Облікова картка дисертації

I. Загальні відомості

Image not found or type unknow

Державний обліковий номер: 0826U005480

Особливі позначки: відкрита

Дата реєстрації: 21-10-2026

Статус: Запланована

Реквізити наказу МОН / наказу закладу:

II. Відомості про здобувача

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Романенко Світлана Олександрівна

2. Svitlana O. Romanenko

Кваліфікація: 14.01.04

Ідентифікатор ORCID ID: 0009-0008-2301-7661

Вид дисертації: доктор філософії

Аспірантура/Докторантура: так

Шифр наукової спеціальності: 222

Назва наукової спеціальності: Медицина

Галузь / галузі знань: охорона здоров'я

Освітньо-наукова програма зі спеціальності: 14.01.04 Серцево-судинна хірургія

Дата захисту: 22-10-2026

Спеціальність за освітою: 222 Медицина

Місце роботи здобувача: Державне некомерційне підприємство "Інститут серця" Міністерства охорони здоров'я України

Код за ЄДРПОУ: 38831595

Місцезнаходження: вул. Братиславська, Київ, 02166, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR:

III. Відомості про організацію, де відбувся захист

Шифр спеціалізованої вченої ради (разової спеціалізованої вченої ради): PhD 17119

Повне найменування юридичної особи: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Код за ЄДРПОУ: 01896702

Місцезнаходження: вул. Дорогожицька, Київ, 04112, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

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

Повне найменування юридичної особи: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Код за ЄДРПОУ: 01896702

Місцезнаходження: вул. Дорогожицька, Київ, 04112, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

V. Відомості про дисертацію

Мова дисертації: Українська

Коди тематичних рубрик: 76.29.45

Тема дисертації:

1. Замісна ниркова терапія у пацієнтів з гострим пошкодженням нирок після операцій зі штучним кровообігом

2. Renal Replacement Therapy in Patients with Acute Kidney Injury after Cardiopulmonary Bypass Surgery

Реферат/анотація:

1. Актуальність. Гостре пошкодження нирок (ГПН) є частим ускладненням кардіохірургічних втручань із використанням штучного кровообігу та асоціюється зі зростанням госпітальної летальності, тривалості інтенсивної терапії і ризику розвитку хронічної хвороби нирок. Його патогенез має багатофакторний характер і включає ішемічно-реперфузійне ушкодження, системну запальну відповідь, гемоліз, оксидативний стрес та порушення ниркової перфузії. У тяжких випадках виникає потреба у замісній нирковій терапії (ЗНТ). Незважаючи на застосування різних методів ЗНТ, питання оптимального методу та часу її ініціації після кардіохірургічних втручань залишається дискусійним. Мета дослідження – покращити результати хірургічного лікування кардіохірургічних пацієнтів шляхом зниження частоти та тяжкості ускладнень, асоційованих із післяопераційним ГПН, на підставі визначення факторів ризику та

обґрунтування оптимальної тактики лікування. Матеріали та методи. Проведено ретроспективне неінтервенційне дослідження клінічних даних 5289 дорослих пацієнтів, яким у 2022–2025 роках виконано кардіохірургічні втручання зі штучним кровообігом. Відповідно до критеріїв KDIGO 1358 пацієнтів мали післяопераційне ГПН, 3931 – не мали ознак ГПН. Серед пацієнтів із ГПН 58 потребували ЗНТ, 1300 отримували консервативне лікування. Пацієнтів, яким проводили ЗНТ, додатково стратифікували за методом терапії та часом її ініціації. Результати. Післяопераційне ГПН розвинулося у 25,7% кардіохірургічних пацієнтів. Серед них переважала I стадія ГПН – 74,0%; II стадія становила 21,6%, III – 4,4%. Потреба у ЗНТ виникла у 4,27% пацієнтів. Хворі з ГПН були старшими, частіше мали цукровий діабет, нижчі вихідні рівні гемоглобіну та альбуміну, вищу частоту фракції викиду лівого шлуночка <50%, вищий операційний ризик за EuroSCORE II та частіше потребували ургентних втручань. Розвиток ГПН асоціювався з більшою тривалістю штучного кровообігу (118,3±41,7 проти 99,4±35,0 хв; p=0,0001), перетиснення аорти (73,5±29,4 проти 63,9±26,3 хв; p=0,001), нижчими мінімальними рівнями гемоглобіну та DOп, меншим інтраопераційним діурезом і більшою потребою у трансфузії еритроцитарної маси. У післяопераційному періоді ГПН асоціювалося з подовженням перебування у відділенні інтенсивної терапії – 3 проти 2 діб (p=0,007). Незалежними предикторами розвитку ГПН були EuroSCORE II (OR=1,108; p<0,001), ургентність втручання (OR=1,827; p<0,001), цукровий діабет (OR=1,442; p<0,001), тривалість штучного кровообігу (OR=1,108; p<0,001), трансфузія еритроцитарної маси (OR=1,389; p<0,001), глибока гіпотермічна зупинка кровообігу (OR=1,823; p=0,016) та мінімальне DOп (OR=0,895; p=0,039). Порівняння методів ЗНТ показало, що групи IHD, SLED та CRRT були зіставними за основними демографічними, клінічними та інтраопераційними характеристиками, а також за тяжкістю стану на момент початку ЗНТ. У групі CRRT тривалість штучної вентиляції легень була меншою – 34 (24–60) год проти 52 (36–88) год при SLED та 68 (42–110) год при IHD (p=0,018). Також відзначалися нижчі значення VISmax (12,9±5,81 проти 18,1±6,81 та 21,3±7,49; p=0,013), менша кількість сеансів ЗНТ (2 проти 5 та 6; p=0,004), коротша тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії (10 проти 12–13 діб; p=0,048) та госпіталізації (19 проти 23–24 діб; p=0,028). За даними багатофакторного аналізу застосування CRRT незалежно асоціювалося зі зниженням ризику госпітальної летальності (ВШ=0,84; 95% ДІ 0,23–0,99; p=0,048), хоча за аналізом Каплана–Маєра статистично значущих відмінностей у виживаності між методами ЗНТ не виявлено (log-rank p=0,121). Порівняння ранньої та відтермінованої ініціації ЗНТ показало, що при ранньому початку перший сеанс проводили через 3 (1–7) год після документування ГПН III стадії, тоді як при відтермінованому – через 65 (29–76) год. У відтермінованій групі на момент початку ЗНТ спостерігалися гірші показники ниркової функції та метаболічного стану: нижчий діурез, вищі рівні креатиніну та сечовини, нижчі бікарбонат і pH, вищий рівень калію, а також більша потреба у гемодинамічній підтримці. Рання ініціація ЗНТ асоціювалася зі скороченням тривалості штучної вентиляції легень – 58 проти 66 год (p=0,038) та перебування у відділенні інтенсивної терапії – 12 проти 15 діб (p=0,045). Водночас статистично значущих відмінностей у госпітальній летальності та 30-денній виживаності не встановлено. Час до відновлення діурезу був достовірно коротшим при ранньому початку ЗНТ: медіана 15 проти 26 діб (log-rank p=0,015). У моделі Кокса ранній початок ЗНТ асоціювався з вищою ймовірністю відновлення діурезу (HR=2,37; 95% ДІ 1,15– 4,91; p=0,020).

2. Background. Acute kidney injury (AKI) is a common complication of cardiac surgery involving cardiopulmonary bypass and is associated with increased hospital mortality, prolonged intensive care, and a higher risk of chronic kidney disease. Its pathogenesis is multifactorial and includes ischemia-reperfusion injury, systemic inflammatory response, hemolysis, oxidative stress, and impaired renal perfusion. Severe cases may require renal replacement therapy (RRT). Despite the use of different RRT modalities, the optimal modality and timing of RRT initiation after cardiac surgery remain controversial. Objective. To improve the outcomes of surgical treatment in cardiac surgery patients by reducing the frequency and severity of complications associated with postoperative AKI through the identification of risk factors and substantiation of an optimal treatment strategy. Materials and methods. A retrospective non-interventional study was conducted using clinical data from 5289 adult patients who underwent cardiac surgery with cardiopulmonary bypass between 2022 and 2025. According to KDIGO criteria, postoperative AKI developed in 1358 patients, while 3931 patients had no evidence of AKI. Among patients with AKI, 58 required

RRT and 1300 received conservative treatment. Patients receiving RRT were additionally stratified according to the RRT modality and timing of initiation. Results. Postoperative AKI developed in 25.7% of cardiac surgery patients. Stage I predominated, accounting for 74.0%, while stage II and stage III accounted for 21.6% and 4.4%, respectively. RRT was required in 4.27% of patients. Patients with AKI were older, more frequently had diabetes mellitus, lower baseline hemoglobin and albumin levels, a higher proportion of left ventricular ejection fraction below 50%, higher EuroSCORE II operative risk, and a greater frequency of urgent procedures. AKI was associated with a longer duration of cardiopulmonary bypass (118.3±41.7 vs 99.4±35.0 min; p=0.0001), longer aortic cross-clamp time (73.5±29.4 vs 63.9±26.3 min; p=0.001), lower minimum hemoglobin and DO□ levels, lower intraoperative urine output, and a greater need for red blood cell transfusion. Postoperatively, AKI was associated with prolonged intensive care unit stay – 3 versus 2 days (p=0.007). Independent predictors of AKI were EuroSCORE II (OR=1.108; p<0.001), urgent surgery (OR=1.827; p<0.001), diabetes mellitus (OR=1.442; p<0.001), duration of cardiopulmonary bypass (OR=1.108; p<0.001), red blood cell transfusion (OR=1.389; p<0.001), deep hypothermic circulatory arrest (OR=1.823; p=0.016), and minimum DO□ (OR=0.895; p=0.039). Comparison of RRT modalities showed that the IHD, SLED, and CRRT groups were comparable in their main demographic, clinical, and intraoperative characteristics, as well as in disease severity at RRT initiation. In the CRRT group, the duration of mechanical ventilation was shorter – 34 (24–60) hours compared with 52 (36–88) hours in the SLED group and 68 (42–110) hours in the IHD group (p=0.018). CRRT was also associated with lower maximum vasoactive-inotropic support (VISmax 12.9±5.81 vs 18.1±6.81 and 21.3±7.49; p=0.013), fewer RRT sessions (2 vs 5 and 6; p=0.004), shorter ICU stay (10 vs 12–13 days; p=0.048), and shorter overall hospitalization (19 vs 23–24 days; p=0.028). In multivariable analysis, CRRT was independently associated with a lower risk of hospital mortality (OR=0.84; 95% CI 0.23–0.99; p=0.048), although Kaplan–Meier analysis did not demonstrate statistically significant differences in survival between RRT modalities (log-rank p=0.121). Comparison of early and delayed RRT initiation showed that in the early-initiation group the first RRT session was performed 3 (1–7) hours after documentation of stage III AKI, whereas in the delayed group it was initiated after 65 (29–76) hours. At RRT initiation, the delayed group had worse indicators of renal and metabolic dysfunction, including lower urine output, higher creatinine and urea levels, lower bicarbonate and pH, higher potassium levels, and a greater need for hemodynamic support. Early RRT initiation was associated with shorter mechanical ventilation – 58 versus 66 hours (p=0.038) – and shorter ICU stay – 12 versus 15 days (p=0.045). No statistically significant differences were established in hospital mortality or 30-day survival. The time to recovery of urine output was significantly shorter with early RRT initiation: median 15 versus 26 days (log-rank p=0.015). In the Cox model, early RRT initiation was associated with a higher probability of urine output recovery (HR=2.37; 95% CI 1.15–4.91; p=0.020).

Державний реєстраційний номер ДіР:

Пріоритетний напрям розвитку науки і техніки: Науки про життя, нові технології профілактики та лікування найпоширеніших захворювань

Стратегічний пріоритетний напрям інноваційної діяльності: Впровадження нових технологій та обладнання для якісного медичного обслуговування, лікування, фармацевтики

Підсумки дослідження: Новий напрямок у науці і техніці

Публікації:

- Романенко С.О., Судакевич С.М., Кузьмич І.М., Чайковська С.М., Шифріс І. М., Ковтун Г.І., Тодуров Б.М. Успішне лікування первинної дисфункції графта після трансплантації серця шляхом застосування пролонгованої замісної ниркової терапії. Ukrainian Journal of Nephrology and Dialysis. 2025 September;87(3):27-33. DOI 10.31450/ukrjnd.3(87).2025.03 Ключові слова: трансплантація серця, первинна дисфункція графта, гостре пошкодження нирок, замісна ниркова терапія, кардіохірургія.
- Романенко С.О., Маруняк С. Р., Чайковська С.М., Ковтун Г.І., Тодуров М.Б., Судакевич С.М., Тодуров Б.М., Шіфріс І.М. Метод ниркової замісної терапії та перебіг раннього післяопераційного періоду у пацієнтів з

гострим пошкодженням нирок після кардіохірургічних втручань зі штучним кровообігом. Ukrainian Journal of Nephrology and Dialysis. 2026 June ;90(2):73-85. DOI 10.31450/ukrjnd.2(90).2026.08 Ключові слова: гостре пошкодження нирок, кардіохірургічні втручання, ниркова замісна терапія, безперервна ниркова замісна терапія (CRRT), штучний кровообіг, госпітальна летальність.

- Романенко С.О., Маруняк С.Р., Тодуров Б.М., Чайковська С.М., Ковтун Г.І., О. Зеленчук О.В., Ященко Н.О., Судакевич С.М. Частота та фактори ризику виникнення гострого пошкодження нирок після кардіохірургічних втручань зі штучним кровообігом. The Ukrainian Journal of Clinical Surgery. May/June 2026; 93(3): 77-83. DOI: 10.26779/2786-832X.2026.3.77 Ключові слова: екстракорпоральні методи лікування; гостре пошкодження нирок; замісна ниркова терапія; трансплантація серця; кардіохірургія.
- Романенко С.О., Шифріс І.М., Маруняк С.Р., Тодуров М. Б., Чайковська С.М., Кузьмич І.М., Судакевич С.М. Вплив часу ініціації замісної ниркової терапії на результати лікування у пацієнтів із гострим пошкодженням нирок, асоційованим із кардіохірургічними втручаннями: ретроспективне дослідження. Scientific medical journal Clinical and preventive medicine. July 2026; 50(4): 51-60. DOI: 10.31612/2616-4868.4.2026.06 Ключові слова: гостре пошкодження нирок, кардіохірургічні втручання, замісна ниркова терапія, штучний кровообіг, госпітальна летальність, гемодинамічна нестабільність.

Наукова (науково-технічна) продукція: методичні документи; аналітичні матеріали

Соціально-економічна спрямованість: поліпшення якості життя та здоров'я населення, ефективності діагностики та лікування хворих

Охоронні документи на ОПІВ:

Впровадження результатів дисертації: Планується до впровадження

Зв'язок з науковими темами: 0125U000060

VI. Відомості про наукового керівника/керівників (консультанта)

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Судакевич Сергій Миколайович

2. Serhij Sudakevych

Кваліфікація: к. мед. н., доц., 14.01.30

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-9253-9593

Додаткова інформація: Scopus ID: 57337647000; Google Shcolar: X4pA3kYAAAAJ&hl

Повне найменування юридичної особи: Державне некомерційне підприємство "Інститут серця" Міністерства охорони здоров'я України

Код за ЄДРПОУ: 38831595

Місцезнаходження: вул. Братиславська, Київ, 02166, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR:

VII. Відомості про офіційних опонентів та рецензентів

Офіційні опоненти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Черній Володимир Ілліч

2. Volodymyr I. Cherniy

Кваліфікація: д.мед.н., г.н.с, 14.01.30

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-9885-9248

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами

Код за ЄДРПОУ: 05415786

Місцезнаходження: вул. Верхня, Київ, 01014, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Державне управління справами

Ідентифікатор ROR:

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Дзюба Дмитро Олександрович

2. Dmytro O. Dziuba

Кваліфікація: д. мед. н., професор, 14.01.30

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-9979-8889

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Код за ЄДРПОУ: 02010787

Місцезнаходження: бульвар Тараса Шевченка, Київ, 01601, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Руденко Костянтин Володимирович

2. Kostyantyn Rudenko

Кваліфікація: д. мед. н., професор, 14.01.04

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-1508-9293

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Код за ЄДРПОУ: 02010787

Місцезнаходження: бульвар Тараса Шевченка, Київ, 01601, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

Рецензенти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Долженко Марина Миколаївна
2. Maryna M. Dolzhenko

Кваліфікація: д.мед.н., професор, 14.01.11

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-8559-9598

Додаткова інформація: Scopus Author ID: 16315751800

Повне найменування юридичної особи: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Код за ЄДРПОУ: 01896702

Місцезнаходження: вул. Дорогожицька, Київ, 04112, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

VIII. Заключні відомості

Власне Прізвище Ім'я По-батькові голови ради	Жарінов Олег Йосифович
Власне Прізвище Ім'я По-батькові головуючого на засіданні	Жарінов Олег Йосифович
Відповідальний за підготовку облікових документів	Коломейчук Валентина Миколаївна
Реєстратор	Юрченко Тетяна Анатоліївна

Керівник відділу УкрІНТЕІ, що є відповідальним за реєстрацію наукової діяльності



Юрченко Тетяна Анатоліївна