

ВІДГУК

офіційного опонента, доктора медичних наук, професора Полянського Ігоря Юлійовича, завідувача кафедри хірургії №1 Буковинського державного медичного університету, на дисертаційну роботу 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 в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина (наукова спеціальність 14.01.03 – хірургія)

1. Актуальність теми дисертаційної роботи

Гострі інфекції м'яких тканин залишаються однією з найбільш складних, драматичних та міждисциплінарних проблем сучасної клінічної медицини. Це пов'язано із їхньою поширеністю – такі пацієнти переважають не тільки в амбулаторній хірургії, а й часто у більшості неспеціалізованих хірургічних стаціонарах. Різноманіття нозологічних форм інфекції м'яких тканин ускладнює розробку стандартів та протоколів діагностики й лікувальної тактики, а зростання питомої ваги коморбідних пацієнтів сприяє зниженню ефективності сучасних методів лікування, трансформуючи цю проблему із медичної в соціально-економічну.

Серед усього спектра уражень особливе місце посідає некротизуючий фасціїт - блискавична, потенційно смертельна інфекція, що характеризується прогресуючим некрозом поверхневої фасції та підшкірної клітковини з швидким розвитком сепсису. Незважаючи на значні успіхи сучасної фармакології, розробку потужних антибактеріальних препаратів широкого спектра дії, вдосконалення методів інтенсивної терапії та активне впровадження високотехнологічних хірургічних методик, загальна смертність при некротизуючому фасціїті продовжує утримуватися на вражаючому рівні — від 20% до 60%, а за умов розвитку септичного шоку та поліорганної недостатності цей показник наближається до критичної позначки.

Головна підступність даної патології полягає в її діагностичній мінливості. На початкових етапах клінічна картина некротизуючого фасціїту нерідко маскується під відносно «доброякісні» дерматологічні або хірургічні стани, такі як бешиха, целюліт чи флегмона. Стереотипна підшкірна локалізація первинного осередку та відсутність специфічних патогномонічних симптомів у перші години захворювання призводять до фатальних часових затримок у встановленні діагнозу, верифікації патологічного процесу та адекватного операційного втручання, що негативно впливає на результат лікування.

Зростання частоти полімікробної асоційованості та поширення високопатогенних моноклональних штамів (у тому числі MRSA), а також збільшення частоти уражень рідкісними опортуністичними збудниками додає додаткових викликів і вимагає кардинального перегляду традиційних протоколів лікування.

Лікування таких пацієнтів потребує застосування мультидисциплінарного підходу, що об'єднує зусилля багатьох спеціалістів: загальних хірургів, анестезіологів та інтенсivistів, клінічних мікробіологів, фахівців з пластичної та реконструктивної хірургії.

Тому тема дисертаційного дослідження І.В. Стояновського, метою якого є покращення діагностики та результатів лікування пацієнтів із некротизуючим фасциїтом, є актуальною, своєчасною, відповідає нагальним потребам практичної медицини, а отримані результати можуть бути корисними всім членам мультидисциплінарної команди, які приймають участь у лікуванні таких пацієнтів.

2. Зв'язок роботи з науковими програмами, планами і темами

Дисертаційна робота є фрагментом комплексних науково-дослідних робіт кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, одним із виконавців яких є здобувач. Ці НДР (0115U000048; 0120U002133; 0125U000662), присвячені удосконаленню діагностичної і хірургічної тактики у пацієнтів із хірургічною патологією органів черевної порожнини, ендокринної системи, гнійно-септичними захворюваннями м'яких тканин і травмами.

3. Наукова новизна одержаних результатів

Наукова новизна дисертації висока і полягає у науковому обґрунтуванні алгоритму діагностики та комплексного лікування некротизуючого фасциїту, в якому центральне місце займає адекватне операційне рішення.

Автор уперше кількісно охарактеризував частоту некротизуючого фасциїту у структурі гнійно-септичної патології м'яких тканин хірургічних стаціонарів, що має важливе значення для планування ургентної допомоги, підготовки персоналу і прогнозування навантаження на хірургічні служби.

Новизною відрізняється наукове обґрунтування термінологічної визначеності некротизуючого фасциїту як самостійної нозологічної форми в ургентній хірургії, що має важливе значення для вибору лікувальної тактики.

Найбільш вагомим результатом є створення тризональної клініко-морфологічної моделі S–F–N із науковим обґрунтуванням клініко-морфологічної характеристики кожної із виділених зон, що є основою для вибору характеру операційного втручання

Новизною відрізняються виявлені результати морфологічної просторової неоднорідності некротизуючого фасциїту. Показано, що видимий некроз не відображає реального поширення запально – деструктивного

процесу, що обґрунтовує характер та обсяг операційного втручання, дозволяє поєднати радикальність із раціональним збереженням життєздатних тканин.

Новизною відрізняються виявлені зв'язки між морфологічними змінами в тканинах та результатами ультразвукового й термографічного досліджень, що дало можливість створити інтегральну клініко-морфологічну та клініко-сонографічну класифікації стадій некротизуючого фасціїту.

Науково обґрунтовано чотириетапний протокол хірургічної санації, який, на відміну від традиційного розкриття гнійника, полягає в орієнтації на контроль фасціального фронту, декомпресію просторів, радикальне видалення нежиттєздатних тканин і створення умов для подальшого відкритого ведення та ревізій.

Новизну містять дані щодо мультифокального перебігу некротизуючого фасціїту, який виявлено майже у кожного четвертого пацієнта, що змінює післяопераційну тактику, акцентуючи увагу на пошуку не тільки залишкового некрозу у головній рані, а й появи інших ділянок, особливо при коморбідних станах.

4. Теоретичне та практичне значення результатів дослідження

Теоретичне значення дисертації полягає у поглибленні уявлень про некротизуючий фасціїт як просторово неоднорідний, динамічний запально-деструктивний процес.

Розкрито нові закономірності виникнення та поширення запально-деструктивних змін по фасціям та прилеглим структурам з акцентом на анатомо-топографічні та морфологічні їх особливості.

Теоретично обґрунтовано зв'язок між динамікою патофізіологічних, морфологічних змін та клінічними проявами й макроскопічною оцінкою тканин, що розширює уяву про клінічну маніфестацію патоморфологічних проявів запально-деструктивного процесу.

Дослідження відрізняється суттєвим практичним значенням.

Найвагоміша практична цінність роботи полягає створенні алгоритму діагностики та комплексного лікування некротизуючого фасціїту, обґрунтуванню кожного з етапів діагностики, обсягу операційного втручання, периопераційного комплексного лікування та реабілітації.

Розроблені критерії діагностики некротизуючого фасціїту з акцентом на термінологічну настороженість, означені стратифікації ризику, показана інформативність ультразвукової та термометричної оцінки патологічного процесу. Доведено, що експлоративне операційне втручання при підозрі на некротизуючий фасціїт є не лише лікувальною, а й діагностичною процедурою.

Особливо важливим практичним результатом є доведення ролі часу до первинної санації. Автором показано, що у межах першої доби летальність складає 13,2 %, тоді як після 24 годин — 34,8 %. Цей результат має бути трансформований у важливе правило для діагностичного процесу: за високої підозри на некротизуючий фасціїт додаткові дослідження можуть

уточнювати межі ураження, але не повинні відтерміновувати операційну ревізію.

Прикладне значення мають описані критерії операційної ревізії рани з оцінкою властивостей фасції, легкості тупого її розшарування, кровоточивість тканин, характер ексудату та об'єктивні межі патологічного процесу.

Важливим для практики є доведена можливість зменшення середньої кількості програмованих ревізій у проспективній групі за умови покращення якості первинного контролю джерела інфекції та адекватної корекції перебігу післяопераційного етапу.

Робота має значення для організації інтенсивної терапії таких пацієнтів. Автор не протиставляє реанімаційні заходи операційному втручанню, а розглядає їх як паралельний процес, що забезпечує можливість своєчасної санації, повторних ревізій і контролю сепсису.

Практично цінними є рекомендації щодо мікробіологічного супроводу та антибактеріальної терапії. Бактеріологічне дослідження виконано у 132 пацієнтів, що дало змогу оцінити реальний спектр збудників. У роботі показано домінування грампозитивної флори, але також підкреслено роль полімікробних асоціацій при ураженні промежини, геніталій, тулуба та черевної стінки. Це має значення для стартової антибактеріальної стратегії і подальшої її деескалації.

Дисертація корисна і для поточнення маршрутизації пацієнтів. Тяжкі, мультифокальні, перинеальні, черепно-лицеві та післяопераційні форми некротизуючого фасциїту доцільно концентрувати у стаціонарах, здатних забезпечити цілодобову операційну готовність, інтенсивну терапію, мікробіологічний супровід, місцеве лікування ран і реконструктивні втручання. Водночас показано, що базові принципи ранньої підозри та експлорації мають бути доступними в будь-якій лікарні, яка приймає ургентних пацієнтів.

Доведено, що реконструктивний етап лікування таких пацієнтів необхідно розглядати як продовження правильної первинної санації. Збереження зони S, уникнення зайвої операційної агресії і планування майбутнього закриття дефекту з моменту першої операції є важливими для досягнення функціонального результату.

Впровадження результатів у хірургічні, опікові, реконструктивні та травматологічні відділення різних регіонів України підтверджує прикладну спрямованість дослідження.

Результати дослідження можуть бути використані для локальних протоколів, навчання інтернів і лікарів-хірургів, а також для підготовки алгоритмів дій у приймальних та ургентних хірургічних відділеннях.

5. Наукова обґрунтованість отриманих результатів, наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації

Обґрунтованість положень дисертації забезпечена достатнім за обсягом клінічним матеріалом (150 пацієнтів), тривалим періодом спостереження,

проведенням ретроспективного і проспективного аналізу, поєднанням клінічних, лабораторних, інструментальних, морфологічних, мікробіологічних методів, які дають комплексну різнопланову характеристику процесам, що досліджувались, адекватній статистичній обробці отриманих результатів.

Висновки та практичні рекомендації дисертації впливають із фактичного матеріалу. Вони послідовно пов'язані з метою і завданнями роботи та не містять положень, які суперечать представленим результатам.

Ступінь достовірності дослідження вважаю достатнім для формулювання висновків та практичних рекомендацій.

6. Оцінка змісту, оформлення та обсягу дисертації

Дисертація викладена на 446 сторінок рукопису, із яких 323 припадають на основний авторський текст.

Кількісні дані систематизовано у 22 таблицях, а візуальні докази подано на 70 рисунках.

У бібліографії нараховується 294 позиції: 74 – кирилицею та 220 – англійською мовою.

Вступ займає 12 сторінок і має класичну будову: постановку наукової проблеми, методологічну структуру з метою, завданнями, об'єктом, предметом і методами дослідження, характеристику авторського внеску, апробації, публікацій та впровадження.

Розділ 1 «Аналіз існуючих принципів діагностики, лікування та реконструкції наслідків некротизуючого фасциїту (огляд літератури)» охоплює 20 сторінок і містить п'ять підрозділів. Побудова розділу логічно послідовна, включає визначення номенклатури, наявні класифікації, відомі дані про епідеміологію та патогенез, існуючі принципи невідкладного лікування і способів відновлення після некротизуючого фасциїту.

У кінці автор формує перелік невирішених проблем: точність термінології, реальна частота захворювання, межі ранньої діагностики, критерії обсягу первинної санації, режим повторних ревізій, об'єктивізація ранового процесу, вибір реконструкції та організація міждисциплінарної допомоги.

Огляд містить критичну оцінку джерел і чітко окреслює, які положення потребували клінічної перевірки.

Розділ написаний гарною літературною мовою, із вдалим вибором слів та прикладами, читається легко, із цікавістю.

Розділ 2 «Матеріали і методи дослідження» викладено на 32 сторінках у трьох підрозділах. Спочатку визначено ретроспективно-проспективну модель роботи, детально охарактеризовано 150 хворих, обґрунтовано розподілені на часові когорти, описано методи одержання та опрацювання даних.

Характерно, що для підвищення вірогідності отриманих результатів використано кілька рівнів доказу: клінічне спостереження і лабораторний моніторинг; візуалізація фасціальних та судинних змін; мікробіологічна і

морфологічна верифікація; цифрове картування температури та геометрії рани; статистична перевірка вірогідності цифрових даних та їх відмінностей.

Методологічний підхід дозволяє простежити походження кожного ключового показника, створює належну основу для оцінювання відтворюваності й достовірності наступних розділів.

Розділ 3 «Клініко-епідеміологічна характеристика та діагностика некротизуючого фасціїту» є найоб'ємнішою частиною дисертації – 92 сторінки, структуровані у вісім підрозділів. Перші підрозділи присвячено уніфікації діагностичного формулювання, аналізу частоти, демографічних і топографічних характеристик, супутніх станів, варіантів перебігу та відмінностей локалізації.

Клінічні ознаки систематизовано за ступенем загрози, а часовий аналіз первинної санації пов'язано з наслідками захворювання. У результаті розділ не просто описує контингент пацієнтів, а відтворює механізм переходу від початкової невизначеності до хірургічно підтвердженого діагнозу.

Розділ містить вагомі авторські діагностичні розробки. У підрозділі 3.4 клінічне зонування зіставлено з гістологічною будовою тканин і сформовано модель S–F–N; у підрозділі 3.5 її доповнено термографічними та планіметричними показниками; у підрозділі 3.6 визначено можливості ультразвукового дослідження безпосередньо у місці надання допомоги; підрозділ 3.7 встановлює належну роль лабораторних шкал і томографічних методів; підрозділ 3.8 демонструє застосування діагностичної концепції у складних анатомічних ділянках.

Характерна для розділу перевірка кожного клінічного феномену різними способами: оглядом, морфологією, температурним картуванням, ультразвуком і цифровою оцінкою площі. Завдяки цьому модель S–F–N набуває практичного значення: вона дає підстави розрізняти тканини, які треба видалити, тканини активного фасціального ураження та периферичний резерв, який доцільно максимально зберігати.

Розділ 4 «Хірургічне лікування некротизуючого фасціїту» займає 47 сторінок і складається із семи підрозділів. У ньому послідовно розглянуто критерії інтраопераційного підтвердження наявності некротизуючого фасціїту, чотири фази первинної санації вогнища, показані наслідки неякісних операцій, описані закономірності повторних ревізій та особливості операцій залежно від анатомічної ділянки.

Опис хірургічної техніки ілюстровано наглядними клінічними прикладами й кількісним аналізом, тому рекомендації щодо доступу, фасціоектомії, декомпресії та контролю життєздатності тканин є доказово обґрунтованими.

Окремої позитивної оцінки заслуговує розмежування радикальності та надмірної операційної агресії: автор доводить необхідність повного усунення девіталізованого компонента, але одночасно враховує майбутні можливості закриття дефекту.

У розділі на матеріалі 680 втручань показано, що загальне операційне навантаження в часових групах залишалося близьким, проте зменшувалася частка багаторазових санацій і зростала роль втручань, спрямованих на підготовку тканин та реконструкцію. Такий результат дає змогу оцінювати ефективність алгоритму не за спрощеним критерієм кількості операцій, а за програмованістю етапів лікування.

Важливим є прискіпливий аналіз типових помилок, післяопераційних форм і множинних осередків, що демонструє ситуації, у яких стандартне розкриття гнійника або локальна ревізія не забезпечують адекватний контроль запально-деструктивного процесу.

Розділ 5 «Інтенсивна терапія та супровідне лікування пацієнтів з некротизуючим фасциїтом» викладений на 17 сторінках і містить три підрозділи. Описано мікробіологічну структуру ран і принципи антибактеріального лікування сепсису, органної підтримки, нутритивного забезпечення. Важливо, що інтенсивні заходи розглядаються дисертантом як синхронна умова виконання первинної та повторних операцій.

Ураховано зміну критеріїв сепсису і стандартів лікування протягом 1999–2024 років, що запобігає некоректному прямому порівнянню несумісних історичних протоколів. Мікробіологічні дані проаналізовано з огляду на локалізацію осередку, а антибактеріальну тактику подано як процес від раннього широкого покриття до обґрунтованого звуження після одержання результатів посівів.

Розділ 6 «Пластика ран та реконструкція постнекротичних дефектів м'яких тканин» викладений на 59 сторінках і містить п'ять підрозділів. Описано умови переходу від санаційного етапу лікування до відновного, розглянуто принципи формування придатного ранового ложа за допомогою тимчасових покриттів, ксенодермоімплантатів, від'ємного тиску та місцевих композицій, систематизовано способи остаточного закриття рани, аналіз реконструкції в окремих анатомічних зонах, проведена оцінка використаних методик.

Автор наголошує, що метод пластики обирається не тільки за площею дефекту, а за його глибиною, функціональним навантаженням, станом оголених структур, запасом навколишніх тканин і загальним резервом пацієнта. Це дозволяє визнати реконструктивну тактику не як формальне закриття поверхні, а як стратегію відновлення опори, руху, захисту важливих структур та можливості реабілітації.

Особливо вагомим є те, що реконструкцію введено у план лікування ще на стадії первинної санації: рішення про збереження перфорантних судин, життєздатної шкіри та місцевого тканинного запасу безпосередньо впливають на подальший вибір пластики.

Кількісні результати: скорочення часу підготовки рани, збільшення частоти реконструктивних втручань і ширше використання клаптевих методик підтверджують ефективність переходу від пасивного очікування загоєння до планованого відновлення анатомічної ділянки.

Розділ 7 «Алгоритм діагностики та комплексного хірургічного лікування некротизуючого фасціїту» викладено на 18 сторінках і поділено на вісім підрозділів. Перші сім підрозділів відповідають блокам прийняття рішень, а підрозділ 7.8 містить оцінку переваг запропонованої системи порівняно з існуючими підходами.

Важливо, що алгоритм починається з формулювання клінічної підозри та правильного кодування, а завершується критеріями готовності до пластики, реабілітацією і тривалим наглядом. Між цими крайніми точками визначено місце стратифікації ризику, лабораторних та інструментальних даних, зональної інтерпретації, операційного протоколу, ревізій і пошуку додаткових осередків.

Розділ не дублює попередні результати, а перетворює їх на логічну послідовність рішень, придатну для адаптації у локальному клінічному маршруті.

Розділ «Аналіз і узагальнення результатів дослідження» викладений на 15 сторінках. Автор провидить аналіз основних робочих гіпотез, показує, якими даними вони підтверджені і окреслює межі припустимої інтерпретації.

Окремо враховано тривалий період набору матеріалу, обсерваційний дизайн, неоднакову чисельність спеціальних підгруп та гетерогенність реконструктивних втручань, що підсилює переконливість роботи.

Підсумковий аналіз обґрунтовує взаємозалежність раннього розпізнавання, адекватної операції, органної підтримки, керованого ведення рани і своєчасної реконструкції.

Висновки та рекомендації. Сформульовані 12 висновків відповідають завданням дослідження, витікають із змісту роботи, аргументовані цифровими даними, логічні.

15 практичних рекомендацій побудовано як послідовність клінічних дій: формування підозри, маршрутизація, первинна санація, повторний контроль, антибактеріальний супровід, підготовка ранового ложа та відновлення дефекту, що буде корисним для розроблення внутрішнього протоколу багатoproфільного хірургічного стаціонару.

Бібліографія та додаткові матеріали. Список джерел охоплює 294 публікації з хірургічної інфекції, сепсису, морфології, діагностичної візуалізації, ранових технологій і пластичної хірургії., оформлений, в основному, правильно.

У додатку А наведено вісім графічних частин алгоритму та QR-доступ до інтерактивної версії; додаток Б містить перелік публікацій із розкриттям особистого внеску; додаток В документує апробацію; додаток Г – впровадження. Винесення цих матеріалів за межі основного тексту полегшує користування алгоритмом і водночас підтверджує практичну реалізацію результатів.

7. Повнота викладення результатів дисертації в опублікованих працях

Основні положення дисертаційної роботи достатньо повно відображені у наукових публікаціях здобувача. За темою дисертації опубліковано 50

наукових праць, серед них 23 статті, 22 тези доповідей, а також отримано 5 патентів України. Частина публікацій представлена у виданнях, проіндексованих у базі Scopus, що підтверджує належний рівень апробації результатів.

Публікації охоплюють основні напрями дисертації: термінологію і кодування НФ, ультразвукову діагностику, інфрачервону термографію, клінічні та інтраопераційні симптоми, патоморфологічну модель S–F–N, хірургічну санацію, мультифокальний перебіг, лікування ран, реконструкцію після гангрені Фурньє та черепно-лицеві форми. Це свідчить про достатню повноту оприлюднення основних результатів.

8. Зауваження щодо змісту та оформлення роботи

Дисертаційна робота справляє позитивне враження, вона викладена гарною науково-літературною мовою, логічно, послідовно і має вагоме наукове та практичне значення.

Разом з тим, вона містить окремі питання, що можуть бути предметом дискусії або подальшого розвитку.

Так, підписи під мікрофото були б більш інформативними за наявності на них позначок описаних структур.

Підписи під макрофото могли б бути більш стандартизованими і інформативними, хоча якість фото зауважень не викликає.

Можливо, доцільно було б чіткіше розмежувати час від появи перших симптомів, час від першого звернення за медичною допомогою, час від госпіталізації і час від встановлення хірургічної підозри до операційної. Ці інтервали мають різне організаційне значення і можуть по-різному впливати на можливість поліпшення маршрутизації.

Зазначені зауваження мають дискусійний характер, не знижують наукової та практичної цінності дисертації і не впливають на загальну позитивну оцінку роботи.

У процесі ознайомлення з роботою виникли такі **запитання до дисертанта:**

1. Який часовий інтервал Ви вважаєте найбільш практично значущим для оцінки якості допомоги при некротизуючому фасціїті: від появи симптомів до операції, від першого звернення до операції чи від госпіталізації до операційної?

2. Які інтраопераційні ознаки, на Вашу думку, є найінформативнішими для визначення меж фасціоектомії у зоні F?

3. У яких випадках при некротизуючому фасціїті кінцівок органозберігальна тактика перестає бути виправданою і ампутація має розглядатися як спосіб контролю джерела інфекції?

4. Яку перспективу подальших досліджень цієї проблеми ви передбачаєте? Чи існують, на Вашу думку, якісь індивідуальні особливості організму (імунологічні, генетичні, молекулярні), які зумовлюють чи сприяють виникненню некротизуючого фасціїта, а не банальної флегмони?

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

Поставлене наукове завдання виконано на належному рівні. Здобувач обрав складну клінічну проблему, сформулював чітку мету, побудував послідовні завдання і використав методи, адекватні предмету дослідження.

Робота демонструє вміння автора працювати з великим клінічним матеріалом, поєднувати ретроспективний і проспективний аналіз, оцінювати операційну тактику, інтерпретувати морфологічні та інструментальні дані, а також переводити отримані результати у практичний алгоритм.

Здобувач продемонстрував достатній рівень володіння методологією клінічного наукового дослідження.

10. Дані про відсутність текстових запозичень та порушень академічної доброчесності

Під час ознайомлення з дисертацією та рефератом не встановлено ознак академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації або іншого порушення академічної доброчесності, які могли б поставити під сумнів самостійність роботи. Текст має авторський характер, а основні положення узгоджуються з публікаціями здобувача. Наведені дані про особистий внесок, апробацію, впровадження і публікаційну активність є достатніми.

ВИСНОВОК

Дисертаційна робота Стояновського Ігоря Володимировича «Комплексне хірургічне лікування некротизуючого фасціїту», подана на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина (наукова спеціальність 14.01.03 – «хірургія»), присвячена актуальній проблемі невідкладної хірургії, є закінченим науковим дослідженням, що комплексно розв'язує важливу науково-практичну проблему - покращує ефективність лікування хворих на некротизуючий фасціїт шляхом удосконалення ранньої діагностики, комплексного хірургічного лікування, ведення післяопераційних ран і реконструктивно-відновної корекції постнекротичних дефектів м'яких тканин.

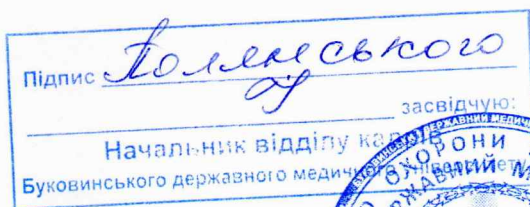
За актуальністю, обсягом клінічного матеріалу, науковою новизною, теоретичним і практичним значенням, обґрунтованістю висновків і рекомендацій дисертаційна робота Стояновського Ігоря Володимировича «Комплексне хірургічне лікування некротизуючого фасціїту», повністю відповідає вимогам пп. 7,8,9 «Порядку присудження та позбавлення наукового ступеня доктора наук», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 17 листопада 2021 р. «1197 та Наказу МОН України від 12.01.2017 р. № 40 «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації», а її автор має необхідний рівень наукової кваліфікації і заслуговує

присудження ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.03 — хірургія.

Офіційний опонент,
заслужений лікар України,
завідувач кафедри хірургії №1
Буковинського державного
медичного університету,
доктор медичних наук, професор



І. Ю. Полянський



А. Гетемко Секретар

*Відгук офіційного опонента, проф. Толемського
корішив у спец. раду ДЗБ. 600.01.- 27.08.2025/.*
Вчений секретар спец. ради, проф. Мокрицький