

Відгук

офіційного опонента, завідувача кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, доктора медичних наук, професора ШВЕДА Миколи Івановича на кваліфікаційну роботу ПАВЕЛКА Михайла Михайловича «Особливості перебігу та лікування артеріальної гіпертензії після перенесеного інфаркту міокарда», поданої до спеціалізованої вченої ради Д 35.600.05 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 «Кардіологія» (222 – Медицина)

1. Актуальність теми. Актуальність дисертаційного дослідження Павелко М.М. визначається тим, що артеріальна гіпертензія(АГ) та ішемічна хвороба серця(ІХС) є одними з найпоширеніших хвороб серцево-судинної системи й основною причиною смертності пацієнтів середнього та похилого віку в Україні та в світі (Коваленко В.М. і співавт., 2018; Townsed N., 2015; Karr S., 2017). За даними ВООЗ у світі від цих хвороб щорічно вмирає понад 17 мільйонів людей. Найбільш небезпечним з точки зору смертності серед клінічних форм ІХС є гострий інфаркт міокарда(ІМ), якого щорічно реєструється в Україні близько 42-50 тис. нових випадків [Коваленко В.М., Пархоменко О.М., 2018], а впровадження в клінічну практику сучасних гемодинамічних середників та хірургічних методів реваскуляризації міокарда хоч і знизили летальність та частоту життєво-небезпечних ускладнень в гострому періоді хвороби, але не дали бажаних результатів у віддалений період. Так, показник смертності протягом одного року після перенесеного гострого коронарного синдрому(ІМ) досягає 14-17%, а первинного виходу на інвалідність - 23,1%(Коваленко В.М., Корнацький В.М.,2018; Гандзюк В.А. і співавт.,2017).

Клінічна ситуація ще більше ускладнюється при поєднанні у хворого ІХС та артеріальної гіпертензії в зв'язку з розвитком чисельних ускладнень, пов'язаних з порушеннями механізмів регуляції кровопостачання органів і систем та впливом підвищеного артеріального тиску (АТ) у вигляді прогресуючого ураження органів-мішеней (серця, нирок, мозку, судин) та виникнення таких ускладнень, як інфаркт міокарда, хронічна серцева недостатність, інсульт, судинна деменція, ниркова недостатність(Vishram et al.,2012; Свіщенко Є.П.,

2010-2017; Forouzanfar et al., 2017; Brown et al., 2017; Rovio et al., 2017; Gottesman et al., 2017).

Разом з тим, прогноз пацієнтів у віддалений період після інфаркту міокарда вивчений недостатньо та ґрунтується передовсім на оцінці клініко-лабораторних показників в гострому періоді ІМ (Steg F.G. et al., 2004; Пархоменко О.М. та ін.; 2005; Wang T.J. et al., 2016). Ще більш суперечливі дані багатьох дослідників щодо впливу АГ на перебіг захворювання та прогноз у пацієнтів після перенесеного ІМ. Так, в кількох дослідженнях у пацієнтів після ІМ показано, що АГ пов'язана з підвищеною частотою несприятливих наслідків, таких як інсульт, СН, і серцево-судинна смерть [Richards A. et al., 2002; Дорогой А.П., 2011], а з іншого боку, в дослідженнях Rembek M., et al. (2010), Majahalme S., et al. (2003) не було встановлено впливу АГ на прогноз після ІМ, або навіть виявлено сприятливіший перебіг стаціонарного етапу ІМ у пацієнтів з АГ [Abrignani M., et al., 2005].

При цьому зауважимо, що артеріальна гіпертензія є основним фактором ризику (ФР) розвитку хвороб системи кровообігу та є нозологічною одиницею, яка заслуговує на першочергову увагу не лише з медико-соціальної точки зору, а й виходячи з реальних можливостей впливу на неї. Однак відсоток осіб з адекватним контролем підвищеного артеріального тиску (АТ) залишається в популяції досить низьким, і, відповідно, ризику коронарної хвороби серця, серцевої недостатності (СН), фібриляції передсердь (ФП), інсульту, хвороб периферичних артерій, ниркової недостатності залишаються неконтрольованими [Горбась І.М., 2010р.]. Більше того, оскільки АГ є модифікованим ФР, питання її контролю гостро стоїть на етапі вторинної профілактики серцево-судинних захворювань.

Разом з тим, незважаючи на всі досягнення медицини, останні дослідження показують надзвичайно низький рівень контролю АГ [Као Т., et al., 2020; Naderi S., et al., 2012], що в свою чергу погіршує прогноз після ІМ [Но Р.М. et al., 2009]. Тому вивчення дійсної поширеності АГ та її ФР серед населення різних статевих вікових груп, обізнаності людей про наявність АГ, її причини і наслідки, аналіз реального стану контролю АГ на рівні первинної ланки охорони здоров'я служать підставою для визначення конкретних шляхів вирішення проблем і сприяє поліпшенню профілактики та лікування хвороб системи кровообігу в цілому. В наш час недостатньо з'ясованим залишається питання поширеності, ефективності та прихильності до лікування АГ у пацієнтів в різні терміни після ІМ, а також прогностичного значення АГ у пацієнтів у віддалений період після ІМ. Зазначені невирішені проблеми амбулаторного ведення хворих на АГ, які перенесли ІМ, і визначили завдання даного дослідження.

Вищевикладене визначає актуальність та своєчасність роботи, проведеної дисертантом.

2. Зв'язок теми дисертації з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана згідно плану наукових робіт Львівського національного медичного університету і є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Вплив факторів ризику та інвазивних методів лікування на перебіг гострих і хронічних форм ІХС» (№ держреєстрації 0116U004512), співвиконавцем якої був здобувач.

3. Наукова новизна отриманих результатів. У дисертаційній роботі Павелко М.М. уперше в Україні проведено клініко-епідеміологічне дослідження поширеності АГ та інших ФР у пацієнтів у віддалений період після ІМ та ішемічного інсульту, встановлено високу поширеність та асоціацію АГ зі старшим віком, цукровим діабетом (ЦД) та фібриляцією передсердь (ФП).

Виявлено низький рівень досягнення цільових значень АТ у пацієнтів з АГ після ІМ, що пов'язано з нерегулярним відвідуванням лікаря, неадекватним антигіпертензивним лікуванням. За всіма клінічними, соціально-економічними параметрами, відношенням до власного здоров'я ці пацієнти не відрізнялись від пацієнтів з контрольованою АГ і не досягали цільових значень АТ власне через недостатньо активну тактику медикаментозної терапії та недостатнє розуміння необхідності лікування.

Доведено, що у великої частини пацієнтів, у яких АГ вважалась контрольованою, при проведенні ДМАТ середньодобові значення АТ виходили за межі рекомендованих оптимальних значень. У більшості пацієнтів після ІМ ці цифри були нижчими за оптимальні, а у третини фіксувались тривалі епізоди надмірного зниження САТ < 100 мм рт. ст. чи ДАТ < 70 мм рт. ст. Продемонстровано, що предикторами такого зниження АТ була чоловіча стать, офісний САТ < 120 мм рт. ст., чи ДАТ < 90 мм рт. ст., а також прийом бета-адреноблокаторів.

Встановлено, що у пацієнтів після ІМ відсутність контролю АГ - недосягнення пацієнтами цільових значень АТ і, відповідно, підвищені рівні САТ та ПАТ асоціюється із істотним збільшенням загальної смертності. При цьому сама по собі наявність діагнозу АГ в анамнезі не асоціюється із погіршенням прогнозу у пацієнтів після перенесеного ІМ. Негативне прогностичне значення має відсутність контролю АГ. Доведено, що прийом ББ та статинів покращував прогноз, незалежно від наявності АГ, тоді як застосування діуретиків, нітратів та дігосину асоціювалось із збільшенням смертності.

Вперше було проведено порівняння стану вторинної профілактики у пацієнтів у віддалений період після ІМ та ІшІ в ідентичних соціально-економічних умовах. Продемонстровано, що пацієнти після ІшІ мали більшу поширеність куріння, абдомінального ожиріння, гіподинамії, а також АГ, що збільшувало ризик смерті. В обох групах контроль АГ знаходився на неприйнятно низькому рівні – лише у кожного четвертого пацієнта АГ виявляли у межах цільових значень (у 21,3% після ішемічного інсульту та у 13,3% пацієнтів після інфаркту міокарда).

4. Практичне значення отриманих результатів. Отримано дані щодо ефективності організації надання кардіологічної допомоги хворим у регіоні та доведено, що контроль АГ знаходиться на неприйнятно низькому рівні, так як у переважної більшості пацієнтів АТ перевищує рекомендовані цільові значення. Встановлені основні медико-соціальні чинники, які визначають низьку якість лікування АГ і на підставі отриманих науково обґрунтованих результатів розроблено практичні рекомендації щодо покращення ситуації з контролем АГ у пацієнтів після ІМ.

Отримані результати дисертаційного дослідження та впровадження рекомендованих автором алгоритмів діагностики та вторинної профілактики серед пацієнтів з АГ та іншими факторами ризику у віддалений період у хворих в післяінфарктному періоді дозволять попередити розвиток ускладнень, продовжити тривалість життя і покращити якість життя таких пацієнтів.

5. Ступінь обґрунтованості та достовірність наукових положень, висновків та рекомендацій, сформульованих у дисертації. Основні положення дисертації базуються на достатній кількості обстежених пацієнтів, а саме, дослідженням було охоплено 894 пацієнти з перенесеними ІМ та 1190 пацієнтів з ішемічним інсультом (ІшІ), які лікувались у стаціонарі Луцької міської клінічної лікарні у 2007-2012 рр. Для аналізу якості вторинної профілактики була створена репрезентативна вибірка шляхом проведення рандомізації 265 осіб, що перенесли ІМ та 166 пацієнтів, що перенесли ІшІ для групи контролю. Середній час після перенесеної ішемічної події склав $2,5 \pm 1,6$ років.

В подальшому дослідження проводилось в три етапи: 1) паспортизація, антропометрія та анкетування; 2) лабораторно-інструментальне обстеження (загальні та біохімічні аналізи крові, ліпідограма, коагулограма, ДМАТ, ЕКГ); 3) створення статистичної комп'ютерної бази для проспективного дослідження 573 пацієнтів з перенесеним ІМ. З них 395 чоловіків та 178 жінок, середній вік $63,4 \pm 9,4$ років. Тривалість проспективного спостереження склала в середньому $7,2 \pm 1,9$ років. Кінцевою точкою були випадки смерті. Для контрольної групи було охоплено 430 пацієнтів з ІшІ. З них 242 чоловіків та 188

жінок, середній вік $64,0 \pm 9,8$ років. Час від ішемічної події до огляду склав $2,5 \pm 2,1$ років, тривалість спостереження склала $7,7 \pm 1,8$ років. Кінцевою точкою, як і у пацієнтів після ІМ, були випадки смерті.

Наукові положення, висновки рекомендації отримані автором за допомогою статистичної обробки із застосуванням стандартної варіаційної статистики (використано статистичну програму STATISTICA for Windows 12.5.), кореляційний аналіз проводили за коефіцієнтом Пірсона (r_{xy}), обчислювали відношення шансів (Odds ratio, OR), 95% довірчий інтервал, позитивну та негативну прогностичну цінність. Для порівняння достовірності змін між групами використовували точний критерій Фішера. Аналіз виживання проводили за допомогою побудови кривих Каплана-Мейера. Тобто, статистичний аналіз проведено коректно, що забезпечило високий науковий рівень достовірності та аргументованості.

До обговорення залучено достатню кількість літературних джерел (327 найменувань – 38 кирилицею, 289 латиницею).

Таким чином, сучасний методичний рівень роботи, репрезентативність вибірки, висока інформативність використаних методів дослідження та адекватність статистичного аналізу дозволяють вважати, що результати дослідження повністю відповідають поставленій меті та завданням, а висновки та практичні рекомендації є достовірними і науково обґрунтованими.

6. Обсяг та структура роботи, оцінка змісту дисертації та її завершеність. У дисертаційній роботі Павелко М.М. наявні всі структурні елементи: титульний аркуш, анотація державною та англійською мовами, зміст, перелік умовних скорочень, основна частина, список літературних джерел. Основна частина складається з вступу, огляду літератури, опису методів досліджень, отриманих власних результатів, висвітлених у чотирьох розділах, аналізу і обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій та додатків. Дисертаційна робота написана українською мовою на 244 сторінках друкованого тексту, з яких 165 сторінок займає основний обсяг. Робота достатньо проілюстрована рисунками (44) та таблицями (32). Список використаної літератури включає 327 джерел (38 кирилицею, 289 латиною).

У вступі до дисертації автор висвітлив актуальність обраної теми, коректно сформульовано мету та завдання дослідження, описано об'єкт та предмет дослідження, вказано наукову новизну, особистий внесок здобувача, апробація результатів дисертації, кількість публікацій і структуру дисертації.

Розділ 1. Артеріальна гіпертензія після інфаркту міокарда. Епідеміологія, якість лікування та прогноз (огляд літератури) - 21 стор. - має аналітичний характер і скомпонований з 4 підрозділів. У ньому викладено основні світові досягнення присвячені сучасним аспектам епідеміології

артеріальної гіпертензії після інфаркту міокарда, якості лікування артеріальної гіпертензії у хворих на інфаркт міокарда. В окремому підрозділі описано роль чинників, що визначають негативні впливи даного ФР на прогноз у хворих на ІМ та шляхи покращення клінічної та епідеміологічної ситуації. Наголошується, що одним із важливих факторів ризику ішемічних ускладнень є надмірне зниження АТ, тому логічно автор підводить до розуміння ролі добового моніторування АТ у оцінці ризиків у пацієнтів з інфарктом міокарда. Досить детально викладена проблема прогностичного значення артеріальної гіпертензії у віддалений період після інфаркту міокарда та доцільності визначення прихильності до лікування у таких пацієнтів.

Огляд літератури викладено послідовно, відповідно до проблеми, що вивчалася. Зауважень до розділу немає.

У розділі 2. «Клінічна характеристика обстежених хворих, методи дослідження та статистичного аналізу» (11 стор.), який складається з 3 підрозділів, описана характеристика хворих та підхід до формування груп у залежності від нозології, наявності факторів ризику та ефективності використовуваних методів лікування. Автор врахував необхідність дотримання однорідності груп за віком, статтю та клінічними характеристиками.

Крім антропометричних та загальноклінічних методів обстеження хворих, в дисертації детально описано методики стандартизованих епідеміологічних та спеціальних досліджень, при цьому автором були вибрані сучасні та адекватні високоінформативні методи дослідження, зокрема: анкетування, ЕКГ, Ехо-КГ, Холтерівське моніторування ритму та АТ, лабораторні тести, показники ліпідного спектру крові, тощо.

В цьому розділі наведено також методи математико-статистичної обробки одержаних результатів та оцінка їх достовірності і кореляційних зв'язків.

Обсяг клінічного матеріалу достатній, а використані методи дослідження є сучасними, інформативними та адекватними для вирішення поставлених завдань.

Зауважень з висвітлення даного розділу немає.

У третьому розділі «Частота виявлення артеріальної гіпертензії та основних факторів ризику та їх взаємозв'язок у хворих після інфаркту міокарда» (26 стор.), який складається з 4 підрозділів (Частота виявлення артеріальної гіпертензії та інших факторів ризику у пацієнтів після інфаркту міокарда; Взаємозв'язок АГ з іншими факторами ризику у пацієнтів після ІМ; Порівняння частоти виявлення артеріальної гіпертензії та основних факторів ризику у пацієнтів після інфаркту міокарда та ішемічного інсульту; Фібриляція передсердь у пацієнтів після інфаркту міокарда, зв'язок з артеріальною гіпертензією), відображені результати ретроспективного аналізу щодо частоти виявлення артеріальної гіпертензії у віддалений період інфаркту міокарда та

кореляційний зв'язок даного ФР та інших факторів ризику з клінічним перебігом ІМ, розвитком таких ускладнень як аритмії (фібриляції передсердь), серцевою недостатністю, неефективністю антигіпертензивної терапії, тощо.

Проаналізовано також взаємозв'язок даних ФР зі змінами ліпідного профілю крові та коагулограми і встановлено, що поширеність АГ виявилась досить високою, посідаючи за частотою виявлення друге місце після дисліпідемії. Не було виявлено різниці між чоловіками та жінками. Пацієнти з АГ мали більшу частоту фібриляції передсердь (ФП), різниці в інших супутніх захворюваннях не виявлено. Не виявлено гендерних відмінностей в рівнях систолічного та пульсового АТ, ПАТ, тоді як ДАТ був достовірно вищий у чоловіків. Єдиним ФР, з яким асоціювалась АГ виявився цукровий діабет (ЦД) – у 21,6%. У пацієнтів з ішемічним інсультом реєструвалась вища поширеність АГ, ніж після ІМ, вони мали більшу поширеність ожиріння та абдомінального ожиріння у порівнянні з групою без АГ.

У розділі 4 «Ефективність контролю артеріальної гіпертензії та основні медико-соціальні чинники, які її визначають у пацієнтів після інфаркту міокарда» (30 стор.) – проаналізовано частоту досягнення цільових значень артеріального тиску у пацієнтів з АГ після ІМ та чинники, які визначають ефективність лікування. При цьому було встановлено, що АГ у пацієнтів після ІМ є одним з найпоширеніших ФР, але у кожного четвертого на момент огляду АТ був у межах цільових значень. Гірше контролювали АГ пацієнти віком понад 60 років, з більшим достатком і краще контролювали АГ ті, що були на візиті у лікаря за останні 6 місяців.

Найчастіше пацієнти приймали бета-адреноблокатори, аспірин, іАПФ та статини, але лише 40% пацієнтів отримували необхідну комбінацію статину та антитромбоцитарного препарату. Предикторами гіршого прийому статину з антитромбоцитарним препаратом були жіноча стать, вік понад 60 років, АГ, відсутність візитів до лікарів останні 3 місяці. Ситуація у групі після ІшІ виявилась дещо гіршою – АГ реєструвалась у більшій кількості пацієнтів, і більше пацієнтів, порівняно з групою після ІМ, взагалі не отримували антигіпертензивну терапію.

В цілому за результатами оцінки якості лікування АГ у пацієнтів після ІМ та ІшІ виявлено неприйнятно низьку якість контролю АГ: лише кожен четвертий пацієнт у цих групах дуже високого ризику досягав цільових значень АТ. Відсутність лікування передовсім зумовлена відношенням пацієнта до власного здоров'я, недостатнім розумінням щодо необхідності лікування, та недостатньо активною тактикою лікаря.

У розділі 5 «Добове моніторування артеріального тиску у пацієнтів після інфаркту міокарда та ішемічного інсульту з контрольованою

артеріальною гіпертензією» (17 стор) - описано методику і результати добового моніторування АТ у пізньому післяінфарктному періоді.

При цьому було встановлено, що середньодобові значення АТ були вищими у пацієнтів після ІшІ, а пацієнти із середньодобовим САТ <120 мм рт.ст частіше приймали бета-адреноблокатори. Крім того, лише у 23,7% пацієнтів після ІМ та 23,1% пацієнтів після ІшІ середньодобові значення САТ та ДАТ знаходилися в оптимальних межах. У 63,2% пацієнтів після ІМ було зареєстровано нижчі від рекомендованих середньодобові значення АТ, тоді як у пацієнтів після ІшІ ця кількість була значно меншою - 23,1%, а у 53,6% осіб середньодобові рівні АТ перевищували рекомендовані.

При аналізі епізодів зниження АТ за результатами ДМАТ було встановлено, що майже у 90 % пацієнтів, реєструються виміри із надмірним зниженням (<100 мм рт.ст.) САТ та/або ДАТ (<70 мм рт.ст.). При цьому у 25% пацієнтів ці зниження були досить тривалими (персистуючими) – щонайменше протягом години. Найвищий ризик персистуючих знижень АТ мали пацієнти з офісним САТ<120 мм рт.ст. та ДАТ<70 мм рт.ст., після перенесеного ІМ, чоловіки, та ті, що отримували бета-адреноблокатори.

За результатами ДМАТ пацієнти після ІМ та ІшІ мають високий рівень варіабельності АТ з вищими показниками у групі ІшІ, що асоціюється із старшим віком, більшою кількістю антигіпертензивних препаратів та прийомом блокаторів кальцієвих каналів і діуретиків.

У розділі 6 «Прогностичне значення артеріальної гіпертензії та ефективності її контролю у пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда. Проспективне дослідження» (20 стор) - оприлюднено дані щодо прогностичного значення АГ та інших факторів ризику після перенесеного ІМ або ІшІ. Встановлено, що негативний вплив АГ на прогноз у пацієнтів після ІшІ зумовлений не стільки контролем АГ, скільки її наявністю на момент включення в дослідження, в той час як у групі після ІМ виявлена протилежна тенденція – відсутність впливу АГ на прогноз та погіршення прогнозу при недостатньому контролі АГ.

Рівні АТ однаково впливали на смертність у обох групах з дещо більшим впливом САТ та ДАТ у групі ІшІ. Покращення прогнозу реєструвалось при контролі АГ у жінок після ІшІ та у чоловіків після ІМ. Прийом статинів в обох групах та бета-адреноблокаторів у групі ІМ показали позитивні прогностичні ефекти, тоді як блокатори кальцієвих каналів після ІшІ та діуретики, нітрати, дігосин після ІМ – негативні.

Розділ «Аналіз та узагальнення результатів дослідження»(30 стор) досить об'ємний, але надзвичайно інформативний та аналітичний. Автор глибоко аналізує отримані результати досліджень і співставляє їх з даними світової

літератури та РКД. Вказує не лише на позитивні досягнення у питаннях прогнозу пацієнтів з ІМ та ІшІ при наявності у них АГ та інших факторів ризику, але й наводить перелік організаційних, методологічних та медичних заходів для розробки моделі оптимізації ставлення пацієнта і лікаря до здоров'я населення. Дисертант показав також, що одним із шляхів досягнення кінцевого ефекту є створення шкіл «Здоров'я» і широке використання засобів телемедицини та online-технологій.

Даний розділ написаний на високому науково-методичному рівні, що свідчить про професіоналізм дисертанта.

Зауважень до розділу немає, але, на думку опонента, автору доцільно було б навести конкретні алгоритми ведення реєстру хворих на ІМ та/або ІшІ в поєднанні з АГ, прогнозування у віддалений період хвороби, а також методику проведення вторинної профілактики у цієї категорії хворих.

Висновки відображені у 7 положеннях, логічно сформульовані та витікають з результатів власних досліджень, є обґрунтованими, і в цілому, відповідають меті за завданням дослідження.

Практичні рекомендації доцільні, можуть бути впроваджені в клінічну медицину після конкретизації програм і засобів проведення вторинної профілактики даних коморбідних станів (із зсипкою на власні розроблені і застосовані методики).

Список використаних джерел літератури оформлений згідно встановлених вимог, містить 327 джерел. Глибина наукового пошуку – останні 5-10 років.

7. Повнота викладу результатів дисертації у наукових працях та авторефераті. Отримані результати проведеного дослідження достатньо висвітлені у 10 наукових працях, з яких 4 статті (3 – у фахових наукових виданнях України, одна стаття – у закордонному періодичному виданні, що входить до міжнародної наукометричної бази даних SCOPUS) та 6 тез – у матеріалах конгресів, наукових та науково-практичних конференцій в Україні та за кордоном.

Основні положення та результати дисертаційної роботи були повідомлені та обговорені на Європейському конгресі EuroPrevent (Португалія, м. Лісабон, 14-16 травня, 2015 р.), XVII Національному конгресі кардіологів України (м. Київ, 21-23 вересня 2016 р.), XXVIII Європейському конгресі з Артеріальної гіпертензії (Іспанія, м. Барселона, 7-9 червня 2018 р.), XXVII Конгресі Міжнародної асоціації по Артеріальній гіпертензії (Китай, м. Пекін, 20-23 вересня 2018 р.), XXI Національному конгресі кардіологів України (м. Київ, 22-25 вересня 2020 р.).

В авторефераті в достатньому об'ємі й чітко відтворені матеріали і положення дисертації, її актуальність, мета та завдання дослідження, отримана новизна, обґрунтовано викладені висновки і практичні рекомендації. Автореферат повністю відображає суть, зміст і структуру дисертації та відповідає сучасним вимогам його оформлення.

Таким чином, всі наведені в розділах матеріали дисертації висвітлені Павелко М.М. в опублікованих наукових працях та авторефераті.

8. Дискусійні положення та зауваження до змісту та оформлення дисертації та автореферату. Загалом дисертаційна робота Павелко М.М., що виконана в Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України (науковий керівник д.мед.н., проф. Ягенський А.В.), написана за класичною схемою, виконана на високому науково-методичному рівні, побудована та оформлена згідно чинних рекомендацій, відповідно до наказу МОН України №40 від 12.01.2017 р. і розв'язує актуальне науково-практичне завдання сучасної клінічної кардіології – зниження смертності та покращення ефективності лікування хворих на інфаркт міокарда в поєднанні з артеріальною гіпертензією та іншими факторами ризику шляхом впливу на визначені прогностично несприятливі фактори для якісного контролю артеріального тиску у даного контингенту хворих.

В цілому, суттєвих зауважень до змісту та оформлення дисертаційної роботи Павелко М.М. немає.

Разом з тим, оскільки окремі її положення є дискусійними, що пов'язано з означенням дисертантом власної позиції щодо окремих досліджуваних проблем, то, на мою думку, варто зробити певні уточнення та рекомендації з метою удосконалення подальших досліджень обумовленої проблематики:

Так, автор наводить досить високі та обнадійливі результати запропонованої методики лікування АГ у хворих, які перенесли ІМ, з врахуванням розробленої та впровадженої автором моделі організаційних, методологічних (в т.ч. телемедицини та online-технологій) і медичних заходів оптимізації ставлення пацієнта і лікаря до здоров'я. На думку опонента доцільно було б доопрацювати дані рекомендації та опублікувати методичні рекомендації для широкого практичного використання цієї надзвичайно цінної інформації. Дану рекомендацію автор може використати в якості перспективи подальших наукових досліджень.

В рамках наукової дискусії хотілося б почути відповіді на наступні запитання:

1. В проведеному дослідженні за кінцеву точку оцінки ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів Вами вибрана «смерть пацієнта», але як відомо, загальна смертність залежить від багатьох причин, як кардіальних (серцева недостатність, аритмії-блокади, руптури), так і

несерцевих (тромбо-емболій, кровотеч, новоутворів тощо). Тому виникає запитання, чи обраховувались інші кінцеві точки, особливо ті, які може провокувати сама артеріальна гіпертензія – інсульт, повторний ІМ, гостра чи декомпенсована серцева недостатність?

2. Чи проводили Ви дослідження щодо ролі спадково-сімейного фактору в розвитку артеріальної гіпертензії, інфаркту міокарда та інсульту? Якщо ні, то наведіть результати досліджень інших науковців.

3. За результатами своїх спостережень Ви стверджуєте, що прийом бета-адреноблокаторів та статинів покращував прогноз, незалежно від наявності АГ, тоді як застосування діуретиків, нітратів та дігосину асоціювалось із збільшенням смертності. Хотілось би почути теоретичне обґрунтування такого результату, а також висвітліть клінічну ситуацію, - чи були клінічні показання для застосування вищевказаних фармзасобів?

4. На Вашу думку, позитивний ефект запропонованих організаційно-методологічних заходів та медикаментозної терапії в післяінфарктному та післяінсультному періодах у коморбідних хворих з АГ було досягнуто лише за рахунок зниження (нормалізації) АТ, чи все-таки завдяки впливу на інші патогенетичні механізми розвитку цих патологічних станів?

9. Відповідність дисертації встановленим вимогам. За актуальністю, науковою новизною, теоретичним і практичним значенням робота Павелко М.М. відповідає вимогам, встановленим ДАК МОН України відповідно до наказу МОН України №40 від 12.01.2017 р. до кандидатських дисертацій, а сама дисертаційна робота відповідає спеціальності 14.01.11 – кардіологія (222 – Медицина).

ВИСНОВОК

Дисертаційна робота Павелка М.М. на тему: «**Особливості перебігу та лікування артеріальної гіпертензії після перенесеного інфаркту міокарда**», виконана під керівництвом доктора медичних наук, професора Ягенського А.В., та представлена на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія, є завершеною, самостійною науковою працею, що має наукову новизну, теоретичне та практичне значення, в якій отримані науково-обґрунтовані результати, що в сукупності вирішують важливу науково-практичне завдання клінічної кардіології, а саме - підвищення ефективності лікування та зниження смертності хворих на інфаркт міокарда в поєднанні з артеріальною гіпертензією шляхом розробки і впровадження в клінічну практику методики прогнозування негативних наслідків артеріальної гіпертензії та інших факторів ризику і адекватного проведення у такого контингенту хворих вторинної профілактики.

За актуальністю, науково-методичним рівнем досліджень, теоретичною та практичною цінністю, науковою новизною отриманих результатів, обґрунтованістю висновків дисертаційна робота Павелко М.М. відповідає

вимогам п. 9, 11, 12 «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України №567 від 24 липня 2013 року (зі змінами, внесеними Постановами Кабінету Міністрів України №656 від 19.08.2015 року, №1159 від 30.12.2015 року та № 943 від 20.11.2019 р. і № 607 від 15.07.2020 р.) та Наказу Міністерства освіти і науки України №40 від 12.01.2017року «Про затвердження вимог до оформлення дисертації», щодо дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, а її автор заслуговує присудження ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – «кардіологія» (222 – Медицина).

Офіційний опонент:

Завідувач кафедри невідкладної та екстреної медичної допомоги Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор Швед М.І.

10.03.2021 р.



Особистий підпис _____

завіряю _____

заступник ректора з кадрових питань
Тернопільського національного
медичного університету