Облікова картка дисертації

I. Загальні відомості

Державний обліковий номер: 0825U001672

Особливі позначки: відкрита

Дата реєстрації: 13-05-2025

Статус: Запланована

Реквізити наказу МОН / наказу закладу:

II. Відомості про здобувача

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Акер Анастасія Володимирівна
2. Anastasiia V. Aker

Кваліфікація: 14.01.11

Ідентифікатор ORCID ID: 0009-0007-6426-5381

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: 22 Охорона здоров'я

Дата захисту: 18-07-2024

Спеціальність за освітою: Лікувальна справа

Місце роботи здобувача: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Код за ЄДРПОУ: 02010793

Місцезнаходження: вул. Пекарська, буд. 69, Львів, 79010, 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): ДФ 35.600.111

Повне найменування юридичної особи: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Код за ЄДРПОУ: 02010793

Місцезнаходження: вул. Пекарська, буд. 69, Львів, 79010, 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: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Код за ЄДРПОУ: 02010793

Місцезнаходження: вул. Пекарська, буд. 69, Львів, 79010, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

V. Відомості про дисертацію

Мова дисертації: Українська

Коди тематичних рубрик: 76.29.30

Тема дисертації:

1. Предиктори перебігу тріпотіння передсердь у госпіталізованих пацієнтів, обґрунтування стратегії лікування

2. Predictors and course of atrial flutter in hospitalized patients: validation of treatment strategy

Реферат:

1. До дослідження загалом включили 169 пацієнтів з документованим ТП, які зверталися за медичною допомогою до КНП ЛОР «Львівський обласний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр». Для вивчення профілю серцево-судинного ризику, клінічних характеристик і частоти поєднання з ФП у дослідження було включено 126 пацієнтів. На наступному етапі здійснювали пошук факторів відновлення та збереження синусового ритму у 105 пацієнтів з персистентним ТП при індексній госпіталізації. Наступним етапом нашого дослідження був пошук факторів, асоційованих з виникненням серцево-судинних подій у пацієнтів з ТП після індексної госпіталізації. Усього було отримано та проаналізовано дані 8-місячного проспективного спостереження за 126 пацієнтами. У подальшому аналізували виживання пацієнтів з ТП після індексної госпіталізації у досліджуваній групі без інтервенційного лікування аритмії протягом

трирічного спостереження. Визначали незалежні предиктори виживання. На останньому етапі дослідження аналізували якість життя та перебіг аритмії після її інвазивного лікування через рік спостереження. Загалом, у 54% госпіталізованих пацієнтів з ТП спостерігали супутню документовану ФП. Значущих відмінностей за частотою виявлення поширених супутніх хвороб і факторів серцево-судинного ризику виявлено не було, окрім суттєвого переважання хронічних хвороб легень у пацієнтів з ізольованим ТП (p=0.005). Пацієнти з ТП були старшими за віком (p=0,003) і частіше чоловічої статі (p=0,02), ніж пацієнти з поєднаним порушенням ритму (ТП+ФП). Групи характеризувалися значною поширеністю факторів серцево-судинного ризику, високим ризиком тромбоемболічних ускладнень за шкалою CHA2DS2-VASc. У 67% госпіталізованих пацієнтів із персистентним ТП вдалося відновити та утримати СР протягом індексної госпіталізації завдяки поєднанню антиритмічної терапії та черезстравохідної кардіостимуляції. Ефективність кардіоверсії знижувалася за наявності супутньої документованої ФП в анамнезі (p=0,06). Неефективність кардіоверсії асоціювалась з більшою тривалістю аритмії (p=0,048), рідшою частотою її першого епізоду (p=0,09), вираженішими проявами дисфункції лівого шлуночка (p=0,001) та наявністю особливостей ЕКГ, характерних для атипових форм ТП (p=0,001). Протягом 8-місячного спостереження у 32,5% госпіталізованих пацієнтів з ТП виникали серцево-судинні події, а смертність становила 3,2%. У пацієнтів з серцево-судинними подіями частіше було порушення гемодинаміки під час індексного епізоду госпіталізації (p=0,03) та перенесений ІМ (p=0,002). Збереження СР на момент закінчення госпіталізації асоціювалося з меншою частотою виникнення подій при тривалому спостереженні (p=0,049). При порівнянні ехокардіографічних показників структурно-функціонального стану міокарда у пацієнтів з подіями спостерігали тенденцію до більших розмірів лівих камер серця, зокрема, передньо-заднього розміру ЛП (p=0,069), кінцево-діастолічного розміру і об'єму ЛШ (p=0,063) та нижчі показники систолічної функції лівого шлуночка (p=0,008). За трирічний період спостереження померли 22 (17,5%) пацієнти. Значна частка фатальних випадків сталася у перший рік. За даними оцінки таблиць доживання хворих із ТП, кумулятивна частка виживання у госпіталізованих пацієнтів з ТП без випадків інтервенційного лікування аритмії на 36-й місяць моніторування становила 80,9%. Електрокардіографічні характеристики аритмії, за винятком нерегулярного проведення, не мали значення для виживання. Незалежними предикторами гіршого виживання були зниження фракції викиду лівого шлуночка та гіпертрофія його стінок, порушення гемодинаміки на фоні пароксизму, наявність хронічної хвороби нирок, повторні епізоди ТП. Медикаментозне відновлення та утримання синусового ритму під час індексної госпіталізації, а також супутня ФП не чинили незалежного впливу на виживання. У групі катетерного лікування типового ТП із супутньою ФП, при спостереженні протягом 1 року, не було зафіксовано випадків рецидиву ТП. Через рік в обох групах фіксували пароксизми нестійкої передсердної тахікардії (61,1% та 40,0%) та фібриляції передсердь (72,2% та 36,0%) за даними голтерівського моніторування ЕКГ. Але як при ізольованій абляції КТП, так і при поєднанні з ізоляцією легеневої вени, за даними опитувальника AFEQT, якість життя пацієнтів покращилась суттєво (p < 0,05). Симптомні пароксизми ФП частіше виникали в групі з ізольованою абляцією КТП (p = 0,038). Загалом, отримані дані свідчать про несприятливий прогноз перебігу хвороби серця у пацієнтів з ТП, значний вплив аритмії на якість життя та виживання. Визначено низьку ефективність медикаментозного відновлення та збереження СР при ТП. Абляція КТП є ефективним методом для зниження частоти симптомів та покращення якості життя у пацієнтів з ТП. Якщо фіксуються супутні епізоди ФП, то додаткова ізоляція легеневих вен дозволяє зменшити частоту симптомних пароксизмів ФП після абляції КТП, а відтак оптимізувати лікувальну стратегію.

2. Various studies and registries suggest that AFL and AF have different courses. At the same time, aspects of the prevalence of AFL itself, the prognostic value of the arrhythmia, the predictors of the course and prognosis in patients with AFL, and the identification of ways to improve quality of life and prevent recurrence of AFL after catheter ablation of AFL remain insufficiently studied. The study involved 169 patients with AFL who received medical care at the Lviv Regional Clinical Diagnostic and Treatment Cardiology Centre. Between April 2011 and December 2012, 126 consecutively hospitalized patients with documented AFL were included in the first part of the study. Clinical characteristics, cardiovascular risk, and myocardial structural and functional parameters were assessed in the comparison groups. The study did not include patients with valvular AFL, MI, or stroke within the

last 3 months, or those who did not consent to participate in the study. The next step was to identify factors associated with the restoration and maintenance of sinus rhythm in 105 patients with persistent AFL during the index hospitalization. The next stage of our study was to identify factors associated with the occurrence of cardiovascular events in patients with AFL after the index hospitalization. A total of 105 patients were followed prospectively for 8 months and their data were collected and analyzed. The survival of patients with atrial flutter after the index hospitalization in the noninterventional arrhythmia treatment group was analyzed during a three-year follow-up period. Independent survival predictors were identified. In the final phase of the study, quality of life and arrhythmia outcome after invasive treatment were analyzed after one year of follow-up. Overall, 54% of hospitalized patients with AFL had concomitant documented AF. There were no significant differences in the frequency of common comorbidities and cardiovascular risk factors, except a significant prevalence of chronic lung disease in patients with isolated AFL (p=0.005). Patients with AFL were characterized by older age (P=0.003) and male predominance (P=0.02) compared with patients with combined arrhythmia (AFL+AF). The groups were characterized by a high prevalence of cardiovascular risk factors and a high risk of thromboembolic complications according to the CHA2DS2-VASc scale. The vast majority of patients were diagnosed with typical AFL, and the ratio of typical to atypical AFL was 7:1. In 67% of patients with persistent atrial flutter, a combination of antiarrhythmic therapy and transesophageal pacing led to the restoration and maintenance of SR during hospitalization. The effectiveness of cardioversion was reduced when the concomitant documented AF occurred (p=0.06). Ineffectiveness of cardioversion was associated with a longer duration of arrhythmia (p=0.048), a lower frequency of its first episode (p=0.09), more severe manifestations of left ventricular dysfunction (p=0.001), and the presence of ECG -characteristic of atypical forms of AFL (p=0.001). During the 8-month follow-up period, 32.5% of hospitalized patients with AFL had cardiovascular events and the mortality rate was 3.2%. During three years of follow-up, 22 patients (17.5%) died. The cumulative survival rate for hospitalized patients with AFL without arrhythmia intervention at 36 months of follow-up was 80.9%. Independent predictors of worse survival were a decrease of left ventricular ejection fraction and hypertrophy of its walls, hemo disorders in the case of paroxysm, the presence of chronic kidney disease, and recurrent episodes of AFL. Medical restoration and maintenance of sinus rhythm during index hospitalisation, as well as concomitant AF, had no independent effect on survival. In the group of catheter-based treatment of typical AFL with concomitant AF, no cases of AFL recurrence were recorded during the 1-year follow-up. A year later, paroxysms of short paroxism of atrial tachycardia (61.1% and 40.0%) and atrial fibrillation (72.2% and 36.0%) were recorded in both groups according to Holter ECG monitoring. However, both isolated CTI ablation and in combination with pulmonary vein isolation significantly improved the quality of life of patients according to the AFEQT questionnaire ($p < 0.05$). Symptomatic paroxysms of AF occurred more often in the group with isolated CTI ablation ($p = 0.038$). Overall, the data obtained a poor prognosis of heart disease in patients with AFL, a significant impact of arrhythmia on quality of life and survival. The low efficiency of medical cardioversion and maintenance of SR in AFL was determined.CTI ablation is an effective method for reducing the frequency of symptoms and improving the quality of life in patients with AFL. If concomitant episodes of AF are recorded, additional pulmonary vein isolation can reduce the frequency of symptomatic paroxysms of AF after CTI ablation and thus optimize the treatment strategy.

Державний реєстраційний номер ДіР: 0119U100174

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: Теоретичне узагальнення і вирішення важливої наукової проблеми

Публікації:

- Aker A, Chernyaha-Royko U, Sorokivskyy M, Kravchuk B, Tumak I, Ivaniv Y, et al. Ablation outcomes and quality of life in patients with atrial flutter and concomitant paroxysmal atrial fibrillation. Heart, Vessels Transplant [Internet]. 2024;8(1). Available from: https://hvt-journal.com/articles/art473 DOI: 10.24969/hvt.2024.473
- Cherniaha-Royko U, Sorokivskyy M, Aker A, Kravchuk B, Kuts V, Zharinov O. Tachycardia-induced cardiomyopathy due to dual atrioventricular nodal non-reentrant tachycardia (RCDD code: VI-1A-9). J Rare Cardiovasc Dis. 2019;4(3):59-62. DOI:10.20418%2Fjrcd.vol4no3.387 Available from: https://www.academia.edu/68231196/Tachycardia_induced_cardiomyopathy_due_to_dual_atrioventricular_noc
- Черняга-Ройко УП, Акер АВ, Тумак ІМ, , Жарінов ОЙ. Профіль серцево-судинного ризику та показники структурно-функціонального стану міокарда в госпіталізованих пацієнтів з тріпотінням передсердь за даними одноцентрового реєстру. Український кардіологічний журнал. 2017;(2):54-62. Доступно: https://ucardioj.com.ua/index.php/UJC/article/view/148/134
- Черняга-Ройко УП, Акер АВ, Жарінов ОЙ. Предиктори відновлення синусового ритму в пацієнтів із персистентним тріпотінням передсердь. Серце і судини. 2017;(4):32-38. Доступно: http://www.heartandvessels.vitapol.com.ua/svizhij_nomer.php?nid=60 http://nbuv.gov.ua/UJRN/sis_2017_4_6
- Акер АВ, Черняга-Ройко УП, Павлик НС, Жарінов ОЙ. Предиктори виникнення серцево-судинних подій у пацієнтів з тріпотінням передсердь при тривалому спостереженні. Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія. 2019;(3):30-37. DOI: http://doi.org/10.31928/2305-3127-2019.3.3037 Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/karx_2019_3_6
- Акер АВ, Черняга-Ройко УП, Сороківський МС, Іванів ЮА,. Жарінов ОЙ. Предиктори трирічного виживання в госпіталізованих пацієнтів з тріпотінням передсердь. Український кардіологічний журнал. 2022;29(1-2):50-56. DOI: http://doi.org/10.31928/1608-635X-2022.1-2.5056 Доступно: https://ucardioj.com.ua/index.php/UJC/article/view/298/298

Наукова (науково-технічна) продукція: методи, теорії, гіпотези

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

Охоронні документи на ОПІВ:

Впровадження результатів дисертації: Впроваджено

Зв'язок з науковими темами: 0119U100174

VI. Відомості про наукового керівника/керівників (консультанта)

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Іванів Юрій Андрійович

2. Yuriy Ivaniv

Кваліфікація: д. мед. н., професор, 14.01.23

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-2153-9262

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Код за ЄДРПОУ: 02010793

Місцезнаходження: вул. Пекарська, буд. 69, Львів, 79010, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Жарінов Олег Йосипович
2. Oleg Zharinov

Кваліфікація: д. мед. н., професор, 14.01.02

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-4089-9757

Додаткова інформація:

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

Код за ЄДРПОУ: 01896702

Місцезнаходження: вул. Дорогожицька, буд. 9, Київ, 04112, 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. Іванов Валерій Павлович
2. Valerii P. Ivanov

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

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Код за ЄДРПОУ: 02010669

Місцезнаходження: вул. Пирогова, буд. 56, Вінниця, Вінницький р-н., 21018, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Федоров Сергій Валерійович

2. Sergiy V. Fedorov

Кваліфікація: д. мед. н., професор, 222

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-2202-4279

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Івано-Франківський національний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010758

Місцезнаходження: вул. Галицька, буд. 2, Івано-Франківськ, 76018, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

Рецензенти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Беш Дмитро Ігорович

2. Dmytro I. Besh

Кваліфікація: к. мед. н., доц., 14.01.11

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-8982-7578

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Код за ЄДРПОУ: 02010793

Місцезнаходження: вул. Пекарська, буд. 69, Львів, 79010, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Скибчик Василь Антонович

2. Vasyl A. Skybchyk

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

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Код за ЄДРПОУ: 02010793

Місцезнаходження: вул. Пекарська, буд. 69, Львів, 79010, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

VIII. Заключні відомості

Власне Прізвище Ім'я По-батькові голови ради	Скляров Євген Якович
Власне Прізвище Ім'я По-батькові головуючого на засіданні	Скляров Євген Якович
Відповідальний за підготовку облікових документів	Акер Анастасія Володимирівна
Реєстратор	УкрІНТЕІ
Керівник відділу УкрІНТЕІ, що є відповідальним за реєстрацію наукової діяльності	Юрченко Тетяна Анатоліївна