Облікова картка дисертації

I. Загальні відомості

Державний обліковий номер: 0825U004385

Особливі позначки: відкрита

Дата реєстрації: 30-12-2025

Статус: Запланована

Реквізити наказу МОН / наказу закладу:

II. Відомості про здобувача

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Шевчук Микола Петрович
2. Mykola P. Shevchuk

Кваліфікація:

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

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: ОП 51167 Освітньо-наукова програма підготовки докторів філософії в Українській медичній стоматологічній академії за спеціальністю 222 – Медицина

Дата захисту:

Спеціальність за освітою: Лікувальна справа

Місце роботи здобувача: Полтавський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 43937407

Місцезнаходження: вул. Шевченка, Полтава, Полтавський р-н., 36011, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

III. Відомості про організацію, де відбувся захист

Шифр спеціалізованої вченої ради (разової спеціалізованої вченої ради): PhD 11644

Повне найменування юридичної особи: Полтавський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 43937407

Місцезнаходження: вул. Шевченка, Полтава, Полтавський р-н., 36011, 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: Полтавський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 43937407

Місцезнаходження: вул. Шевченка, Полтава, Полтавський р-н., 36011, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

V. Відомості про дисертацію

Мова дисертації: Українська

Коди тематичних рубрик: 76, 76.29, 76.29.39

Тема дисертації:

1. Ретроградна та антеградна біліарна декомпресія при обтурації дистального відділу загальної жовчної протоки пухлинного генезу
2. Retrograde and antegrade biliary decompression in cases of distal common bile duct obstruction of tumor origin

Реферат:

1. Представлене дослідження систематизує діагностично-лікувальний маршрут пацієнтів із обструктивною жовтяницею пухлинного генезу і надає зрозумілий практичному лікарю алгоритм вибору між ретроградними та антеградними методами біліарної декомпресії. Ключовою ідеєю є опора на два провідні критерії: 1. Рівень біліарної обструкції (три рівні (I рівень блоку – інтрапанкреатичний сегмент холедоха/зона великого дуоденального сосочка, II рівень блоку – від місця впадіння міхурової протоки до конфлюенсу печінкових протоків, III рівень блоку – внутрішньопечінковий)) замість узагальненого поділу на «проксимальний та дистальний»),. 2. Ступінь тяжкості обструктивної жовтяниці. Така стратифікація дозволяє персоніфікувати тактику, прогнозувати технічний успіх втручання і мінімізувати ускладнення, не відмовляючись від важливих базових шкал (ASA/ECOG/TNM), які залишаються інструментами анестезіологічного та онкологічного планування. Наукова новизна полягає у валідації трирівневої класифікації обструкції жовчовивідних шляхів, як клінічно значущого предиктора вибору методу біліарної

декомпресії, підтвердженні ролі ступеню тяжкості обструктивної жовтяниці як модифікатора ризику та у відмежуванні ASA/ECOG/TNM як шкал планування, що самостійно не визначають первинний вибір способу оперативного втручання. Додатковою новизною є інтеграція ендоскопічного та черезшкірного підходів в єдиний алгоритм із передбачуваними результатами. За результатами проведеної роботи запропонований наступний алгоритм: Рівень I (дистальний/периампулярний) та рівень II (від місця впадіння міхурової протоки до конфлюенсу печінкових протоків) – зони, де найбільш доцільним є ендоскопічне стентування. Рішення щодо типу стента залежить від очікуваної тривалості життя, планів щодо радикального втручання, доступності ресурсів і профілю ризику інфекцій. Пластикові стенти дешевші, однак мають вищу частоту оклюзії; само-розширювані металеві – забезпечують кращу прохідність та довший термін функціонування, що важливо у паліативних хворих. У пацієнтів із резектабельними новоутвореннями допустиме використання пластикових стентів як етапу підготовки до операції. Рівень III (внутрішньопечінкові протоки) найчастіше обумовлює неможливість або надмірну ризикованість ретроградної тактики, тому пріоритет має черезшкірно-черезпечінкове холангіодренування. Холецистостомія – корисний тимчасовий варіант у тяжких пацієнтів із блоком жовчних шляхів I-го рівня, особливо за високого ризику анестезії. Вона дозволяє стабілізувати стан, знизити білірубін до рівня, прийнятного для подальшої інтервенції або онкологічного лікування. Узагальнюючи дослідження, встановили, що алгоритм вибору методу біліарної декомпресії при обструктивній жовтяниці пухлинного генезу повинен базуватися не стільки на нозологічній формі пухлини (рак голівки підшлункової залози, холангіокарцинома, пухлина жовчного міхура тощо), скільки на точному визначенні топографічного рівня блоку жовчних шляхів і на ступені тяжкості жовтяниці за клініко-біохімічними критеріями. Саме поєднання цих двох факторів – анатомічної локалізації обструкції та клінічної тяжкості обструктивної жовтяниці – дозволяє в кожного конкретного пацієнта обрати не лише ефективну, але й найбільш безпечну тактику втручання, мінімізувати кількість післяопераційних ускладнень і стабілізувати стан хворого в максимально короткі терміни. Профілактика інфекцій: антибіотикопрофілактика проводилась усім пацієнтам одноразово безпосередньо перед оперативним втручанням, при наявних ознаках інфекції в післяопераційному періоді – продовжувалась. Профілактика пост-ЕРХПГ панкреатиту передбачає мінімізацію травматизації папіли, раціональну тривалість втручання, коректну канюляцію. Корекція коагулопатії: у пацієнтів із вираженою гіпербілірубінемією часто спостерігається дефіцит вітаміну К та порушення синтезу факторів згортання крові. Доцільно проводити передпроцедурну корекцію, а також моніторинг коагулограми впродовж всього періоду стаціонарного лікування. Післяпроцедурний моніторинг: контроль температури тіла, больового синдрому, амілази (після ретроградного стентування), білірубіну та показників запалення, а також оцінка прохідності дренажу/стента. Раннє виявлення їх дисфункції та її усунення дозволяє уникнути септичних ускладнень і потреби в повторних втручаннях у невідкладному порядку. Впровадження модифікованого алгоритму в проспективній групі супроводжувалося зростанням технічної та клінічної успішності декомпресії, зменшенням кількості комбінованих процедур і повторних маніпуляцій, скороченням тривалості госпіталізації та зниженням частоти ускладнень і ранньої летальності, а також зменшення економічного навантаження на лікувальний заклад. Врахування рівня блоку та ступеню тяжкості обструктивної жовтяниці дає можливість обирати найбільш ефективний метод біліарної декомпресії. Провідні наукові положення дисертаційної роботи адаптовано для впровадження та застосування в клінічних умовах широкої мережі закладів практичної охорони здоров'я.

2. The presented study systematizes the diagnostic and treatment route of patients with obstructive jaundice of tumor genesis and provides a clear algorithm for the practitioner to choose between retrograde and antegrade methods of biliary decompression. The key idea is to rely on two leading criteria: 1. The level of biliary obstruction (three levels (I level of block – intrapancreatic segment of the common bile duct / zone of the major duodenal papilla (MDP), II level of block – from the confluence of the cystic duct to the confluence of the hepatic ducts, III level of block – intrahepatic)) instead of a generalized division into "proximal and distal"). 2. The severity of obstructive jaundice. Such stratification allows us to personalize tactics, predict the technical success of the intervention and minimize complications, without abandoning the important basic scales (ASA/ECOG/TNM), which remain as tools of anesthetic and oncological planning. The scientific novelty lies in the validation of a

three-level classification of biliary tract obstruction as a clinically significant predictor for selecting the method of biliary decompression; in confirming the role of the severity of obstructive jaundice as a risk modifier; and in differentiation ASA/ECOG/TNM as planning scales that do not independently determine the initial choice of surgical intervention. An additional element of novelty is the integration of endoscopic and percutaneous approaches into a single algorithm with predictable outcomes. Based on the results of the study, the following algorithm was proposed: Level I (distal/periampullary) and Level II (from the confluence of the cystic duct to the confluence of the hepatic ducts) represent zones in which endoscopic stenting is the most appropriate approach. The choice of stent type depends on the expected survival, plans for radical surgical intervention, resource availability, and infection-risk profile. Plastic stents are less costly but have a higher rate of occlusion; self-expanding metal stents provide superior patency and longer functional duration, which is important in palliative patients. In patients with resectable tumors, the use of plastic stents is acceptable as part of preoperative preparation. Level III (intrahepatic ducts) most often makes retrograde tactics impossible or too risky, so priority is given to percutaneous transhepatic cholangiodrainage. Cholecystostomy serves as a useful temporary option in critically ill patients with Level I biliary obstruction, especially in cases of high anesthetic risk. It allows clinical stabilization and reduction of bilirubin to levels acceptable for subsequent intervention or oncological treatment. Summarizing the research, we established that the algorithm for selecting the method of biliary decompression in malignant obstructive jaundice should be based not so much on the tumor's nosological type (cancer of the head of the pancreas, cholangiocarcinoma, gallbladder tumor, etc.) as on the precise determination of the topographic level of biliary obstruction and on the clinical-biochemical severity of jaundice. It is the combination of these two factors – the anatomical localization of obstruction and the clinical severity of obstructive jaundice – that allows to choose in each individual patient not only the most effective but also the safest intervention strategy, minimizing postoperative complications and enabling rapid clinical stabilization. Infection prevention: all patients received single-dose perioperative antibiotic prophylaxis immediately before the procedure; in cases with signs of infection in the postoperative period, antibiotic therapy was continued. Prevention of post-ERCP pancreatitis included minimizing papillary trauma, maintaining rational procedure duration, and ensuring proper cannulation technique. Correction of coagulopathy: patients with severe hyperbilirubinemia often have vitamin K deficiency and impaired synthesis of blood clotting factors. It is advisable to perform pre-procedural correction, as well as monitoring of the coagulogram throughout the entire period of inpatient treatment. Post-procedural monitoring: monitoring of body temperature, pain syndrome, amylase (after retrograde stenting), bilirubin and inflammation indicators, as well as assessment of drainage/stent patency. Early detection of their dysfunction and its elimination allows to avoid septic complications and the need for repeated urgent interventions. Conclusions. Implementation of the modified algorithm in the prospective cohort was associated with increased technical and clinical success of decompression, a reduction in the number of combined procedures and repeat interventions, shorter hospitalization, decreased complication rates and early mortality, as well as reduced economic burden on the healthcare facility.

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: Нове вирішення актуального наукового завдання

Публікації:

- Шевчук М.П., Дудченко М.О., Кравців М.І., Іващенко Д.М., Прихідько Р.А. Синдром «швидкої» біліарної декомпресії при обтурації загальної жовчної протоки різного генезу. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2021. 21(4), 94-97.

- Шевчук М.П., Дудченко М.О., Кравців М.І., Іващенко Д.М., Прихідько Р.А. Сучасні аспекти відновлення пасажу жовчі при жовчнокам'яній хворобі ускладненій механічною жовтяницею. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2021.21(2), 93-96.
- Шевчук М.П. (2022). Менеджмент пухлинних обструкцій дистального відділу загальної жовчної протоки з використанням ретроградного біліарного стентування. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії, 22(3-4), 90-94.
- Шевчук, М., Дудченко, М., Кравців, М., Іващенко, Д., Прихідько, Р., & Заєць, С. (2022). Особливості декомпресії жовчовивідних шляхів у хворих з обтурацією дистального відділу загальної жовчної протоки пухлинного ґенезу. Проблеми екології та медицини, 26(3-4), 30-33.
- Prykhidko RA., Dudchenko MO., Kravtsiv MI., Zaiets SM., Ivashchenko DM., Chelishvili AL., Shevchuk MP. A three-stage therapeutic and diagnostic algorithm in mechanical jaundice of different genesis and the most effective mini-invasive method of its treatment. World of Medicine and Biology, 2022, № 2 (80), pp. 119–124
- Шевчук М.П., Дудченко М.О., Кравців М.І., Іващенко Д.М., Зезекало Є.О., Іванова Г.О., Прихідько Р.А. Персоніфікований підхід до вибору тактики жовчовідведення у хворих з механічною жовтяницею пухлинного ґенезу. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2023. 23(4), 174-181.
- Ivashchenko, D. M., Shevchuk, M. P., Dudchenko, M. O., Kravtsiv, M. I., Prikhidko, R. A., Zezekalo, E. O., & Zaiets, S. M. (2023). Ways of solving the problem of choledocholithiasis in patients with pathology of parapapillary zone and common bile duct. World of Medicine and Biology, 2023, № 3 (85), 87-91.
- Шевчук, М., Дудченко, М., Кравців, М., Іващенко, Д., Іванова , Г. Антеградні методи біліарної декомпресії при пухлинній обструкції жовчовивідних шляхів. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2024. 24(2), 65-68.

Наукова (науково-технічна) продукція:

Соціально-економічна спрямованість:

Охоронні документи на ОПІВ:

Впровадження результатів дисертації: Впроваджено

Зв'язок з науковими темами: 0118U006953

VI. Відомості про наукового керівника/керівників (консультанта)

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Дудченко Максим Олександрович
2. Maksym O. Dudchenko

Кваліфікація: д. мед. н., професор, 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-6897-0383

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Полтавський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 43937407

Місцезнаходження: вул. Шевченка, Полтава, Полтавський р-н., 36011, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

VII. Відомості про офіційних опонентів та рецензентів

Офіційні опоненти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Польовий Віктор Павлович
2. Viktor P. Polovyi

Кваліфікація: д.мед.н., професор, 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-4345-9802

Додаткова інформація: Scopus Author ID: 6504411236

Повне найменування юридичної особи: Буковинський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010971

Місцезнаходження: площа Театральна, Чернівці, 58002, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Муравйов Петро Тадеушович
2. Petro T. Muraviov

Кваліфікація: д. мед. н., доц., 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0001-7733-885X

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Одеський національний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010801

Місцезнаходження: Валіховський провулок, Одеса, 65082, Україна

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Хіміч Сергій Дмитрович
2. Serhii D. Khimich

Кваліфікація: д. мед. н., професор, 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0002-8643-2140

Додаткова інформація:

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

Код за ЄДРПОУ: 02010669

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

Форма власності: Державна

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR:

Рецензенти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Должковий Сергій Вікторович
2. Serhii V. Dolzhkovyi

Кваліфікація: к. мед. н., 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: 0000-0003-2813-3051

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи: Полтавський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 43937407

Місцезнаходження: вул. Шевченка, Полтава, Полтавський р-н., 36011, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров'я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

VIII. Заключні відомості

Власне Прізвище Ім'я По-батькові голови ради	Шейко Володимир Дмитрович
Власне Прізвище Ім'я По-батькові головуючого на засіданні	Шейко Володимир Дмитрович
Відповідальний за підготовку облікових документів	Прихідько Олена Олексіївна
Реєстратор	Юрченко Тетяна Анатоліївна

Керівник відділу УкрІНТЕІ, що є відповідальним за реєстрацію наукової діяльності

Юрченко Тетяна Анатоліївна