

29.06.2022

## ВІДГУК

офіційного опонента, завідувача кафедри хірургії

факультету післядипломної освіти

Тернопільського національного медичного університету

імені І. Я. Горбачевського, доктора медичних наук, професора

Дзюбановського Ігора Яковича на дисертацію Герича Гната Ігоровича

«Особливості діагностики та хірургічного лікування грижі Гілмора»,

яку подано на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань

22 – «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 – «Медицина» до разової

спеціалізованої вченої ради ДФ 35.600.033 Львівського національного

медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України

### Актуальність обраної теми

Грижа Гілмора вперше була описана в медичній літературі в 1980 році британським хірургом Джеррі Гілмором як притаманна для спортсменів патологія, патогномонічними ознаками якої є наявність стійкого болю в пахвинній ділянці, що провокується/індукується стереотипними для певного виду спорту рухами, розширенням поверхневого пахвинного кільця та наявність низки структурно-морфологічних змін анатомічних елементів, що формують пахвинний канал без утворення істинної грижі. За останнє десятиліття кількість травм, пов'язаних із спортом збільшується, а потреба в як найшвидшому поверненні до роботи і ігрових видів спорту тисне на лікаря для швидкої діагностики і лікування.

Питання синдрому хронічного пахвинного болю недостатньо висвітлено в літературі, проте його актуальність за останнє десятиріччя зросла, адже сучасний рівень розвитку різних видів спорту характеризується зростанням фізичних навантажень, наслідком чого є висока частота уражень пахвинної ділянки. Особливістю цього патологічного стану є те, що він виникає переважно в осіб молодого працездатного віку, спортсменів і фізично активних людей.

Постійний/персистуючий пахвинний біль знижує якість життя та може становити серйозну загрозу кар'єрі. Анатомія, діагностичні критерії та методи лікування непослідовно описані в медичній літературі. Насправді, немає жодного дослідження що базується на фактичних даних консенсусу для прийняття рішень, а більшість досліджень є дослідженнями рівня IV. Труднощі, з правильним визначенням цієї незрозумілої причини хронічного болю в паху пов'язані з неясними етіопатологічними чинниками. Хронічний біль в паху може бути пов'язаний з м'язами, сухожиллями, кістками, бурсами, фасціальними структурами, нервами і суглобами, як у спортсменів, так і серед населення в цілому. Розрив задньої стінки пахового каналу є найбільш поширеною оперативною знахідкою у цих пацієнтів. Malycha, Lovell повідомили про частоту виникнення прямої грижі у 50% спостережень у 189 спортсменів.

Останнім часом визначається інтерес до нейрогенного характеру болю в паху: Lovell та співавтори. Вони вивчали клінічні прояви пахової невралгії у серії спортсменів з болями в паху, а саме залучення в рубцевий процес нервів пахової ділянки.

Хронічний біль у пахвинній ділянці обов'язково має морфологічний субстрат, тобто анатомічні зміни, які призводять до його виникнення. Якщо у хворого наявна пахвинна чи стегнова грижа, ліпома або запалення лімфатичних вузлів, то, як правило, під час огляду та пальпації (іноді з допомогою додаткових методів обстеження) можна чітко встановити діагноз. Коли до лікаря звертається пацієнт, який скаржиться на біль у пахвинній ділянці протягом тривалого часу, а при об'єктивному обстеженні не вдається виявити жодних патологічних змін. Яка ж подальша доля такого хворого? Як правило, призначаються консультації суміжних спеціалістів (ортопеда, уролога, невролога, гінеколога у жінок), додаткові методи обстеження (сонографічне дослідження пахвинної ділянки, рентгенографія кісток таза, комп'ютерна томографія та ін.). Але врешті решт пацієнт знову повертається до лікаря з висновками: «на рентгенограмі кісток таза патології не виявлено», «УЗД-ознак патології не виявлено», «неврологічної патології не виявлено»,

«урологічної, гінекологічної, ортопедичної ... патології не виявлено». І що далі? Як допомогти цій людині? Нічого не залишається, окрім як проводити симптоматичне лікування. Призначаються нестероїдні протизапальні препарати, місцеві зігріваючі та протизапальні засоби, фізіотерапевтичні методи і т.д. Однак таке лікування ефективне не більше ніж у 18% хворих, а решта 82% повертаються до лікаря або зневірюються і продовжують страждати.

Таким чином, тема роботи досить актуальна, а розпрацювання діагностичного алгоритму, ефективності хірургічних втручань із розробкою ранньої реабілітаційної програми є важливим завданням.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**

Дисертаційна робота виконана у відповідності до плану НДР Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького і є фрагментом наукової теми «Обґрунтувати тактику хірургічного лікування запальних і незапальних захворювань підшлункової залози, тулуба та нижніх кінцівок при їх ускладненому клінічному перебігу» (державний реєстраційний номер № 0120U002132, термін виконання 2020-2024). Здобувач є співвиконавцем зазначеної НДР та автором і виконавцем власних досліджень, присвячених грижі Гілмора.

### **Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків та рекомендацій, сформульованих в дисертації**

Методологічний рівень наданої дисертаційної роботи є високим. Отримані нові наукові результати дозволили автору досягти поставленої мети.

Наукові положення, висновки та рекомендації, що сформульовані у дисертації достовірні, базуються на результатах клінічного, морфологічного, статистичного досліджень достатніх за обсягом.

Достовірність отриманих результатів підтверджена морфологічними, інструментальними, статистичними методами. Тематичний клінічний та лабораторний матеріал дослідження дозволяє вважати отримані результати і висновки дисертації достатньо обґрунтованими і достовірними.

## **Наукова новизна результатів дослідження**

Дисертаційна робота є комплексним дослідженням і містить новий підхід до вирішення актуального завдання хірургії – діагностики та лікування грижі Гілмора, у результаті проведення якого одержано нові наукові дані:

- науково обгрунтовано і доведено доцільність запровадження термінологічного поняття «грижа Гілмора», в якому зібрано ряд патологічних змін, які виникають при травмі пахвинної ділянки;
- доповнено наукові дані стосовно інформативності певних клінічних даних та результатів лабораторно-біохімічних та променевих методів для остаточного встановлення діагнозу грижі Гілмора і визначення варіантів порушень анатомічних структур пахвинної та суміжних ділянок;
- науково обгрунтовані критерії вибору діагностичної та лікувальної програми у пацієнтів із хронічним паховим болем з чіткими послідовними кроками діагностики захворювання та вибору способу лікування відповідно до розпрацьованого діагностичного алгоритму;
- доповнено наукові дані стосовно патоморфологічних змін п. Piloinguinalis і особливостей топографо-анатомічних порушень пахвинного каналу при грижі Гілмора;
- вперше запропоновано спосіб комплексної реабілітації пацієнтів з грижею Гілмора у післяопераційному періоді, виділено обгрунтовані критерії вибору фізіотерапевтичних і медикаментозних способів реабілітації;
- вперше з метою хірургічної корекції дефекту пахвинного каналу при грижі Гілмора розроблена власна відкрита методика операційного втручання, яка передбачає декомпресію нервів, ретельне відновлення анатомічної структури пахвинної ділянки, укріплення ураженої стінки каналу;
- вперше запропоновано тренажер для відпрацювання хірургічних навичок, який є досить простим, зручним, та дешевим пристроєм, і дозволяє самостійно відпрацьовувати базові оперативні технічні прийоми.

## **Практичне значення одержаних результатів**

Впровадження запропонованого методу хірургічної корекції грижі Гілмора в практичну діяльність, наведених в документах, трьох хірургічних відділень КНП «КЛШМД м. Львова» та хірургічного відділення КНП «8-ма МКЛ м. Львова» дозволить покращити результати лікування та зменшити відсоток ускладнень. Зокрема розроблено, запатентовано та запроваджено у практичну діяльність органів охорони здоров'я: спосіб хірургічного лікування кили Гілмора, тренажер для відпрацювання хірургічних навичок, спосіб комплексної реабілітації пацієнтів з грижею Гілмора у післяопераційному періоді.

### **Повнота викладення результатів дисертації в опублікованих працях**

Матеріали дисертації і результати проведених досліджень достатньо повно викладені в опублікованих 25 наукових працях, зокрема є 4 статті у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України, 1 стаття в іноземному виданні з індексацією Scopus, 17 праць у збірниках, матеріалах і тезах науково-практичних та міжнародних конференцій. Отримано патент України на винахід і 2 патенти на корисні моделі.

### **Оцінка структури і змісту дисертації**

Дисертація викладена на 182 сторінках друкованого тексту (обсяг основного тексту становить 119 сторінок) і складається з анотацій, вступу, огляду літератури, матеріалів та методів, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних джерел (219 найменувань, у тому числі 48 – кирилицею та 171 – латиницею). Робота ілюстрована 14 таблицями і 16 рисунками.

Дисертацію написано українською літературною мовою.

У Вступі переконливо аргументована актуальність теми дослідження, мета та задачі якого сформульовані чітко і конкретно, отримані результати викладені стисло та в доказовій формі.

Дисертантом поставлена мета – поліпшення результатів лікування хворих на грижу Гілмора шляхом розпрацювання алгоритму діагностики, методики операційного лікування та програми післяопераційної реабілітації.

Для досягнення поставленої мети дисертантом сформульовані шість конкретних завдань для чого використав адекватну методологію дослідження.

Розділ 1 «Огляд літератури» викладений на 34 сторінках у 3 підрозділах. Автор детально проводить аналіз термінологічних визначень патологічного процесу грижі Гілмора, повно висвітлює сучасні уявлення про причини виникнення патологічного процесу, дає конкретну характеристику методів діагностики та хірургічної тактики в комплексі із програмою післяопераційної реабілітації. Принципових зауважень до викладеного в розділі матеріалу немає, оскільки на мою думку, без лишнього пафосу висвітлені лише ті питання вітчизняної та іноземної літератури, які торкаються чисто матеріалу дисертаційного дослідження.

Розділ 2 «Матеріали та методи» дає вичерпно повне уявлення про характер та обсяг клінічних спостережень, а також методи дослідження хворих, складається з семи підрозділів. Автором узагальнено результати лікування 74 пацієнтів з грижею Гілмора та з пахвинною грижею, які перебували на стаціонарному лікуванні в 2009-2019 рр. Клінічний матеріал було структуровано в дві дослідницькі групи: основну – 44 особи з грижею Гілмора та порівняльну – 30 осіб з пахвинною грижею і проявами больового синдрому. Слід зазначити, що для обстеження хворі підібрані таким чином, що сформовані в подальшому групи були репрезентативними за всіма параметрами.

В усіх пацієнтів застосовували спеціальні, відповідно до завдань роботи, методи обстеження, які б дозволили розпрацювати діагностичний алгоритм при грижі Гілмора.

З метою прицільної верифікації патології пахвинної ділянки та виключення захворювань, що маніфестуються болем у пахвинній ділянці,

групі пацієнтів проводили комп'ютерну томографію та магнітно-резонансну томографію.

Проведені дослідження патоморфологічних структурних порушень елементів пахвинного нерва, як основного субстрату больового синдрому при грижі Гілмора.

Статистична обробка матеріалу проводилось з використанням програм "STATISTICA"(Stat Soft) та "Microsoft Excel" for Windows. Отримані варіаційні ряди перевірялись за допомогою критерію Шапіро-Франсіа.

У розділі 3 «Дослідження змін пахвинного каналу при грижі Гілмора», який представлений трьома підрозділами здобувачем для верифікації діагнозу та визначення структурно-анатомічних порушень пахвинної ділянки, застосовувалися променеві методики дослідження, ультрасонографія та магнітнорезонансна томографія. За даними ультрасонографії, у 44 пацієнтів, діагностовано розширення поверхневого пахвинного кільця. У 33 пацієнтів (75,0%) стверджено ознаки лінійного розриву апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота у його нижній третині розміром від 32 мм до 40 мм. У 27 хворих (61,4%) встановлено наявність позитивної функціональної проби Вальсальве. Дослідження показали, що основними візуалізаційними змінами пахвинної ділянки були: випинання поперечної фасції під час проби Вальсальве; помірне асимптомне вип'ячування задньої стінки пахвинного каналу; випинання грижі разом із суцільним пошкодженням сухожилля і болючістю при пальпації; наявність двобічних вип'ячувань стінки пахвинного каналу. За відсутності сонографічних змін пахвинної ділянки, як додатковий метод обстеження застосовували магнітнорезонансну томографію, чутливість якої становила 68,7%, і дозволила верифікувати патологічні зміни м'язово-фасціальних структур, які підтверджувались під час операції.

Проведені патогістологічні дослідження видалених інтраопераційно препаратів нерва дозволили автору спостерігати ряд патоморфологічних зміни, у вигляді ознак гострого та хронічного пошкодження його і прилеглих тканин, що підтверджує травму як самого нерва, так і фасціально-м'язевих

структур, що і призводить до виникнення больового синдрому при грижі Гілмора.

Результати даного розділу висвітлені в 4 роботах. Зауважень немає.

Не менш цікавим з практичної точки зору є розділ 4 «Діагностика грижі Гілмора», де в 2 підрозділах здобувачем окремо проведена характеристика інформативності розпрацьованих методів діагностики за критеріями «Чутливість», «Специфічність», «Діагностична ефективність», що в свою чергу створило передумову для створення діагностичного алгоритму при грижі Гілмора. В розпрацьованому автором діагностичному алгоритмі чітко вирізнено послідовність діагностики захворювання, починаючи від виокремлення вагомих анамнестичних та клінічних даних до подальшого визначення значимих показників методик радіологічного обстеження, що дозволило досягнути точності встановлення діагнозу грижі Гілмора у 98% клінічних спостережень, і вибору оптимального способу хірургічного лікування.

Розділ 5 «Хірургічна тактика і програма реабілітації при грижі Гілмора» включає два підрозділи, в першому з яких здобувачем покроково викладено зміст виконання запропонованого способу операційного втручання, який полягає у ретельній ревізії пахвинного каналу з наступним відділенням п. Psoinguinalis з рубцевих з'єднань та виведенням його за межі пахвинного каналу через штучно створений отвір у дистальному сегменті нижнього краю апоневрозу. Розміщення нерва відбувається між апоневрозом і підшкірною клітковиною.

Другий підрозділ детально відображає реабілітаційну програму, захищену патентом України на корисну модель, яка передбачає медикаментозну корекцію та виконання комплексу вправ, спрямованих на відновлення фізичної активності. На фоні повноцінної реабілітації, в усіх випадках автором стверджується досягнуто стійкого клінічного ефекту, який дозволив відновити активні заняття спортом чи приступити до звичної фізичної діяльності. Відмінні і хороші результати за наведеної тактики відмічено у 91,7% випадків.



Аналіз та узагальнення отриманих результатів написано стисло, лаконічно що в повній мірі відображає зміст виконаної роботи.

Автореферат дисертації відповідає її змісту та відображає її основні положення.

Висновки логічно витікають з виконаних досліджень та відповідають поставленим в роботі завданням, вони конкретні та чітко сформульовані.

### **Зауваження до змісту дисертації та її оформлення**

У дисертації зустрічаються поодинокі орфографічні та стилістичні помилки.

П'ятий розділ дисертаційної роботи добре було б доповнити підрозділом «Оцінка якості життя оперованих пацієнтів».

Принципових зауважень до дисертаційної роботи немає. Проте перелічені недоліки не носять принципового характеру, не впливають на загальну позитивну оцінку дисертаційної роботи та не зменшують її науково-практичну цінність.

Однак з метою уточнення окремих положень дослідження виникли наступні запитання:

1. В запропонованій оригінальній методиці операційного втручання при грижі Гілмора Ви виконуєте переміщення здухвинного нерва за межі пахового каналу, над апоневрозом зовнішнього косого м'яза. В чому перевага запропонованої методики? Де гарантії, що при отриманні наступної травми пахової ділянки нерв знову не буде втягнутий в рубцевий процес і спровокує виникнення повторного синдрому хронічного пахового болю?
2. Чи зустрічались у ваших дослідженнях пацієнти із порушеною задньою стінкою пахового каналу, без зовнішніх ознак грижі, коли локалізована опуклість поперечної фасції супроводжувалась здавленням статевої гілки статево-стегнового нерва. Якщо так, то який тип операційного втручання Ви виконували?
3. Ваше відношення до способу хірургічного лікування грижі Гілмора за Ульріке Мушавек. Чи виконуєте ви даний спосіб у себе в клініці?

## Відповідність дисертації вимогам, які пред'являються до ступеня доктора філософії

Дисертаційна робота Герича Гната Ігоровича на тему «Особливості діагностики та хірургічного лікування грижі Гілмора», яку представлено на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – «Медицина» галузі знань 22 – «Охорона здоров'я» є самостійним, закінченим науковим дослідженням, в якому отримані нові науково обґрунтовані дані, які мають велике теоретичне та практичне значення для медицини і вирішують важливу наукову задачу – покращення результатів лікування хворих на грижу Гілмора шляхом розпрацювання алгоритму діагностики, методики операційного лікування та програми післяопераційної реабілітації.

З огляду на актуальність, наукову вагомість результатів, теоретичну та практичну цінність отриманих даних, обґрунтованість висновків робота повністю відповідає вимогам «Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти, наукової установи про присудження ступеня доктора філософії», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 р. № 44, а її автор заслуговує на присудження ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – «Медицина».

### Офіційний опонент:

Завідувач кафедри хірургії ФПО

Тернопільського національного медичного

університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,

Заслужений діяч науки та техніки України,

доктор медичних наук, професор



І. Я. Дзюбановський

особистий відпис

завіряю

Заступник ректора з кадрових питань  
Тернопільського національного  
медичного університету