# Облікова картка дисертації

## I. Загальні відомості

**Державний обліковий номер:** 0825U004336

**Особливі позначки:** відкрита

**Дата реєстрації:** 19-12-2025

**Статус:** Запланована

**Реквізити наказу МОН / наказу закладу:**

## II. Відомості про здобувача

**Власне Прізвище Ім'я По-батькові:**

1. Кірієнко Тарас Васильович
2. TARAS KIRIIENKO

**Кваліфікація:** 14.01.06

**Ідентифікатор ORCID ID:** 0009-0006-6973-1495

**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:** 14.01.06 Урологія

**Дата захисту:** 23-12-2025

**Спеціальність за освітою:** 222 Медицина

**Місце роботи здобувача:** 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:**

## III. Відомості про організацію, де відбувся захист

**Шифр спеціалізованої вченої ради (разової спеціалізованої вченої ради):** PhD 11360

**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:** 76.29.43

### Тема дисертації:

1. Підходи до лікування пацієнтів із каменями верхніх сечових шляхів і судинною та кардіологічною патологією

2. Approaches to the treatment of patients with upper urinary tract stones and concomitant vascular and cardiac pathology

### Реферат:

1. Зростаюча поширеність сечокам’яної хвороби (СКХ), особливо в поєднанні з кардіоваскулярною патологією, актуалізує проблему вибору оптимального методу хірургічного лікування пацієнтів із супутнім тромбоемболічним ризиком. Призначення антикоагулянтної та антиагрегантної терапії у таких пацієнтів ускладнює хірургічне лікування, підвищуючи ризик ускладнень. Наявні клінічні рекомендації не враховують у повному обсязі специфіку цієї когорти. Тому пошук безпечних і ефективних малоінвазивних методів лікування СКХ у пацієнтів із серцево-судинною патологією є одним із пріоритетів сучасної урології. У дослідження включено 410 пацієнтів із нефролітіазом, яким було проведено ЕУХЛ (n=159), ПНЛ (n=150) та РІРХ (n=101). У межах кожної групи пацієнти були стратифіковані за рівнем тромбоемболічного ризику

відповідно до міжнародних кардіологічних рекомендацій. Додатковий розподіл на підгрупи: А підгрупа (n=255) – пацієнти з низьким ризиком тромбоемболічних ускладнень, Б підгрупа (n=155) – пацієнти з високим ризиком тромбоемболічних ускладнень. Дослідження проводилось на основі ретроспективного вивчення історій хвороб у період 2022-2025 рр. на кафедрі урології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Діагностика та хірургічне лікування проводилось на базі ДУ «Інститут урології імені акад. О.Ф. Возіанова НАМН України». 3 Передопераційне обстеження пацієнтів проводилося згідно з локальними клінічними протоколами, які відповідають рекомендаціям Європейської асоціації урологів, із обов'язковим урахуванням кардіологічного статусу та ступеня ризику тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ). Обсяг діагностичних процедур визначався відповідно до віку, супутніх захворювань та схеми антикоагулянтної/антиагрегантної терапії. Аналіз демографічних характеристик та розподіл конкрементів у групах не виявив статистично значущих відмінностей, що забезпечило коректне порівняння ефективності трьох основних методів лікування: екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії (ЕУХЛ), перкутанної нефролітотрипсії (ПНЛ) та ретроградної інтраренальної хірургії (РІРХ). У всіх групах спостерігалося збільшення тривалості операції у пацієнтів з високим ТЕУ. Найбільша різниця зафіксована при РІРХ: 101,63 ± 28,35 хв у IIIб проти 93,48 ± 17,67 хв у IIIа (p = 0,041). ПНЛ також виявилась більш тривалою у підгрупі IIб (p < 0,00001). У групі з підвищеним ТЕУ хірург вимушений зменшувати інтенсивність інтервенції, уникати гідронапору або травматичних маніпуляцій, що в свою чергу подовжує кожен етап операції. Порівняльний аналіз якості візуалізації показав, що найвищі показники були зафіксовані при перкутанній нефролітотрипсії у пацієнтів з низьким тромбоемболічним ризиком (IIа група), де середня оцінка чіткості зображення становила 4,5 бала проти 4,2 бала у IIб групі (t = 3,47; p = 0,0007), контрастності – 4,8 проти 4,6 (t = 2,31; p = 0,0223), стабільності – 4,7 проти 4,5 (t = 2,31; p = 0,0223). Усі відмінності були статистично достовірними, що вказує на кращі умови візуального контролю в групі з нижчим ризиком. При ретроградній інтраренальній хірургії перевага пацієнтів IIIа групи також була підтверджена за чіткістю зображення (4,3 проти 4,1 бала; p = 0,0017). Однак при порівнянні якості візуалізації між підгрупами IIб (ПНЛ) та IIIб (РІРХ) встановлено, що загальний середній бал був дещо вищим при ПНЛ – 4,43 проти 4,33 відповідно, однак ця різниця не досягла статистичної значущості (p > 0,05), 4 що свідчить про подібні умови візуального контролю в умовах високого тромбоемболічного ризику. Порівняльний аналіз рівня інтраопераційної крововтрати виявив як міжгрупові, так і міжметодичні статистично значущі відмінності. У межах кожного хірургічного підходу пацієнти з високим тромбоемболічним ризиком мали достовірно вищу крововтрату: при ПНЛ – 307,61 ± 51,84 мл у IIб проти 212,25 ± 41,47 мл у IIа (p < 0,0001), при РІРХ – 191,52 ± 36,47 мл у IIIб проти 132,45 ± 28,72 мл у IIIа (p < 0,0001). Між самими методами лікування крововтрата також суттєво відрізнялась: при ПНЛ вона була найвищою серед усіх методів, достовірно перевищуючи показники як РІРХ (IIб проти IIIб: p < 0,0001), так і орієнтовну крововтрату при ЕУХЛ, яка не перевищувала 50 мл. Таким чином, перкутанна нефролітотрипсія супроводжується найінтенсивнішою крововтратою, особливо у пацієнтів з високим ТЕУ, тоді як РІРХ демонструє кращий гемостатичний профіль, а ЕУХЛ – найменший вплив на систему гемостазу, що важливо при виборі методу лікування в умовах супутньої антикоагулянтної терапії. Частота післяопераційних ускладнень (будь-якого ступеня за ClavienDindo) була найнижчою при екстракорпоральній ударно-хвильовій літотрипсії (ЕУХЛ) – 17% у підгрупі Iа проти 32,2% у Iб ($\square^2$ = 4,07; p = 0,044). Натомість найвищі показники ускладнень фіксувалися при перкутанній нефролітотрипсії (ПНЛ) – 70% у підгрупі IIб проти 40% у IIа ($\square^2$ = 31,93; p < 0,001), з них 16% у IIб становили ускладнення III ступеня за Clavien.

2. The increasing prevalence of urolithiasis (UL), particularly in patients with cardiovascular comorbidities, emphasizes the need to select optimal treatment strategies for those with an elevated risk of thromboembolic complications (TECs). The administration of anticoagulant and antiplatelet therapy complicates surgical management by increasing the risk of complications. Current clinical guidelines do not fully account for the specific characteristics of this patient cohort. Therefore, the search for safe and effective minimally invasive treatment methods for UL in patients with cardiovascular pathology remains a priority in modern urology. The study included 410 patients with nephrolithiasis who underwent extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL, n=159), percutaneous nephrolithotripsy (PCNL, n=150), or retrograde intrarenal surgery (RIRS, n=101). Within each

treatment group, patients were stratified based on thromboembolic risk according to international cardiological guidelines. Subgroup A (n=255) included patients at low risk of TECs, and subgroup B (n=155) included high-risk patients. The study was based on retrospective analysis of medical records from 2022 to 2025 at the Department of Urology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine. Diagnostics and surgical treatment were performed at the State Institution "Institute of Urology named after Acad. O.F. Vozianov of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine". Preoperative assessment followed local clinical protocols consistent with the European Association of Urology (EAU) guidelines, with mandatory consideration 8 of cardiac status and thromboembolic risk. The scope of diagnostic evaluation was adjusted based on age, comorbidities, and antithrombotic therapy. Demographic and stone distribution analysis revealed no statistically significant differences between groups, allowing valid comparison of the three main treatment modalities: ESWL, PCNL, and RIRS. All groups showed increased operation duration in high-risk patients. The most pronounced difference was observed in RIRS: 101.63 ± 28.35 minutes in subgroup IIIb versus 93.48 ± 17.67 minutes in IIIa ($p = 0.041$). PCNL also took longer in subgroup IIb ($p < 0.00001$). Surgeons had to limit intervention intensity in highrisk patients to minimize trauma and hydropressure, extending each procedural stage. Visualization quality was highest in low-risk patients undergoing PCNL (group IIa), with significantly better scores for image clarity (4.5 vs. 4.2; $t = 3.47$; $p = 0.0007$), contrast (4.8 vs. 4.6; $t = 2.31$; $p = 0.0223$), and stability (4.7 vs. 4.5; $t = 2.31$; $p = 0.0223$). In RIRS, subgroup IIIa also had better image clarity (4.3 vs. 4.1; $p = 0.0017$). However, visualization conditions between high-risk PCNL and RIRS patients were similar ($p > 0.05$), indicating comparable image control under anticoagulant therapy. Intraoperative blood loss was significantly higher in high-risk patients across all methods. In PCNL: 307.61 ± 51.84 mL (IIb) vs. 212.25 ± 41.47 mL (IIa), ($p < 0.0001$); in RIRS: 191.52 ± 36.47 mL (IIIb) vs. 132.45 ± 28.72 mL (IIIa), ($p < 0.0001$). PCNL had the highest overall blood loss, significantly exceeding that of RIRS and ESWL (typically <50 mL), indicating greater hemostatic safety for RIRS and ESWL in high-risk patients. Postoperative complication rates (any Clavien-Dindo grade) were lowest in ESWL: 17% in subgroup Ia vs. 32.2% in Ib ($\square^2 = 4.07$; $p = 0.044$). PCNL had the highest complication rates: 70% in IIb vs. 40% in IIa ($\square^2 = 31.93$; $p < 0.001$), with 16% of IIb cases classified as grade III. In RIRS, complications were also more common in IIIb (50%) than in IIIa (27.3%; $\square^2 = 4.59$; $p = 0.032$), with grade III complications noted only in IIIb (6.52%). These findings underscore the increased 9 risk of complications in high-TEC-risk patients, particularly with invasive methods such as PCNL. Despite differences in safety profiles, treatment effectiveness (stone-free rate, SFR) remained high and statistically similar between risk groups. Highest SFR was achieved in RIRS: 91.37% in IIIa vs. 89.13% in IIIb ($p = 1.000$). Similar trends were seen in PCNL (86.0% vs. 81.36%, $p = 0.651$) and ESWL (80% vs. 76.3%, $p = 0.723$), confirming the high efficacy of all methods regardless of TEC risk. The study established that in patients with nephrolithiasis and high TEC risk, treatment choice should be based on stone characteristics, urinary tract anatomy, and clinical status. ESWL was the safest method for stones ≤10 mm in size, with ≤1100 HU density, and located outside the lower pole, showing a first-session effectiveness of 69.2% and an overall SFR of 76.63%, with no significant increase in complications ($p > 0.05$). In contrast, stones >1100 HU were associated with lower efficacy and increased complications with multiple sessions (≥3), reaching 58.3%.

### 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:


- Кірієнко Т.В., Бойко А.І. Коморбідність каменів верхніх сечовивідних шляхів та кардіоваскулярної патології: фактори ризику та спільні патофізіологічні механізми. Буковинський медичний вісник, 2023;(4):106-111. DOI: 10.24061/2413-0737.27.4.108.2023.19. http://e-bmv.bsmu.edu.ua/article/view/296523

ISSN 2413-0737 (Online) ISSN 1684-7903 (Print) Ключові слова: кардіоваскулярна патологія, уролітіаз, патофізіологія, патогенез, фактори ризику, запалення, гіперкальціємія, гіперурикемія, оксид азоту, кальцій.

- Кірієнко Т., Бойко А., Маньковський Г. Підходи до лікування пацієнтів із каменями верхніх сечових шляхів та супутньою судинною і кардіологічною патологіями. Здоров'я чоловіка, 2023;1:48-53. DOI: 10.30841/2307-5090.1.2023.280051. https://health-man.com.ua/article/view/280051/276435 ISSN 2786-7373 (Online) ISSN 2786-7315 (Print) Ключові слова: малоінвазивне втручання, конкремент,екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія, колька, уролітіаз, антиагреганти, антикоагулянти, кардіоваскулярна патологія.
- Кірієнко Т.В., Бойко А.І. Ефективність та безпека дистанційної ударно-хвильової літотрипсії у пацієнтів із різними рівнями ризику тромбоемболічних ускладнень. Перспективи та інновації науки (Серія "Медицина"), 2025;1(47):2221-2237. DOI: https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-1(47)-2221-2237 https://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/19097/19111 ISSN 2786-4952 (Online) Ключові слова: дистанційна ударно-хвильова літотрипсія, сечокам'яна хвороба, тромбоемболічні ускладнення.
- Кірієнко Т.В., Бойко А.І. Екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія у пацієнтів із нефролітіазом: особливості лікування, пов'язані з високим ризиком тромбоемболічних ускладнень. Український медичний часопис. 2025;4(170) DOI: 10.32471/umj.1680-3051.263876. https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2025/03/5613.pdf ISSN 1680-3051 (Online) ISSN 1562-1146 (Print) Ключові слова: екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія, нефролітіаз, конкременти, тромбоемболічні ускладнення, гематома нирки, гематурія.
- Кірієнко Т.В., Бойко А.І. Ефективність та ускладнення перкутанної нефролітотрипсії при лікуванні пацієнтів із сечокам'яною хворобою, які перебувають на антикоагулянтній та антиагрегантній терапії. Сучасна Медицина, Фармація та Психологічне Здоров'я. 2025;1(19):17-23. DOI: 10.32689/2663-0672-2025-1-3 https://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/4763/5059 ISSN 2786-7153 (Print) Ключові слова: перкутанна нефролітотрипсія, сечокам'яна хвороба, антикоагулянтна терапія, антиагрегантна терапія, гематурія, ускладнення, Clavien-Dindo, Stone-free rate

**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:** Впроваджено

**Зв'язок з науковими темами:** 0122U000466

## VI. Відомості про наукового керівника/керівників (консультанта)

**Власне Прізвище Ім'я По-батькові:**

1. Бойко Андрій Іванович

2. Andrii I. Boiko

**Кваліфікація:** к. мед. н., доц., 14.01.06

**Ідентифікатор ORCID ID:** 0000-0003-0423-7470

**Додаткова інформація:**

**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:**

## VII. Відомості про офіційних опонентів та рецензентів

### Офіційні опоненти

**Власне Прізвище Ім'я По-батькові:**

1. Черненко Дмитро Васильович
2. Dmytro V. Chernenko

**Кваліфікація:** д.мед.н., професор, с.н.с., 14.01.06

**Ідентифікатор ORCID ID:** 0000-0001-8589-7600

**Додаткова інформація:**

**Повне найменування юридичної особи:** Державна установа "Інститут урології імені академіка О. Ф. Возіанова Національної академії медичних наук України"

**Код за ЄДРПОУ:** 02011918

**Місцезнаходження:** вул. В. Винниченка, Київ, 04053, Україна

**Форма власності:**

**Сфера управління:** Національна академія медичних наук України

**Ідентифікатор ROR:** Не застосовується

**Власне Прізвище Ім'я По-батькові:**

1. Нікітін Олег Дмитрович
2. Oleh Nikitin

**Кваліфікація:** д. мед. н., професор, 14.01.06

**Ідентифікатор ORCID ID:** 0000-0002-6563-7008

**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. Сагалевич Андрій Ігорович

2. Andrii Sahalevych

**Кваліфікація:** д. мед. н., професор, 14.01.06

**Ідентифікатор ORCID ID:** 0000-0001-5273-6907

**Додаткова інформація:** Scopus Author ID: 57195692763

**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:**

**Власне Прізвище Ім'я По-батькові:**

1. Джуран Богдан Васильович

2. Bogdan Dzhuran

**Кваліфікація:** к.мед.н., доцент, 14.01.06

**Ідентифікатор ORCID ID:** 0000-0003-3085-5862

**Додаткова інформація:**

**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** | Кушніренко Стелла Вікторівна |
| **Власне Прізвище Ім'я По-батькові головуючого на засіданні** | Кушніренко Стелла Вікторівна |
| **Відповідальний за підготовку облікових документів** | Серьогіна Наталія Олексіївна |

**Реєстратор** Юрченко Тетяна Анатоліївна

**Керівник відділу УкрІНТЕІ, що є відповідальним за реєстрацію наукової діяльності** Юрченко Тетяна Анатоліївна