

ВІДГУК

офіційного опонента Фуштея Івана Михайловича, доктора медичних наук, проректора з наукової роботи Державного закладу "Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України", професора кафедри терапії, клінічної фармакології та ендокринології на дисертаційну роботу Ю. В. Зінченка: «Оптимізація тактики лікування хворих з типовим тріпотінням передсердь неклапанного генезу в залежності від клінічних та електрофізіологічних характеристик аритмії», яка подана до захисту на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія.

Актуальність дослідження

Тріпотіння передсердь – досить часта суправентрикулярна тахіаритмія за механізмом макрорентрі, яка за своєю поширеністю стоїть на другому місці після фібриляції передсердь, складаючи до 0,8-1,0% у загальній популяції, збільшуючись за віком, складаючи до 6,0% у віці 80 років. У багатьох випадках (більш 30%) тріпотіння передсердь поєднується з фібриляцією передсердь. У більшості випадків тріпотіння передсердь характеризується АВ провідністю 2:1. Значно рідше виникає провідність 1:1, яка може бути загрозливою для життя пацієнта. Разом з цим, на відміну від фібриляції передсердь, яка на сьогоднішній день є достатньо вивченою, проведено безліч багатоцентричних рандомізованих досліджень, розроблені рекомендації щодо тактики та підходів до лікування та профілактики, які щорічно поновлюються в цьому напрямку. Тріпотіння передсердь має цілий ряд проблем. Не розроблена тактика становлення синусового ритму при тривалих епізодах тріпотіння передсердь за виключенням електроімпульсної терапії. На сьогоднішній день лікування хворих на тріпотіння передсердь найбільш вдало висвітлено в рекомендаціях Американського кардіологічного коледжу Американської асоціації серця і Європейської асоціації кардіологів щодо лікування надшлункових аритмій (2012р.), в яких визначена тактика при невідкладних станах і тривалих епізодах тріпотіння передсердь, фармакологічна терапія і показання до хірургічного лікування, підходи до медикаментозної та електричної кардіоверсії і способи підтримування синусового ритму на базі доказової медицини. Не вирішені питання щодо відновлення та збереження синусового ритму при лікуванні хворих на тріпотіння передсердь і спонукали Юрія Васильовича щодо виконання даної дисертації, основною метою якої було розробити раціональні підходи щодо лікування хворих з типовим тріпотінням передсердь неклапанного генезу на підставі вивчення клінічних особливостей, структурно-функціонального стану міокарда і електрофізіологічних характеристик аритмії, що характеризує своєчасність і актуальність теми дисертації.

Зв'язок теми дисертації з державними або галузевими науковими програмами

Дисертаційна робота виконана в рамках планової наукової теми відділу аритмій серця ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України. Вивчити взаємозв'язок та прогностичне значення показників структурно-функціонального стану міокарда, регуляторної функції автономної нервової системи та електрофізіологічних властивостей серця у хворих з пароксизмальною та персистентною формою фібриляції та тріпотіння передсердь (№ держреєстрації 0100U002850); «Розробити алгоритм втручання з відновленням і збереженням синусового ритму у хворих з фібриляцією та тріпотінням передсердь на тлі ішемічної хвороби серця» (№ держреєстрації 0107U12489); «Розробити алгоритм відновлення і збереження синусового ритму у хворих з фібриляцією – тріпотінням передсердь і артеріальною гіпертензією» (№ держреєстрації 0105U000782); «Вивчити можливість скорочення терміну підготовки хворих з фібриляцією - тріпотінням передсердь неклапанної етіології до відновлення синусового ритму» (№ держреєстрації 0110U008147). Автор був співвиконавцем названих тем.

Ступінь обґрунтованості та достовірності наукових положень, висновків, практичних рекомендацій

Результати досліджень ґрунтуються на репрезентивному клінічному матеріалі. Комплексно обстежено 461 пацієнта із типовим тріпотінням передсердь (ТП) неклапанного генезу (423 – 91,8% чоловіків та 38 – 8,2% жінок середнього віку 56,3± 0,5 року). Пароксизми тріпотіння передсердь виникали на тлі ІХС у 78,3%, у 4,9% на тлі післяінфарктного кардіосклерозу, у 10,4% - на тлі стабільної стенокардії, у 21,7% - на тлі міокардіофіброзу. Із супутньою патологією були присутні: артеріальна гіпертензія (АГ) – у 69,4%, цукровий діабет – у 6,1%, захворювання щитоподібної залози – у 10,4%, хронічні захворювання легень – у 20,6%. Хворих із гострими запальними захворюваннями, гострим коронарним синдромом у дослідженні не залучались.

До госпіталізації усім обстеженим проводилась медикаментозна кардіоверсія з використанням препаратів І класу за класифікацією E.M. Vaughan Williams. Аміодарон та різні їх комбінації, в т.ч. препарати блокуючі AV провідність. Враховуючи неефективність антиаритмічної терапії відновлювали синусовий ритм за допомогою черезстравохідною електрокардіостимуляцією (ЧСЕКС), а при її неефективності – електроімпульсною терапією (ЕІТ).

Хворі в залежності від тріпотіння передсердь були розподілені на дві групи: перша 161 пацієнт – тривалість епізоду аритмії була менше 7-ми діб, друга група – 300 пацієнтів тривалість аритмії більше 7-ми діб. В залежності від проведеної антиаритмічної медикаментозної терапії хворі були розділені на 2 підгрупи – 1А (88 пацієнтів) та 2А (237 пацієнтів, яким відновлення ритму здійснювали на тлі антиаритмічної терапії та 1Б (37 пацієнтів) та 2Б (63

пацієнта), яким ЕКС проводилась без попередньої антиаритмічної терапії. Окрім цього в роботі вивчалась динаміка перебігу аритмії впродовж 3-х років після виникнення першого епізоду аритмії. Проведено аналіз 238 історій хвороб з ізольованим типовим тріпотінням передсердь.

В роботі використані сучасні методи дослідження, які включали клінічні та біологічні аналізи крові і сечі, аналіз крові на гормони щитоподібної залози. Із інструментальних методів використовували реєстрацію ЕКГ у 12-ти відведеннях, трансторакальну ехокардіографію (Ехо КГ), черезстравохідну Ехо КГ.

Статистичну обробку проводили за допомогою пакета програм Microsoft Excel 2003; Statistica 8.0 на базі персонального комп'ютера. Використовували параметричні та непараметричні методи порівняння статистичних характеристик. Взаємозв'язок та оцінку ступеню впливу окремих показників оцінювали за допомогою парного коефіцієнта кореляції Пірсона. За допомогою таблиць спряженості розраховували оцінку відносного ризику і відношення шансів з додатковим розрахунком довірчих інтервалів.

Таким чином, використання високоінформативних методів дослідження, різнобічного статистичного аналізу, чітке формування мети і задач дослідження дозволяють вважати, що подані до захисту автором дисертації наукові положення, висновки та рекомендації є достовірними і науково обґрунтованими.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження

Наукова новизна полягає в тому, що вперше вивчено клінічний перебіг аритмії на підставі 3-х річного спостереження хворих з уперше виниклим ізольованим тріпотінням передсердь. Встановлено, що після усунення епізоду аритмії, повторний пароксизм реєструється впродовж першого року в 47% хворих, другого року – у 28,4% і третього року – у 12%. Виявлено відсутність збільшення частоти реєстрації аритмії неклапанного генезу від віку пацієнта. Доповнені та науково підтвердженні вплив чинників (віку, індексу маси тіла, тривалості епізоду тріпотіння передсердь, супутньої ФП, тяжкості серцевої недостатності, гемодинамічних показників) на електрофізіологічні показники передсердь, провідну систему серця, ефективність відновлення та збереження синусового ритму. Встановлено високу інформативність ЕКГ: амплітуди хвилі F і зубця А на черезстравохідній електрографії (ЧСЕГ), циклу тахікардії, функціонального стану AV-проведення. Дана оцінка кардіоверсії при тривалій, персистентній формі тріпотіння передсердь впродовж 1-3 років, яка становить 82,4%. Удосконалено протокол виконання електростимуляційної кардіоверсії і доведено відсутність впливу на її результати функціонального стану AV-провідності. Вивчено проаритмогенні ефекти антиаритмічних засобів у хворих із типовим тріпотінням передсердь при застосуванні кардіоверсії так і при профілактичному лікуванні. Доведено, що ефективність радіочастотної абляції у хворих з типовим тріпотінням передсердь становить 84,7%.

Практичне значення отриманих результатів.

Розроблено та запропоновано протокол проведення електростимуляційної кардіоверсії при типовому тріпотінні передсердь неклапанного генезу. Запропоновано новий спосіб контролю ефективності електрокардіостимуляції при тріпотінні передсердь. Розроблено рекомендації щодо проведення профілактичної антиаритмічної терапії у хворих з тріпотінням передсердь неклапанного генезу. Запропоновано нові способи відновлення синусового ритму - патент України - №37566 від 25.11.2008р., патент України - №12289 від 16.01.2006р. Запропоновано нові способи ефективності ЕКС при тріпотінні передсердь - патент України - №38319 від 25.11.2008р., патент України - №40306 від 25.03.2009р. Запропоновано новий спосіб ефективності кардіоверсії при тріпотінні передсердь - патент України - №41582 від 25.05.2009р. Запропоновано новий спосіб виявлення дисфункції синусового вузла та AV-сполучення у хворих з тріпотінням передсердь - патент України - №42159 від 25.06.2009р. Запропоновано новий спосіб відновлення синусового ритму у хворих з бродисистолічною формою тріпотіння передсердь - патент України - №54439 від 10.11.2009р.

Оцінка змісту та завершеності дисертації.

Дисертаційна робота Зінченка Юрія Васильовича виконана згідно з загальноприйнятим планом і складається з наступних розділів: вступу, огляду літератури, опису матеріалу і методів дослідження, шести розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновку, практичних рекомендацій, списку літератури, що містить 330 джерел, з яких 83-кирилицею та 247-латинцею. Робота проілюстрована 113 таблицями та 20 малюнками. Всі розділи викладені логічно, коректно, відповідають поставленій меті та задачам, мають аналіз даних. Матеріали розділів власних досліджень за рівнем методичного підходу, проведеного аналізу зіставленню отриманих результатів заслуговують позитивної оцінки.

У вступі розкрита актуальність проблеми, обґрунтована необхідність проведення дослідження, його мета і задачі, наукова новизна і практичне значення роботи, подано інформацію про впровадження апробацію і публікацію матеріалів за темою дисертації. Проведено аналіз 330 літературних джерел вітчизняних та іноземних авторів, що дало можливість відобразити сучасні погляди вітчизняної та зарубіжних кардіологічних шкіл на проблему тріпотіння передсердь.

У розділі «Матеріали та методи дослідження» автор глибоко характеризує клінічний об'єкт дослідження, принцип розподілення хворих на групи. Добре описані сучасні методи дослідження, включаючи електрофізіологічні для оцінки характеру проявів тріпотіння передсердь та розробки підходів щодо його корекції. Використані сучасні методи статистичного опрацювання матеріалів дисертації.

Результатам власних досліджень присвячено 6 розділів дисертації. У третьому розділі Юрій Васильович вивчає черезстравохідну ЕКС при типовому тріпотінні передсердь. Проводить вивчення фонові антиаритмічної терапії перед проведенням кардіоверсії до 7-ми діб типового ТП. У першу групу пацієнтів було включено 88 осіб, у них ЕКС проводилась на фоні антиаритмічної терапії. У другій групі (73 особи) ЕКС проводилась без попередньої антиаритмічної підготовки. Показано високу ефективність та безпечність ЕКС в обох групах. Попередня антиаритмічна терапія прокаїнамідом не покращувала результати ЕКС. В той же час призначення прокаїнаміду після ЕКС – трансформації ТП в ФП – дозволяє підвищувати ефективність кардіоверсії.

Вивчаючи вплив фонові терапії антиаритмічними препаратами на ефективність ЕКС при тріпотінні передсердь більш як 7 діб показано, що ЧС ЕКС також є високоефективним та безпечним методом при типових ТП неклапанного генезу тривалістю більш як 7 днів незалежно від проведення антиаритмічної терапії. Після переведення ТП в стійку ФП рекомендовано призначати антиаритмічну терапію та тактику подальшого відновлення ритму визначають через добу. При зворотній трансформації ТП – повторяють протокол ЧС ЕКС. Після кардіоверсії протирецидивна антиаритмічна терапія призначається на 2 тижні. При неможливості нав'язати синусовий ритм при тривалому епізоді ТП можна думати про формування стійкої петлі re-entry, як варіант ремоделювання передсердя. Встановлено, що для відновлення синусового ритму при проведенні ЧС ЕКС найбільш ефективною була частота, перевищуюча кардіоцикл ТП на 35-55%. Прокаїнамід є ефективним антиаритмічним препаратом при внутрішньовенному введенні при післястимуляційної ФП, який дозволяє відновити синусовий ритм у 71,1% хворих з тривалою аритмією. Більш низькою була ефективність препарату у хворих з меншою амплітудою хвилі F та зубця A на ЧС ЕКГ.

У четвертому розділі дисертації висвітлюються питання ролі предикторів ефективної кардіоверсії та збереження синусового ритму у хворих з типовим тріпотінням передсердь. Для виявлення факторів, впливаючих на ефективність кардіоверсії хворих розділяли на 2 групи: в першій (391 пацієнта) – з відновленим синусовим ритмом, в другій групі (39 пацієнтів) котрим ритм відновити не вдалось та вони виписані з постійною формою ФП/ТП. У пацієнтів 2-ї групи на ЕКГ відзначалось зниження амплітуди хвилі F, амплітуди зубця A за даними електрофізіологічних досліджень. На відміну від того, що при недавньому розвитку ТП виявляється збільшення параметрів правого передсердя, при тривалому та стійкому ТП визначається збільшення обох передсердь та неспецифічні дифузні зміни у них, Юрієм Васильовичем виявлена вікова динаміка ЕКГ у ЕКГ показниках передсердь та АВ з'єднанні і проведення імпульсу через систему Гіса-Пуркіньє. Визначається вікова динаміка інтервалу QT. Автор показує, що ЧС ЕКС дозволяє відновити синусовий ритм у 63,6% хворих при супутній ФП. У цих хворих відзначається зниження ефективності ЧС

ЕКС, тому частіше доводиться застосовувати ЕІТ. У них частіше залишається постійна форма аритмії у порівнянні з ізольованим ТП.

У пацієнтів з тривалим (від 180 днів до 3-х років) вперше виниклим типовим ТП неклапанного генезу на зниження скорочувальної здатності лівого шлуночка впливає не стільки тривалість пароксизму, скільки важкість самої кардіальної патології. Відзначається достовірне збільшення інтервалу QT, що обумовлено дисфункцією міокарда лівого шлуночка та може викликати проаритмогенні ефекти антиаритмічних засобів. Юрій Васильович показує, що ефективність відновлення синусового ритму у хворих з тривалою персистентною формою ТП неклапанного генезу від 1 до 3-х років складає 82,4%. Медикаментозна кардіоверсія – не ефективна, ЕКС ефективна у 75% хворих, при чому у 86,7% хворих з ізольованим ТП на протязі 1-го року після відновлення синусового ритму антиаритмічна терапія не була доцільною. Максимальну частоту (20,6%) повторних пароксизмів аритмії після кардіоверсії відзначали на протязі першого місяця (постійна форма ТП/ФП, частіше у жінок із супутньою ФП та захворюваннями щитоподібної залози. У цих хворих відзначалася зменшена амплітуда зубця А на ЧСЕГ.

Встановлено, що у хворих із серцевою недостатністю ІІІ ФК відзначається достовірне зниження ефективності ЧСЕКС, частіше було потрібним проводити повторні процедури, синусовий ритм відновлювався пізніше на протязі доби, в після стимуляційному періоді відзначали артеріальну гіпертензію. Частіше використовували ЕІТ та зберігалася постійна форма аритмії. У хворих з систолічною дисфункцією лівого шлуночка у 35,7% вже після відновлення синусового ритму на протязі 1-го місяця зафіксовано рецидиви аритмії, які були рефрактерні до призначеної анти-аритмічної терапії. В цьому ж розділі Юрій Васильович показав, що у хворих з типовим ТП неклапанного генезу та збереженою на протязі 6-ти місяців після кардіоверсії ФП/ТП, частіше реєструється ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія із супутньою ФП, а за даними трансторакальної Ехо КГ – діастолічна дисфункція ЛШ. На ЧС ЕГ відзначається зниження амплітуди зубця А.

П'ятий розділ дисертації присвячено електрокардіографічним, електрофізіологічним та гемодінамічним характеристикам типового ТП, у якому автор дає оцінку величинам амплітуди хвилі F при ТП. У залежності від величини хвилі, хворих було розділено на 3 групи: перша (39 пацієнтів) величина амплітуди хвилі F була рівною чи більшою за 2,5 мм; друга група (116 пацієнтів) величина амплітуди хвилі F була рівною 2,5 мм та третя група (35 пацієнтів) величина амплітуди хвилі F була меншою за 2,5 мм. У пацієнтів першої групи виявлено максимальне число скорочень передсердь, шлуночків та амплітуди зубця А, а також відсутність затриманого на протязі доби відновлення синусового ритму. У хворих 3-ї групи відзначалась мінімальна частота скорочень передсердь та шлуночків, амплітуди зубця А на ЧСЕГ, а також максимально зберігалась ФП після ЕКС, вірогідно переважали хворі старшого

віку з ІХС та порушенням АВ - провідності органічного генезу, значно частіше зустрічалися ФП та достовірно подовжувався цикл ТП, і, після ЕКС зберігалися ФП/ТП.

Виявлена клінічна значимість зубця А на ЧСЕГ, який відображає процеси електрофізіологічного ремоделювання передсердя. При амплітуді зубця А ЧСЕГ меншому за 5 мм неефективність ЕКС складає 63,6%. У хворих з ізольованим ТП неклапанного генезу при довжині інтервалу PQ більше 260 мс. виявлено вірогідне зниження ефективності ЧСЕКС у 86,4% пацієнтів, а на фоні медикаментозної терапії відновлення ритму йде через ФП. Частіше проводилися повторні ЧСЕКС та були потрібні більші дози прокаїнаміду при післястимуляційної фібриляції передсердь (ФП). Не виявлено впливу функціонального стану АВ – провідності на ефективність ЧСЕКС у хворих з тривалими епізодами (більш як 30 діб) типового ТП.

У шостому розділі подано матеріал щодо черезстравохідної Ехо КГ у хворих на трипотіння передсердь. Було обстежено 88 хворих с типовим ТП неклапанного генезу. Епізоди аритмії тривали від 3 діб до 5 років – у середньому 143,8 +/- 25,4 доби. У залежності від феномена згортання крові (ФЗК) хворих було розділено на 2 групи. У першій ФЗК складав 0-2, у другій, відповідно 3-4. Встановлено, що частота виявлена ФЗК 3-4 у вушку лівого передсердя склала 8%, тромбів - 1,1%, швидкість вигнання крові з вушка лівого передсердя склала 47,7 +/- 2,4 см/с, та цей показник і швидкість S хвилі пульмонального кровоплину були достовірно нижчими за першу групу. Реєструвались збільшення усіх полостей серця, збільшення кардіоциклу тахікардії та реверсивної хвилі А пульмонального кровоплину. Частіше виявляли супутню ФП. Встановлено, що у хворих з ТП з середньою швидкістю вигнання крові з вушка ЛЛП менше 40см/с зареєстровано достовірно триваліші епізоди аритмії, частіше зустрічалась супутня АГ і ФП. Менш ефективною була кардіоверсія, частіше виникали рецидиви аритмій і зберігалися постійні форми аритмії. У пацієнтів із середньою швидкістю викиду із ВЛП більше 40 см/с – не виявлено ФЗК 2-4, після кардіоверсії проявлялася пряма конверсія у синусовий ритм без періодів ФП. У зазначених хворих можна скорочувати строки проведення антикоагулянтної терапії.

Сьомий розділ присвячено ефективності катетерних абляцій у хворих з типовим трипотінням передсердь. Автор провів ретроспективний аналіз 39-ти хворих з типовим ТП. Після проведеної процедури період стеження складав від 1-го до 3-х років. До катетерного лікування ізольоване ТП реєструвалося у 27 (69,2%) хворих та у 12-ти хворих (30,8%) – ТП у поєднанні з ФП. Часті пароксизми (частіше 1-го епізода за 3 міс.) виникали у 23-х хворих (59%) та не часті - рідше 1-го в 3 міс. – у 14 хворих (35,9%). Результати дослідження показали, що катетерна радіочастотна абляція (РЧА) при типовому ТП у 84,7% дозволила ліквідувати аритмію. Лише у 10,3% хворих в перший рік зафіксовані рідкі пароксизми ФП, часті пароксизми ФП – у 17,9% та постійна форма ФП – у

30,8% хворих. У хворих з постійною формою ФП після РЧА за даними Ехо КГ зареєстровано достовірно більші порожнечі передсердь та ЛШ.

У восьмому розділі Юрій Васильович розглядає клінічні особливості розвитку та перебігу типового ТП. Проспективний та ретроспективний аналіз 238 історій хвороб пацієнтів з типовим ТП неклапанного генезу – 201 (84,5%) чоловіків та 37 (15,5%) жінок дали змогу надати всебічну оцінку характеру та причин виникнення ТП, основних нозологічних форм, які призводили до ТП, основні електрофізіологічні параметри цих аритмій, в т.ч. і гендерні розходження в них. Наведена характеристика вперше виникнуло ТП по результатах 3-х річного спостереження та вставлено, що при зазначеній формі аритмії антиаритмічна терапія ефективна лише у 29,3%. У 49,1% пацієнтів необхідно було проведення ЕКС. Медикаментозна терапія (кардіоверсія) та подальше призначення вимагало частішого призначення аміодарону, хоча аміодарон, як і інші антиаритмічні засоби були малоефективними, а у 36,8% зафіксовано його проаритмогенний ефект, у 28,9% доказана його профілактична не ефективність; аміодарон – індуковане захворювання щитоподібної залози зареєстровано у 19,7% та інші розлади – у 7,9%. Клінічну ефективність аміодарону відзначали лише у 6,6% пацієнтів. На протязі 3-х років спостереження у 23% хворих з вперше виникнувшим типовим ТП неклапанного генезу не виникало аритмії, у 45,2% виникали рідкі пароксизми ТП, часті – у 8,3%, та постійна форма ФП/ТП – у 23,5%, з них на протязі першого року у 60,8% хворих синусів ритм не вдалося зберегти.

В дев'ятому розділі «Аналіз та узагальнення результатів дослідження» Юрій Васильович детально та послідовно проаналізував отримані результати, зіставляючи їх з літературними даними, на підставі яких сформульовані чіткі, обґрунтовані висновки, які відповідають меті та завданням дослідження.

Взагалі, дисертаційна робота Зінченка Юрія Васильовича заслуговує на позитивну оцінку.

Повнота викладу матеріалів у працях, опублікованих автором.

Аналіз матеріалів дисертації засвідчив, що всі наукові положення висновки та практичні рекомендації, які представлені до захисту, повністю відображені в періодичних виданнях, у виступах на наукових з'їздах, конгресах, науково-практичних конференціях, в т.ч. зарубіжних. За матеріалами дисертації опубліковано 61 наукову працю, у тому числі: 42 статті (одноосібних 25), 42 статті – у фахових виданнях України, 2 статті – в іноземних журналах, 8 – у виданнях з міжнародними наукометричними базами, 10 тезисів – у матеріалах конгресів, конференцій, з'їздів. Отримано 8 деклараційних патентів. Здобувачем не було використано ідей чи розробки співавторів публікацій.

Зауважень щодо оформлення дисертації та автореферату у мене не має. Дисертаційна робота та автореферат Зінченка Ю.В. оформлені згідно постанови

Кабінету Міністрів України і відповідає профілю за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія.

В процесі рецензування виникли деякі питання, на які хотілося б отримати відповіді:

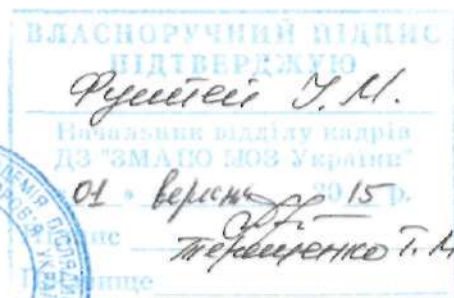
1. Ваша тактика щодо призначення тривалої антикоагуляційної терапії хворим з типовим тріпотінням передсердь більш, як 7 діб без попереднього призначення антиаритмічної терапії?
2. Чи потрібна антиаритмічна медикаментозна терапія у хворих з тривалою фібриляцією – тріпотінням пересердь на фоні дилатації передсердь та дисфункції лівого шлуночка?
3. Яку тактику Ви рекомендуєте щодо відновлення синусового ритму та подальшої підтримуючої антиаритмічної терапії у хворих на типове тріпотіння передсердь із захворюваннями щитоподібної залози?

Висновок про відповідність дисертації встановленим вимогам.

Дисертаційна робота Ю.В. Зінченка «Оптимізація тактики лікування хворих з типовим тріпотінням пересердь неклапанного генезу в залежності від клінічних та електрофізіологічних характеристик аритмії» є завершеною кваліфікаційною науковою роботою, в якій на основі глибокого вивчення із застосуванням клінічних електрофізіологічних характеристик типового тріпотіння передсердь неклапанного генезу, а також результатів проспективного спостереження хворих з зазначеною аритмією обґрунтовані раціональні підходи щодо медикаментозного та не медикаментозного лікування типового тріпотіння передсердь.

За актуальністю теми, методичним рівнем, теоретичною і практичною значимістю отриманих результатів, дисертаційна робота Зінченка Ю.В. відповідає вимогам п.12 «Порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника», затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 року №567, щодо дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія, а її автор заслуговує на присудження наукового ступеня доктора медичних наук.

Проректор з наукової роботи,
професор кафедри терапії, клінічної
фармакології та ендокринології
ДЗ «Запорізька медична академія
післядипломної освіти Міністерства
охорони здоров'я України»,
доктор медичних наук



Фуштей І.М.