Облікова картка дисертації

I. Загальні відомості

Державний обліковий номер: 0821U100245

Особливі позначки: відкрита

Дата реєстрації: 15-02-2021

Статус: Захищена

Реквізити наказу МОН / наказу закладу:

II. Відомості про здобувача

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Корчагіна Дар'я Анатоліївна
2. Korchahina Daria

Кваліфікація:

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Вид дисертації: доктор філософії

Аспірантура/Докторантура: так

Шифр наукової спеціальності: 222

Назва наукової спеціальності: Медицина

Галузь / галузі знань:

Освітньо-наукова програма зі спеціальності: Не застосовується

Дата захисту: 03-02-2021

Спеціальність за освітою: Лікувальна справа

Місце роботи здобувача: Державна установа "Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я.Данилевського Національної академії медичних наук України"

Код за ЄДРПОУ: 02012131

Місцезнаходження: вул. Алчевських, 10, м. Харків, Харківський р-н., Харківська обл., 61002, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Національна академія медичних наук України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

III. Відомості про організацію, де відбувся захист

Шифр спеціалізованої вченої ради (разової спеціалізованої вченої ради): ДФ 64.609.010

Повне найменування юридичної особи: Харківська медична академія післядипломної освіти

Код за ЄДРПОУ: 01896872

Місцезнаходження: вул. Амосова, буд. 58, м. Харків, Харківський р-н., Харківська обл., 61176, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

IV. Відомості про підприємство, установу, організацію, в якій було виконано дисертацію

Повне найменування юридичної особи: Харківська медична академія післядипломної освіти

Код за ЄДРПОУ: 01896872

Місцезнаходження: вул. Амосова, буд. 58, м. Харків, Харківський р-н., Харківська обл., 61176, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

V. Відомості про дисертацію

Мова дисертації:

Коди тематичних рубрик: 76.29.29

Тема дисертації:

1. Оптимізація лікування артеріальної гіпертензії у хворих з коморбідним порушенням функції щитоподібної залози

2. Optimization of arterial hypertension treatment in patients with comorbid thyroid dysfunction

Реферат/анотація:

1. Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається найпоширенішою причиною інвалідизації та смертності працездатного населення України серед усіх серцево-судинних захворювань (ССЗ) (В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, 2016; Є. П. Свіщенко, Л. А. Міщенко, 2017). Попри різноманіття антигіпертензивних препаратів (АГП), контроль артеріального тиску (АТ) залишається незадовільним, навіть на тлі атигіпертензивної терапії (АГТ) унаслідок коморбідної патології (О. І. Мітченко, 2019; В. Й. Целуйко, 2018; М. І. Лутай, 2017; К. М. Амосова, 2016). Серед коморбідних станів, які спричинюють додаткове ураження органів-мішеней та впливають на перебіг і прогноз АГ, одне з провідних місць займає тиреоїдна дисфункція (ТД), поширеність якої у світі та в Україні демонструє значне зростання як при гіпо-, так і гіперфункції щитоподібної залози (ЩЗ) і вимагає адекватних заходів із діагностики та лікування (М. С. Черенько, 2016; І. Л. Цимбалюк, 2016; В. І. Паньків, 2017; В. І. Ткаченко, 2018). Відповідно до сучасних поглядів, якість діагностики та ефективність лікування АГ доцільно оцінювати не лише за рівнем офісного АТ, а й за динамікою добових показників АТ,

центрального систолічного АТ (цСАТ) та здатністю впливати на регрес гіпертрофії міокарда лівого шлуночка (ГМЛШ) (Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, Л. А. Міщенко, О. О. Торбас, 2018). Для підвищення ефективності та удосконалення лікування хворих на АГ на тлі гіпо- та гіпертиреозу залежно від компенсації тиреоїдного стану вивчена динаміка показників амбулаторного моніторування артеріального тиску (АМАТ), цСАТ, структурно-функціонального стану серця в разі застосування подвійних фіксованих комбінацій АГП периндоприлу з індапамідом, периндоприлу з амлодипіном, бісопрололу з периндоприлом у 130 хворих клініки ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України», з яких було 100 хворих на АГ із ТД: 50 хворих на АГ із гіпотиреозом (ГТ) (25 (50 %) — АГ із компенсованим ГТ (кГТ), 25 (50 %) хворих — АГ із декомпенсованим ГТ (дГТ)) та 50 хворих на АГ із тиреотоксикозом (ТТ) (25 (50 %) — АГ із компенсованим ТТ (кТТ), 25 (50 %) хворих — АГ із декомпенсованим ТТ (дТТ)); 30 хворих на АГ без ТД склали контрольну групу. Хворі були статистично порівнянні за статтю, віком, тривалістю АГ та ТД, рівнем офісного систолічного АТ (САТ). Усі хворі на АГ і ГТ (n = 50), хворі на АГ та кТТ (n = 25) та хворі контрольної групи (n = 30) методом сліпих конвертів були рандомізовані на групи фіксованої комбінації периндоприл + індапамід у добовій дозі 5/1,25 мг вранці натще або фіксованої комбінації периндоприл + амлодипін у добовій дозі 5/5 мг вранці натще. Хворим на АГ із декомпенсованим ТТ призначали фіксовану комбінацію бісопролол + периндоприл у добовій дозі 5/5 мг вранці натще. При включені до дослідження проводили АМАТ, ЕхоКГ дослідження, визначення цСАТ. Хворим, які не досягали цільового рівня АТ за показниками АМАТ, проводили корекцію АГТ зі збільшенням дози периндоприлу до повної терапевтичної дози та повторне АМАТ через 1 міс. за умови задовільного контролю домашнього моніторування АТ. Якщо надалі за показниками АМАТ цільовий рівень САТ не був досягнутий, дозу другого препарату в комбінації збільшували до повної терапевтичної. Хворих, які приймали фіксовану комбіновану подвійну АГТ у максимальній добовій дозі впродовж 3 міс. та не досягали цільового рівня САТ, переводили на фіксовану комбіновану потрійну АГТ та виключали з дослідження. Через рік лікування та спостереження проводили контрольне АМАТ, ЕхоКГ дослідження, визначення цСАТ у хворих на АГ з ТД, які не були виключені з дослідження. Об'єктивний стан лікування АГ на тлі ТД, одержаний у процесі вивчення клініко-анамнестичних даних хворих за середніми показниками офісного САТ, дав змогу встановити, що контроль АТ у хворих був незадовільний.При вивченні клініко-анамнестичних даних встановлено, що хворі на АГ, яка асоціюється з гіпотиреозом, вірогідно рідше отримували систематичну АГТ у порівнянні з хворими на АГ без ТД (p = 0,01). Наведені дані обґрунтували необхідність оптимізації лікування АГ на тлі ТД із використанням фіксованих комбінованих антигіпертензивних препаратів. При включенні до дослідження хворих на АГ і ГТ середні значення рівнів АТ були такі: офісний САТ 158,85 ± 12,35 мм рт. ст., офісний діастолічний АТ (ДАТ) 99,25 ± 8,11 мм рт. ст.; у хворих на АГ та ТТ 151,85 ± 9,35 мм рт. ст. та 82,25 ± 8,11 мм рт. ст., відповідно. Цей факт оцінили як незадовільний контроль АТ у хворих на АГ із ТД. У процесі дослідження встановлено, що на тлі терапії подвійними фіксованими комбінаціями АГП хворі на АГ, яка асоціювалася з ГТ, для досягнення цільового рівня САТ потребували більших доз АГП або призначення потрійних фіксованих комбінацій проти хворих на АГ із ТТ та групою контролю (p = 0,04).

2. Arterial hypertension (AH) remains the most common cause of disability and mortality in the working-age population of Ukraine among all cardiovascular diseases (CVD) (Kovalenko, V.M., Kornatsky, V.M., 2016; Svishchenko, E.P., Mishchenko, L.A., 2017). Despite the variety of antihypertensive drugs (AHD), blood pressure (BP) control remains unsatisfactory even against the background of antihypertensive therapy (AHT) due to comorbid pathology (Mitchenko, O.I., 2019;Tseluyko, V. Y., 2018; Lutay, M.I., 2017; Amosova, K.M., 2016). Among the comorbid conditions that can cause additional damage to target organs and affect the course and prognosis of AH, one of the leading places belongs to thyroid dysfunction (TD), the prevalence of which in the world and in Ukraine in particular shows a significant increase in both hypo- and hyperthyroidism and requires adequate measures for its diagnosis and treatment (Cherenko, M.S., 2016; Tsymbaliuk, I.L. 2016; Pankiv, V.I., 2017; Tkachenko, V.I., 2018). According to modern views, the quality of diagnosis and treatment efficiency of hypertension should be assessed not only by the level of office BP but also by the dynamics of 24-h BP, central systolic BP (cSBP), and the ability to affect left ventricular myocardial hypertrophy (LVMH) regression (Sirenko, Yu. M., Radchenko, H. D. Mishchenko,

L. A., Torbas, O. O., 2018). In order to increase the efficiency and improve the treatment in AH patients against the background of hypo- and hyperthyroidism depending on the compensation of the thyroid state, we studied the dynamics of outpatient blood pressure monitoring (OPBPM), cSBP, structural and functional state of the heart when using double fixed combinations of AHDs of perindopril with indapamide, perindopril with amlodipine, and bisoprolol with perindopril in 130 patients of the clinic of State Enterprise V. Ya. Danilevsky Institute for Endocrine Pathology of the NAMS of Ukraine, 100 of which were AH patients with TD: 50 AH patients with hypothyroidism (HT) (25 (50%) AH patients with compensated HT and 25 (50%) AH patients with decompensated HT) and 50 AH patients with thyrotoxicosis (TT) (25 (50%) AH patients with compensated TT and 25 (50%) AH patients with decompensated TT); 30 AH patients without TD were the control group. The patients were statistically comparable by gender, age, duration of AH and TD, and the level of office systolic BP (SBP). All AH and HT patients (n = 50), AH patients with compensated TT (n = 25) and patients of the control group (n = 30) were randomized by the sealed envelope method into the groups of a fixed combination of perindopril + indapamide at a daily dose of 5/1.25 mg in the morning on an empty stomach or a fixed combination of perindopril + amlodipine at a daily dose of 5/5 mg in the morning on an empty stomach. AH patients with decompensated TT were prescribed a fixed combination of bisoprolol + perindopril at a daily dose of 5/5 mg in the morning on an empty stomach. Patients who did not reach the target BP level after 1 month of treatment had their AHT corrected with an increased dose of perindopril to the full therapeutic dose and repeated OPBPM after 1 month, provided satisfactory control of home BP monitoring. Later on, if based on OPBPM indicators the target level of SBP was not reached, the dose of the second drug in the combination was increased to the full therapeutic dose. Patients who received a fixed combined double AHT at the maximum daily dose for 3 months and did not reach the target SBP level were switched to a fixed combined triple AHT and excluded from the study. Echocardiographic (EchoCG) examination was performed after 1 month, provided that the target level of office SBP was reached, and after 1 year of treatment.

Державний реєстраційний номер ДіР:

Пріоритетний напрям розвитку науки і техніки:

Стратегічний пріоритетний напрям інноваційної діяльності:

Підсумки дослідження:

Публікації:

Наукова (науково-технічна) продукція:

Соціально-економічна спрямованість:

Охоронні документи на ОПІВ:

Впровадження результатів дисертації:

Зв'язок з науковими темами:

VI. Відомості про наукового керівника/керівників (консультанта)

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Целуйко Віра Йосипівна

2. Tselyjko Vira Yo.

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.11

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

VII. Відомості про офіційних опонентів та рецензентів

Офіційні опоненти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Радченко Ганна Дмитрівна
2. Radchenko Ganna

Кваліфікація: д.мед.н., 14.01.11

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Ісаєва Ганна Сергіївна
2. Isayeva Ganna

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.11

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Рецензенти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Корж Олексій Миколайович
2. Korzh Oleksii

Кваліфікація: д.мед.н., 14.01.11

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Кочуєва Марина Миколаївна
2. Kochuyeva Maryna

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.02

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

VIII. Заключні відомості

Власне Прізвище Ім'я По-батькові голови ради Опарін Олексій Анатолійович

Власне Прізвище Ім'я По-батькові головуючого на засіданні Опарін Олексій Анатолійович

Відповідальний за підготовку облікових документів

Реєстратор

Керівник відділу УкрІНТЕІ, що є відповідальним за реєстрацію наукової діяльності



Юрченко Т.А.