \pm 0,3$  г/л; p<0,01), проте у групі non-dipper ФГ значимо був вищим серед порівнюваних груп і склав  $3,8 \pm 1,3$  г/л (p<0,05).

Щодо активності протизгортальної системи, так, рівень АТ-III значуще знижувався на 10,7% (p<0,05) у групі non-dipper по зрівнянню з нормативними показниками.

Аналіз показників плазмового гемостазу у хворих на ГХ середнього віку в групі dipper показав значуще уповільнення на 36,1% (p<0,05) активності фібринолізу порівняно з контрольною групою.

Встановлено значуще зниження на 9,3% (p<0,05) рівня ФАП у групі non-dipper порівняно з показниками контролю (відповідно  $174,2 \pm 13,9$  хв проти  $158,0 \pm 5,7$  хв; p<0,05).

**Висновки.** За показниками плазмового гемостазу хворих похилого віку відзначається значуще зниження антикоагулянтної активності на фоні пригніченого фібринолізу. Виявлена нами тромbogenність плазми крові при дослідженні плазмового гемостазу вказує на високу ймовірність розвитку тромботичних ускладнень у хворих.

## Вплив дапагліфлозину на показники добового моніторування артеріального тиску в комплексній терапії у хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу

С.Л. Подсевахіна, О.І. Паламарчук,  
О.С. Чабанна

Запорізький державний медико-фармацевтичний  
університет

**Мета** – вивчення впливу комбінованої терапії із селективним інгібітором натрій – глюкозного котранспортера 2-го типу дапагліфлозином на показники добового моніторування артеріального тиску (ДМАТ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

**Матеріали та методи.** Обстежено 36 хворих (середній вік –  $53,9 \pm 3,4$ ) року, 19 жінок та 17 чоловіків) на ГБ II стадії артеріальною гіпертензією (АГ) 2–3 ступеня у поєднанні з ЦД 2 типу у стані суб- та декомпенсації. У всіх пацієнтів швидкість клубочкової фільтрації була понад 60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>.

Антигіпертензивна терапія включала інгібітори АПФ або блокатори рецепторів ангіотензину II, блокатори кальцієвих каналів. Дапагліфлозин у дозі 10 мг на добу призначали на тлі пероральних цукрознижувальних препаратів – метформіну та похідних сульфонілсечовини (гліметірид або гліклазид). Проводилося вимірювання офісного артеріального тиску (АТ), ДМАТ. За допомогою комп'ютерної програми обчислювали середньодобовий систолічний АТ (САТ), діастолічний АТ (ДАТ), частоту серцевих скорочень, середньоденну та середньонічну величини для цих показників, їх максимальні значення, показники варіабельності АТ, індекси часу (ІВ), добовий індекс, а також ступінь нічного зниження (СНЗ). Визначали рівні глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), глікемії натще та постпрандіальної глікемії, глюкозурії, ацетонурії. Оцінку показників проводили на початку лікування та через 6 місяців.

**Результати.** Початково виявлено підвищення рівнів HbA1c ( $8,96 \pm 1,42$  %), глікемії натще – ( $9,9 \pm 1,87$  ммоль/л, постпрандіальної глікемії – ( $11,8 \pm 2,03$  ммоль/л; глюкозурію відзначали у 14 осіб – 10–20 г/добу. Через 6 місяців лікування показник HbA1c достовірно знизився на 20,54 % ( $p < 0,05$ ). При цьому цільові значення були досягнуті у 86 % пацієнтів. Рівень глікемії натще знизився на 32,93 % ( $p < 0,05$ ). Показник постпрандіальної глікемії також достовірно знизився на 33,9 % ( $7,8 \pm 1,42$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). На початку лікування показники СМАД підтверджували наявність у обстежених осіб стійкого підйому середньодобового САД та ДАТ у денний та нічний періоди. Через 6 місяців на фоні застосування дапагліфлозину в комплексній терапії цільовий рівень офісного АТ був досягнутий у 89 % хворих (САД та ДАТ зменшилися на 10,1 % та 13,9 % відповідно;  $p < 0,05$ ). Відзначено достовірне зниження середньодобового САТ та ДАТ – 23,01 % та 20,52 % відповідно ( $p < 0,001$ ). Аналогічною була динаміка середньоденного та середнього САД та ДАТ – 23,17 %, 20,21 % та 21,58 %, 21,44 % відповідно ( $p < 0,001$ ). На тлі терапії виявлено тенденцію до зниження середньодобової, середньоденної та середньонічної варіабельності АТ. Аналогічною була динаміка середньоденного та середнього САД та ДАТ – 23,17 %, 20,21 % та 21,58 %, 21,44 % відповідно ( $p < 0,001$ ). На тлі терапії виявлено тенденцію до зниження середньодобової, середньоденної та середньонічної варіабельності АТ. При аналізі вихідної СНЗ САД виявлено такі типи добових кривих: 21 (58,3 %) пацієнт мав добову криву non-dipper, 7 (19,4%) – dipper та 8 (22,3 %) – night-peaker. Для ДАТ типи добових кривих розподілялися наступним чином: у 19 (52,7 %) пацієнтів – non-dipper, у 10 (27,7 %) – dipper та у 7 (19,4 %) – night-peaker. У процесі лікування відзначено позитивну динаміку добового профілю АТ. Для САД відбулося збільшення числа

хворих із добовою кривою dipper з 7 (19,4 %) до 21 (25,8%) за рахунок зменшення non-dipper з 21 (25,8%) до 15 (18,5 %) та зникнення night-peaker. Для ДАТ збільшення числа пацієнтів з кривою dipper з 10 (8,1%) до 27 (21,9%) було обумовлено зменшенням числа пацієнтів non-dipper з 19 (15,4 %) до 9 (7,3%) та зникнення night-peaker ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Дапагліфлозин у складі комбінованої гіпотензивної і цукрознижувальної терапії забезпечував належний глікемічний контроль, не підвищуючи ризик гіпоглікемії та сприяв досягненню цільового офісного АТ і ДМАТ у 86 % та 89 % хворих відповідно.

### Добовий профіль АТ у чоловіків молодого віку, хворих на гіпертонічну хворобу

Н.М. Приплавко, А.М. Кравченко

ДНУ «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я»  
Державного управління справами, Київ

Добові, або циркадні, коливання артеріального тиску (АТ) є недостатньо вивченим фізіологічним феноменом, який впливає на ризик виникнення серцево-судинних ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ). Тому заслуговує на увагу розгляд особливостей циркадних коливань АТ та вивчення їх ролі у прогнозуванні перебігу гіпертонічної хвороби і виборі антигіпертензивної терапії, особливо у чоловіків, оскільки ГХ є одним з найбільш значущих факторів ризику ішемічної хвороби серця (ІХС) та інфаркту міокарда (ІМ), які традиційно, розглядаються, як хвороби чоловіків молодого та середнього віку.

**Мета** – дослідити особливості порушень циркадного ритму АТ та клінічних проявів гіпертонічної хвороби у чоловіків молодого віку.

**Матеріали та методи.** Нами було проведено добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) у 95 пацієнтів (основна група) – молодих чоловіків працездатного віку, хворих на ГХ – I–II стадії, згідно рекомендацій ESC 2024 р. середній вік –  $43,04 \pm 0,91$  роки. Контрольну групу становили 40 чоловіків без ГХ, середній вік 38,20 років. Усі пацієнти були обстежені на базі клінічної лікарні «Феофанія».

**Результати.** Порівняльний аналіз значень АТ у денний та нічний періоди, за даними ДМАТ, показав достовірні відмінності між групами по систолічному, діастолічному, пульсовому артеріальному тиску. Показники навантаження тиском упродовж доби також були вищими в групі пацієнтів з ГХ порівняно з групою контролю ( $P < 0,01$ ). У чоловіків молодого віку, хворих на ГХ, виявлено високу частоту (67%) порушень циркадного ритму АТ, типу «нон-