

ВІДГУК

офіційного опонента, доктора медичних наук, професора Біляєвої Ольги Олександрівни, професора кафедри високоспеціалізованої хірургії та трансплантаційної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, на дисертацію Стояновського Ігоря Володимировича «Комплексне хірургічне лікування некротизуючого фасціїту», подану до спеціалізованої вченої ради Д 35.600.01 у ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького» МОЗ України на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук у галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність 14.01.03 «Хірургія»).

Актуальність теми дисертації

Некротизуючий фасціїт це рідкісна, тяжка і небезпечна для життя бактеріальна інфекція, яка швидко руйнує м'які тканини, підшкірну клітковину і фасцію, особлива складність полягає в тому, що початкові зміни шкіри часто не відповідають глибині ураження. Захворювання рано спричиняє розвиток системної запальної реакції і може завершуватися сепсисом, розвитком поліорганної недостатності (ПОН) і смертю. Результат лікування залежить від своєчасної діагностики та раннього хірургічного втручання. На початковому етапі некротизуючий фасціїт може трактуватися як флегмона, бешиха, целюліт, паропроктит або інше гнійно-запальне хірургічне захворювання. Основним збудником є стрептококи групи А (*Streptococcus piogenes*) та *Staphylococcus aureus* (MRSA). При бактеріологічному дослідженні найчастіше виявляються аероби з анаеробами. Серед анаеробів найбільше значення мають бактероїди, а серед аеробів – β гемолітичний стрептокок групи А і ентеробактерії. В США реєструється до 1500 випадків некротизуючого фасціїту на рік, в Англії – до 500.

Дисертація Стояновського І. В. розглядає проблему ширше, ніж просте розкриття гнійного осередку. У центрі уваги - раннє розпізнавання, правильна маршрутизація хворого, раннє хірургічне втручання, контроль джерела інфекції, інтенсивна терапія, антибактеріальний супровід, ведення ран і подальша реконструкція. Такий підхід відповідає сучасним вимогам ургентної хірургії.

Актуальним є й реконструктивний напрям. Після радикальної некректомії залишаються великі дефекти поверхні тіла тому відновний етап обґрунтовано подано як складову лікування, а не як косметичне доповнення.

Слід відмітити, що в літературі не представлені критерії ранньої ультрасонографічної діагностики некротизуючого фасціїту, значимості безконтактної термографії. Не існує чіткої класифікації за зонами ураження та стадіями, не представлено комплексний підхід діагностики та лікування великих дефектів м'яких тканин, які формуються після некректомії та некрфасціоектомії, все це обумовлює актуальність та своєчасність обраної теми докторської дисертації.

Робота спрямована на покращення результатів лікування хворих на некротизуючий фасціїт завдяки ранній діагностиці, адекватному хірургічному контролю інфекції, активному веденню ран та функціонально орієнтованій реконструкції.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертація виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Здобувач був співвиконавцем комплексних тем, з якими пов'язана робота.

Зокрема, дисертація пов'язана з НДР «Обґрунтування діагностичної та хірургічної тактики, із застосуванням сучасних технологій, у пацієнтів із хірургічною патологією органів черевної порожнини, ендокринної системи, гнійно-септичними захворюваннями м'яких тканин з метою покращання безпосередніх та віддалених результатів їх лікування та прогнозування і попередження розвитку ускладнень» (державний реєстраційний номер 0115U000048); «Дослідити ефективність застосування сучасних технологій в лікуванні пацієнтів із хірургічною патологією органів черевної порожнини, ендокринної системи та гнійно-септичними захворюваннями м'яких тканин та визначити критерії прогнозування ускладнень» (державний реєстраційний номер 0120U002133); «Вдосконалення алгоритму діагностики та лікувальної тактики із застосуванням традиційних, малоінвазійних та реконструкційних втручань у пацієнтів із хірургічною патологією органів черевної порожнини, ендокринної системи, гнійно-септичними захворюваннями м'яких тканин та травмами, з метою попередження розвитку ускладнень та швидкого відновлення у післяопераційному періоді» (державний реєстраційний номер 0125U000662).

Тематика дисертації безпосередньо відповідає цим напрямам, оскільки стосується діагностики, хірургічної санації, профілактики ускладнень і покращення результатів лікування гнійно-септичних захворювань м'яких тканин.

Наукова новизна дослідження та одержаних результатів

Дисертаційна робота містить низку положень із науковою новизною. Передусім автор на великому клінічному матеріалі кількісно охарактеризував місце некротизуючого фасціїту в структурі гнійно-септичної патології м'яких тканин. Показник близько 2,5 % надає проблемі конкретного клініко-епідеміологічного виміру. Важливо, що йдеться не про поодинокі спостереження, а про системний аналіз хірургічного стаціонару великого міста.

Вагомим є обґрунтування термінологічної визначеності некротизуючого фасціїту та аналіз «діагнозів-масок». Автор показує, що неточний діагноз знижує хірургічну настороженість, відтерміновує втручання і погіршує прогноз. Для практики лікування бешихи, целюліту та флегмон це має особливе значення. Саме в цій клінічній групі найчастіше потрібно швидко відділити інфекцію, придатну до консервативного ведення, від процесу, що потребує негайної операції.

Центральним науковим результатом є тризональна клініко-морфологічна модель S-F-N. Зона S відображає відносно життєздатні тканини, зона F - активний фасціальний фронт інфекції, зона N - девіталізований центр некрозу. Така модель пояснює просторову неоднорідність процесу і допомагає визначати обсяг санації. Вона також створює зрозумілу мову для взаємодії хірурга, морфолога, лікаря ультразвукової діагностики та реконструктивної команди.

Новими є критерії ранньої ультразвукової діагностики та цифрової безконтактної інфрачервоної термографії. Потовщення фасції, рідинні прошарки, розшарування фасції рідиною, а також термографічне виділення холодного центру й гарячого фасціального фронту пов'язано з морфологічними зонами ураження. Це підсилює об'єктивність клінічного рішення і дозволяє краще орієнтуватися в межах патологічного процесу.

Суттєву новизну становить диференційована схема хірургічної санації залежно від зони і стадії процесу. Автор відходить від уявлення про операцію як звичайне дренивання гнійника. Він обґрунтовує радикальне видалення зони N, активний контроль зони F і збереження зони S як тканинного резерву для реконструкції. Такий підхід робить хірургічне лікування більш цілеспрямованим і менш механічним.

Окремо слід відзначити комплексний алгоритм діагностики і лікування та прикладну програму підтримки клінічного рішення. Алгоритм поєднує клінічну настороженість, інструментальну верифікацію, модель S-F-N, стандартизований хірургічний протокол, інтенсивну терапію, антибактеріальний супровід, ревізії, ведення ран і реконструкцію. Його

цінність полягає у можливості уніфікувати допомогу при патології, де ціна запізнення є критичною.

Практично вагомими є положення щодо використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів, насичених наночастинками срібла, та система ізоляції і відведення фекалій при некротизуючому фасціїті промежини. Вони спрямовані на зменшення контамінації, прискорення формування грануляцій і підготовку ран до закриття. Для пацієнтів з великими дефектами це має пряме функціональне та соціальне значення.

Теоретичне та практичне значення результатів дослідження

Теоретичне значення роботи полягає у поглибленні уявлень про патогенез, зональну будову, діагностику і хірургічну тактику при некротизуючому фасціїті. Модель S-F-N пояснює, чому видимий шкірний некроз не відображає реальної межі фасціального процесу і чому поверхнева санація є небезпечною. Вона також підкреслює, що межі операції мають визначатися біологією процесу, а не лише зовнішнім виглядом рани.

Практична цінність полягає у створенні системи раннього розпізнавання, маршрутизації та комплексного лікування. Запропоновані критерії допомагають відмежувати некротизуючий фасціїт від бешихи, целюліту, флегмони та інших інфекцій м'яких тканин. Їх можна застосовувати не лише у спеціалізованих центрах, а й у приймальних, ургентних, опікових і реанімаційних відділеннях. Це особливо важливо для лікарень, де перший контакт із пацієнтом визначає подальший прогноз. Практичний алгоритм дає змогу швидше перейти від сумніву до обґрунтованого хірургічного рішення.

Важливими є інструменти ранньої об'єктивізації ураження. Ультразвукове дослідження біля ліжка хворого може швидко підтвердити фасціальний компонент. Термографія допомагає картувати межі зон S-F-N і контролювати динаміку процесу. Водночас автор слушно підкреслює: жоден допоміжний метод не повинен затримувати операцію за високої клінічної підозри. Такий баланс між технологією і клінічним рішенням є принципово правильним.

Прикладне значення має стандартизований чотириетапний протокол хірургічної санації. Він включає адекватний доступ, інтраопераційну верифікацію, радикальну некректомію та фасціоектомію, контроль гемостазу, дренажування, тимчасове покриття і планування повторної ревізії. Такий протокол може бути основою локальних клінічних маршрутів. Він допомагає зменшити суб'єктивність рішень і робить лікування більш відтворюваним. Це

важливо для чергових хірургічних команд, які працюють в умовах дефіциту часу.

Практично цінними є також методи активного ведення ран: цифрова планіметрична й об'ємна вульнерометрія, вакуум-асистована терапія, сорбційні пов'язки, тимчасові покриття, ксенодермоімплантати та підготовка ранового ложа до пластики. Це дає змогу оцінювати лікування не тільки за виживанням, а й за функціональним відновленням. Для пацієнтів із дефектами кінцівок, промежини, обличчя або тулуба такий підхід є особливо важливим.

Значущість результатів підтверджується впровадженням розробок у хірургічних, опікових, реконструктивних і травматологічних відділеннях різних регіонів України, а також використанням матеріалів у навчальному процесі медичних університетів. Це свідчить про реальну прикладну спрямованість дослідження. Результати можуть бути корисними для вдосконалення локальних протоколів допомоги пацієнтам із тяжкими інфекціями м'яких тканин.

Ступінь обґрунтованості та достовірності наукових положень, висновків і рекомендацій

Дисертація ґрунтується на достатньому клінічному матеріалі. Автор проаналізував 150 пацієнтів із хірургічно підтвердженим некротизуючим фасциїтом, які лікувалися у 1999-2024 роках у багатопрофільних закладах охорони здоров'я м. Львова. Ретроспективна група включала 78 хворих, проспективна - 72 послідовних пацієнтів. Такий обсяг матеріалу є вагомим для патології, яка трапляється відносно рідко, але перебігає вкрай тяжко.

Такий дизайн дав змогу оцінити результати до і після впровадження уніфікованого діагностично-лікувального алгоритму. Групи порівнювали за часом до первинної санації, летальністю, кількістю втручань і ревізій, терміном готовності рани до пластики, тривалістю госпіталізації та перебуванням у відділенні інтенсивної терапії. Обрані показники відображають не лише виживання, а й якість хірургічного маршруту.

Застосовані методи відповідають меті дослідження. Використано клінічні, лабораторні, променеві, морфологічні, мікробіологічні та статистичні методи. Окремо застосовано ультразвукову діагностику, цифрову інфрачервону термографію і цифрову вульнерометрію, що підвищило об'єктивність оцінки ураження та ранового процесу. Поєднання цих методів забезпечує багаторівневу перевірку основних положень дисертації.

Обґрунтованість положень підтверджується послідовним зв'язком між метою, завданнями, методами, результатами і висновками. Автор переходить

від клініко-епідеміологічного аналізу до термінології, діагностичних помилок, моделі S-F-N, хірургічної санації, ведення ран і реконструктивного етапу. Така логіка робить роботу цілісною і зрозумілою для практичного хірурга.

Достовірність результатів підсилюється тривалим періодом спостереження, хірургічною верифікацією діагнозу, кількісними методами оцінки, морфологічним і мікробіологічним підтвердженням, а також коректним статистичним аналізом. Висновки і практичні рекомендації закономірно випливають із фактичного матеріалу. Суперечностей між поставленими завданнями та отриманими результатами не виявлено.

Оцінка змісту, оформлення та обсягу дисертації

Дисертація викладена на 446 сторінках комп'ютерного тексту, з яких основний текст займає 323 сторінки. Робота містить анотацію, вступ, огляд літератури, розділ матеріалів і методів, розділи власних досліджень, аналіз та узагальнення результатів, висновки, практичні рекомендації, список джерел і додатки. Список літератури налічує 294 найменування, серед них 220 латиницею і 74 кирилицею. Матеріал ілюстровано 22 таблицями та 70 рисунками.

Структура дисертації є логічною і відповідає вимогам до докторських робіт. Виклад рухається від обґрунтування актуальності та аналізу літератури до власних клінічних даних, діагностичних і хірургічних розробок, оцінки їх ефективності та формулювання практичних рекомендацій.

У вступі чітко визначено актуальність, мету, завдання, об'єкт, предмет, методи, наукову новизну, практичне значення, особистий внесок здобувача, апробацію, публікації, структуру й обсяг роботи. Вступ задає логіку дослідження і показує некротизуючий фасціїт як комплексну проблему раннього розпізнавання, контролю інфекції, ведення ран та реконструкції. Формулювання вступу узгоджені з подальшими розділами і не мають формального характеру.

У розділі 1 «Огляд літератури» системно проаналізовано сучасні погляди на некротизуючий фасціїт. Розглянуто термінологію, класифікацію, патогенез, клінічну діагностику, коморбідність, мікробіологію, принципи невідкладної операції і післяопераційне ведення ран. Особливо цінним є акцент на диференціації з бешихою, целюлітом, флегмоною, тромбофлебітом і діабетичною гангrenoю. Огляд не є механічним переліком джерел. Він підводить до невирішених питань, які стали підґрунтям власного дослідження автора. Добре висвітлено еволюцію поглядів від розрізу і дренивання до повноцінного контролю фасціального некрозу.

У розділі 2 «Матеріал і методи дослідження» наведено дизайн роботи, характеристику 150 пацієнтів, критерії формування ретроспективної та проспективної груп. Описано клінічні, лабораторні, мікробіологічні, морфологічні, ультразвукові, термографічні, томографічні, вольнометричні та статистичні методи. Їх набір є достатнім для вирішення поставлених завдань. Подання матеріалу дає змогу оцінити відтворюваність дослідження і коректність подальшого аналізу. Окремо важливо, що методи лікування описані не ізольовано, а у зв'язку з етапністю клінічного маршруту.

У розділі 3 «Клініко-епідеміологічна характеристика та діагностика некротизуючого фасціїту» подано власні дані щодо частоти, віку, статі, локалізації уражень, мультифокального перебігу та коморбідності. Показано місце некротизуючого фасціїту в структурі хірургічних інфекцій м'яких тканин і наголошено на високій летальності. Розділ формує реальний клінічний портрет цієї категорії хворих. Важливо, що автор аналізує як локальні прояви, так і загальний соматичний фон пацієнтів. Це дозволяє краще зрозуміти, у яких хворих потрібна максимальна настороженість уже на етапі первинного огляду.

Детально розкрито проблему несвоєчасного розпізнавання захворювання. Автор показує, що попередні помилкові діагнози бешихи, целюліту, флегмони, тромбофлебіту, парапроктиту або діабетичної гангрени можуть відтерміновувати санацію. Практично важливим є поділ симптомів на ранні, важкі та критичні. Особливої уваги заслуговують біль, що не відповідає місцевій картині, швидке наростання набряку, міхурі, порушення чутливості та системна інтоксикація. Ця інформація має безпосередню навчальну цінність для молодих хірургів і лікарів приймальних відділень.

Тризональна модель S-F-N, термографія та ультразвукова діагностика біля ліжка пацієнта є науковою основою роботи. Модель S-F-N дозволяє бачити осередок не як однорідний некроз, а як поєднання зони збережених тканин, зони активного руйнування фасції і центру некрозу м'яких тканин. Морфологія, ультразвук і термографія логічно поєднані в систему оцінки меж ураження. Практичну цінність мають описані ультразвукові ознаки фасціального процесу і термографічний патерн, який допомагає орієнтуватися під час лікування. Розділ поєднує фундаментальні спостереження з інструментами, придатними для клінічної роботи.

У розділі 4 «Хірургічне лікування некротизуючого фасціїту» обґрунтовано визначальне значення часу до первинної санації. Показано, що затримка операції погіршує прогноз. Описано чотириетапний хірургічний протокол, програмовані ревізії, типові недоліки хірургічної тактики і їх вплив на результати лікування. Практично цінною є інформація про особливості

хірургічних втручань при різних анатомічних локаціях некротизуючого фасціїту. Розділ 5 присвячений інтенсивній терапії, нутритивній підтримці пацієнтів, мікробіологічному контролю і раціональній антибактеріальній терапії. Розділ переконливо доводить, що саме ранній контроль джерела інфекції є основою успіху, а інші методи посилюють, але не замінюють хірургічну санацію. Автор наголошує що якісний антибактеріальний та реанімаційний супровід є невід'ємною частиною успішного лікування.

Розділ 6 «Пластика ран та реконструкція постнекротичних дефектів м'яких тканин» описує подальше лікування після ліквідації септичного осередку. Проаналізовано вульнерометрію, вакуум-асистовану терапію, тимчасові покриття ран, ксенодермоімпланти насичені сріблом у підготовці ран до пластичного закриття. Реконструктивний етап подано як невід'ємну частину комплексної допомоги. Дисертант пов'язує вибір методу закриття дефекту з його локалізацією, функціональною значущістю і станом ранового ложа.

У розділі 7 «Алгоритм діагностики та комплексного хірургічного лікування некротизуючого фасціїту» результати зведено у практичну систему прийняття клінічного рішення. Алгоритм включає настороженість щодо «діагнозів-масок», стратифікацію ризику, інструментальну верифікацію, інтерпретацію моделі S-F-N, вибір обсягу операції, ревізії, ведення рани і реконструкцію. Позитивної оцінки заслуговує створення інтерактивної програми підтримки рішення. Саме у цьому розділі окремі результати роботи набувають вигляду цілісного клінічного маршруту. Алгоритм виглядає придатним для подальшого впровадження й зовнішньої перевірки.

Розділ «Аналіз та узагальнення результатів дослідження» логічно завершує роботу. Автор зіставляє власні дані з літературою і аргументовано показує клінічну доцільність моделі S-F-N, ультразвукових і термографічних критеріїв, ранньої експлорації, стандартизованої операції, активного ведення ран та реконструкції. Узагальнення виконано не як повторення розділів, а як підсумкова інтерпретація отриманих результатів. У тексті простежується критичне ставлення автора до власних даних і розуміння меж їх застосування.

Висновки сформульовані конкретно і відповідають меті та завданням. Вони відображають клініко-епідеміологічні дані, значення «діагнозів-масок», модель S-F-N, роль ультразвуку і термографії, вплив часу до операції, результати хірургічного протоколу, мікробіологічні особливості, ведення ран, реконструктивне лікування і комплексний алгоритм допомоги. Практичні рекомендації є прикладними. Вони можуть бути використані у роботі хірургічних, опікових, реанімаційних і реконструктивних відділень.

Реферат дисертації оформлений належним чином. Він достатньо відображає актуальність, мету, завдання, методи, новизну, практичне значення, основний зміст, висновки, рекомендації, публікації та апробацію результатів. За змістом реферат відповідає основним положенням дисертації і дає повне уявлення про її науково-практичну спрямованість.

Загалом дисертація викладена логічно, послідовно та аргументовано. Оформлення є належним, ілюстративний матеріал достатній, структура відповідає поставленій меті, а обсяг дозволяє повно розкрити проблему комплексного хірургічного лікування некротизуючого фасціїту. Принципових зауважень до змісту й оформлення роботи немає.

Зауваження та дискусійні положення

Принципових зауважень, які могли б знизити загальну позитивну оцінку дисертації, немає. Разом з тим, як і кожна велика клінічна робота, дисертаційне дослідження містить окремі положення, що мають дискусійний характер або можуть бути враховані автором у подальших наукових розробках.

1. Антибактеріальна терапія розглядається як важлива складова комплексного лікування. З позицій хірургічної інфекції було б доцільно додатково деталізувати алгоритм деескалації антибіотикотерапії залежно від локалізації процесу, наявності кишково-урогенітальної флори, ризику метицилін-резистентного *Staphylococcus aureus*, грамнегативної резистентної флори та анаеробного компонента.

2. Запропонована Вами прикладна програма підтримки клінічного рішення є перспективною, але потребує подальшої зовнішньої валідації у різних клінічних умовах. Особливо важливо оцінити її ефективність у лікарнях, де немає цілодобового доступу до комп'ютерної томографії або спеціалізованої реконструктивної команди.

3. Реконструктивно-відновний етап представлений змістовно і має значну практичну цінність. Водночас подальше вивчення віддалених функціональних результатів, показників якості життя, повернення до праці, частоти повторних госпіталізацій та психосоціальної адаптації пацієнтів могло б ще більше посилити клінічну доказовість запропонованої системи лікування.

Зазначені зауваження мають рекомендаційний і дискусійний характер. Вони не знижують наукової новизни, достовірності, практичної значущості та загальної позитивної оцінки дисертаційної роботи.

Питання до здобувача

1. Які клінічні ознаки, на Вашу думку, мають найбільшу практичну вагу для раннього відмежування некротизуючого фасціїту від тяжкої або ускладненої бешихи, коли можливості променевої візуалізації обмежені або її виконання може затримати операцію?

2. Чи може запропонована Вами модель S-F-N бути використана як інтраопераційний орієнтир у стаціонарах, де немає доступу до цифрової термографії та морфологічної експрес-верифікації, і який мінімальний набір клініко-ультразвукових критеріїв Ви вважаєте достатнім для прийняття рішення про розширену фасціоектомію?

3. Які кінцеві точки, на Вашу думку, повинні бути головними при подальшій зовнішній валідації розробленого алгоритму: зниження летальності, скорочення часу до першої операції, зменшення кількості ревізій, частота ампутацій, термін готовності рани до пластики чи показники функціонального відновлення та якості життя?

Повнота викладу матеріалів дисертації в опублікованих працях

Основні результати дисертації достатньо повно відображені в опублікованих працях. За темою роботи опубліковано 50 наукових праць, з них 8 - одноосібні. Серед них 23 статті, у тому числі 20 у фахових виданнях України, 6 публікацій у базах Scopus, 2 статті в іноземних фахових виданнях, 22 тези доповідей, з яких 3 - за кордоном. Отримано 5 патентів України, у тому числі 1 патент на винахід і 4 патенти на корисну модель. Такий обсяг публікацій є достатнім для представлення основних результатів докторської дисертації.

Тематика публікацій відповідає змісту дисертації: термінологія і кодування некротизуючого фасціїту, рання ультразвукова діагностика, інфрачервона термографія, ведення ран, реконструктивні втручання, тимчасові покриття, ксенодермоімпланти та алгоритми лікування. Опубліковані праці належно відображають результати, висновки і практичні рекомендації. Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві, є визначальним за змістом дослідження.

Апробація результатів є достатньою. Основні положення роботи обговорювалися на всеукраїнських і міжнародних конференціях, з'їздах хірургів, форумах із хірургічної інфекції, ранового процесу, пластичної та реконструктивної хірургії. Це підтверджує фахове обговорення результатів і їх актуальність для професійної спільноти. Тематика виступів відповідає ключовим розділам дисертації.

Оцінка рівня виконання поставленого наукового завдання та рівня оволодіння здобувачем методологією наукової діяльності

Для досягнення мети здобувач обрав адекватний методологічний підхід. Робота поєднує ретроспективний і проспективний аналіз, клінічну оцінку, лабораторний моніторинг, ультразвукову діагностику, термографію, морфологічну і мікробіологічну верифікацію, статистичне опрацювання та оцінку ефективності впровадженого алгоритму. Використані методи відповідають складності проблеми і дозволяють оцінити її з клінічних, морфологічних, інструментальних і реконструктивних позицій.

Здобувач продемонстрував здатність до самостійного наукового мислення, аналізу літератури, формулювання наукової проблеми, побудови дизайну дослідження, опрацювання великого клінічного матеріалу та впровадження результатів у практику. Висновки і рекомендації логічно впливають зі змісту роботи. Особистий внесок автора простежується у клінічній частині, аналізі матеріалу та формуванні практичного алгоритму.

Рівень виконання поставленого наукового завдання слід оцінити як високий. Дисертація є завершеним самостійним дослідженням, у якому поєднано клінічну значущість, методологічну послідовність, наукову новизну і практичну спрямованість.

Дані про відсутність текстових запозичень та порушень академічної доброчесності

Під час ознайомлення з дисертацією, рефератом та публікаціями здобувача ознак академічного плагіату, самоплагіату, фабрикації чи фальсифікації не встановлено. Наукові положення і практичні рекомендації коректно пов'язані з власними результатами автора.

Дисертаційна робота Стояновського І. В. за змістом, структурою, логікою викладення та представленими результатами відповідає вимогам академічної доброчесності. Джерела використано коректно, а власні результати належно відмежовано від даних інших дослідників.

ВИСНОВОК

Дисертація Стояновського Ігоря Володимировича «Комплексне хірургічне лікування некротизуючого фасціїту», подана на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук у галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність 14.01.03 «Хірургія»), є самостійною завершеною науково-дослідною роботою, у якій наведено

теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної науково-практичної проблеми сучасної хірургії - покращення результатів лікування хворих на некротизуючий фасциїт шляхом удосконалення ранньої діагностики, комплексного хірургічного лікування, ведення післяопераційних ран і реконструктивно-відновної корекції постнекротичних дефектів м'яких тканин.

За актуальністю теми, науковою новизною, теоретичним і практичним значенням отриманих результатів, обґрунтованістю і достовірністю наукових положень, повнотою їх відображення у публікаціях, а також за рівнем виконання поставленого наукового завдання дисертаційна робота відповідає вимогам пунктів 7-9 «Порядку присудження та позбавлення наукового ступеня доктора наук», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17.11.2021 № 1197, та вимогам до оформлення дисертації, затвердженим наказом Міністерства освіти і науки України від 12.01.2017 № 40.

Автор дисертації Стояновський Ігор Володимирович заслуговує на присудження наукового ступеня доктора медичних наук за науковою спеціальністю 14.01.03 «Хірургія».

Офіційний опонент

доктор медичних наук, професор,
професор кафедри високоспеціалізованої
хірургії та трансплантаційної медицини
Національного університету
охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика



Біляєва

Ольга БІЛЯЄВА



О. Біляєва

[Signature]

*Відсутні офіційні ознаки, кр.ф. О. Біляєва;
надійшов у секретарю 23.08.21 - 2.09.2021
Ваш секретар вч.рр, кр.ф. Івасюк О.І.*

[Signature]