Рішення
разової спеціалізованої вченої ради ДФ 26.613.222
про присудження ступеня доктора філософії

Здобувач ступеня доктора філософії **Барилович Микола Миколайович**, 1996 року народження, громадянин України, освіта вища: закінчив у 2019 році Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова за спеціальністю лікувальна справа, працює лікарем-ортопедом-травматологом у КНП «Київська міська клінічна лікарня № 8» з 2023 року по даний час. З 2021 року по теперішній час аспірант очної денної форми кафедри ортопедії і травматології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, м. Київ, виконав акредитовану освітньо-наукову програму за спеціальністю 222 «Медицина».

Разова спеціалізована вчена рада, утворена наказом Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика від «6» травня 2025 року № 2305, у складі:

Голови разової спеціалізованої вченої ради	-	**Іскри Наталії Іванівни**, доктора медичних наук, професора, професора кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки НУОЗ України імені П. Л. Шупика;
Рецензентів	-	**Попсуйшапки Костянтина Олексійовича**, доктора медичних наук, доцента, доцента кафедри ортопедії і травматології НУОЗ України імені П. Л. Шупика;
Офіційних опонентів	-	**Калашнікова Андрія Валерійовича**, доктора медичних наук, професора, завідувача відділу травматичних пошкоджень опорно-рухового апарату та проблем остеосинтезу ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»;
	-	**Кваші Володимира Петровича**, доктора медичних наук, професора, професора кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця;
	-	**Істоміна Андрія Георгійовича**, доктора медичних наук, професора, професора кафедри професійно-орієнтованих дисциплін Харківського міжнародного медичного університету.

на засіданні «26» червня 2025 року прийняла рішення про присудження ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» **Бариловичу Миколі Миколайовичу** на підставі публічного захисту дисертації «Оптимізація хірургічного лікування переломів задньої стінки кульшової западини» за спеціальністю 222 Медицина.

Дисертацію виконано у Національному університеті охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, м. Київ.

Науковий керівник **Анкін Микола Львович,** доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри ортопедії і травматології НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

Дисертацію подано у вигляді спеціально підготовленого рукопису, містить нові науково обґрунтовані результати проведених здобувачем досліджень, які виконують конкретне наукове завдання, що має істотне значення для галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Дисертація виконана державною мовою. Оформлена відповідно до вимог Наказу МОН України від 12.01.2017 № 40 «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації». Обсяг основного тексту дисертації відповідає встановленим освітньо-науковою програмою НУОЗ України імені П. Л. Шупика відповідно до специфіки галузі знань «Охорона здоров'я» та спеціальності «Медицина».

Здобувач має 3 наукові публікації за темою дисертації, серед них – 3 статті у періодичних наукових виданнях, проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та/або Scopus, з напряму, за яким підготовлено дисертацію аспіранта:

1. Ankin, M. L., Petryk, T. M., Zazirnyi, I. M., Ladyka, V. A., Barylovych, M. M., Fedoniuk, L. Y, & Kerechanyn, 1. Ankin, M. L., Petryk, T. M., Ladyka, V. A., Radomski, O. A., Barylovych, M. M., Kerechanyn, I. V., & Fedoniuk, L. Ya. (2022). Features of the acetabulum posterior wall fractures delayed surgical treatment. *Wiad Lek.*, 75(9 p2):2209-2212. https://doi.org/doi: 10.36740/WLek202209205.

2. Ankin, M. L., Petryk, T. M., Zazirnyi, I. M., Ladyka, V. A., Barylovych, M. M., Fedoniuk, L. Y, & Kerechanyn, I. V. (2022). Features of the femoral head fractures combined with acetabulum posterior wall fractures surgical treatment. *Wiad Lek.*;75(12):3060-3065. https://doi.org/10.36740/WLek202212129.

3. Ankin, M., Ladyka, V., Glynyana, O., & Barylovych, M. (2025). The efficiency of surgical treatment and rehabilitation in the recovery of patients with a cetabular posterior wall fractures. *Orthopaedics traumatology and prosthetics*, (1), 82–89. https://doi.org/10.15674/0030-59872025182-89.

У дискусії взяли участь голова та члени спеціалізованої вченої ради:

1) **Іскра Наталія Іванівна**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Оцінка позитивна, зауважень немає.

2) **Попсуйшапка Костянтин Олексійович**, доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри ортопедії і травматології НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Оцінка позитивна, зауважень немає.

Запитання 1:

Одним із ускладнень перебігу переломів задньої стінки кульшової западини є посттравматична нейропатія сідничного нерва, яка може впливати на трофіку тканин. Чи були у Вашому дослідженні пацієнти з даним ускладненням та який вплив посттравматична нейропатія має на кінцевий результат лікування?

Відповідь Бариловича М. М.:

Звичайно, серед наших пацієнтів, включених в дослідження, були пацієнти з посттравматичною нейропатією сідничного нерва, що характерно для даних переломів та їх перебігу. Відсоток пацієнтів з даним ускладненням становив близько 7% від загального масиву, тому ми не ставили перед собою завдання дослідити це ускладнення. Але, безумовно можемо сказати, що при наявності у пацієнтів посттравматичної нейропатії сідничного нерва, значно подовжується період реабілітації, ускладнюється перебіг лікування, відбувається погіршення віддалених результатів лікування, і що важливо, це може відбуватись навіть за умови коректного надання медичної допомоги.

3) **Калашніков Андрій Валерійович**, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу травматичних пошкоджень опорно-рухового апарату та проблем остеосинтезу ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України». Оцінка позитивна, зауважень немає.

Запитання 1:

У яких випадках виконували ревізію сідничного нерву під час металоостеосинтезу перелому задньої стінки кульшової западини?

Відповідь Бариловича М. М.:

Ревізію сідничного нерву при переломах задньої стінки кульшової западини ми виконували у всіх випадках без виключення. Тому що є певні анатомічні особливості даної ділянки під час травмування, особливо при наявності та після усунення вивиху головки стегнової кістки. В більшості випадків може відбуватися компресія сідничного нерву саме кістковим фрагментом задньої стінки. Загалом, за даними літературних джерел, є визначені

показання до проведення ревізії, які полягають в наступному: прогресуючий або повний дефіцит по ходу сідничного нерву; наявність компресії сідничного нерву фрагментом за даними МРТ дослідження; підозра на інтраопераційне пошкодження нерва; високий ризик його ушкодження в зв'язку з хірургічним доступом під час оперативного втручання (а саме, Кохера-Лангенбека, який власне ми використовуємо у 100% випадків); і також ще може бути таким показом – відсутність регресу симптомів нейропатії упродовж 3-4 тижнів за умови консервативного лікування. Основна задача, яка може бути поставлена при ревізії сідничного нерва - його візуалізація до зони сідничного горбика, а також обов'язково має бути надана оцінка стану нерва (на наявність набряку, гематоми, порушення цілісності), при наявності компресійного чинника має бути виконаний невроліз; і при потребі, звичайно, відновлення цілісності сідничного нерва.

Запитання 2:

Які критерії оцінки ефективності хірургічного лікування пацієнтів із переломами задньої стінки кульшової западини найбільш повно відображають успішність лікувального процесу?

Відповідь Бариловича М. М.:

Детальний аналіз оцінки ефективності хірургічного лікування пацієнтів, який ми провели, дозволяє визначити та відокремити ці критерії, сформувати їх у певні групи. Якщо ми говоримо про клінічні критерії – це може бути або відсутність, або мінімальний біль у кульшовому суглобі при наданні фізичного навантаження; відновлення опороздатності кінцівки у пацієнта; також максимально можливе відновлення обсягу рухів у кульшовому суглобі. Стосовно ще однієї групи, яку ми можемо виділити – це оцінка за шкалою Harris Hip Score, вона є найбільш стандартизованою і дозволяє в повній мірі оцінити відновлення функції (максимальна кількість 100 балів, 90-100 балів – відмінний результат лікування, 80-89 балів – добрий результат лікування, 70-79 балів – задовільний, менше 70 балів – незадовільний результат). Наступною, третьою групою можна виділити рентгенологічні критерії: для нас найбільш важливою є оцінка якості репозиції, яка була виконана за шкалою Matta (зміщення до 1 мм – ідеальна репозиція, від 2 до 3 мм – задовільна репозиція, більше 3 мм – незадовільна репозиція); також при оцінці рентгенологічних критеріїв важливо, чи немає ознак розвитку деформуючого остеоартрозу та асептичного некрозу головки стегнової кістки та чи немає нестабільності імплантів. Четверта група прив'язана до терміну відновлення – ми вважаємо, що гарний результат лікування - це коли до 12 тижня вже відбулось повне навантаження на травмовану кінцівку і відновлення опороздатності; також коли пацієнт зміг повернутись до активного життя та відновилась працездатність. П'ятою групою є негативні маркери ефективності: діагностування в пацієнта такого ускладнення, як деформуючий остеоартроз кульшового суглоба або асептичний некроз головки стегнової кістки; посттравматична нейропатія сідничного нерва. Шоста група – додаткові методи об'єктивізації: КТ-контроль виконаної репозиції; динамічне МРТ дослідження для оцінки стану м'яких тканин.

4) **Кваша Володимир Петрович**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Оцінка позитивна, зауважень немає.

Запитання 1:

На вашу думку, при важких пошкодженнях заднього краю і голівки стегнової кістки, що доцільно: остеосинтез, плюс первинне ендопротезування чи остеосинтез і відтерміноване ендопротезування?

Відповідь Бариловича М. М.:

На нашу думку, для вибору тактики хірургічного лікування в пацієнтів з переломами задньої стінки кульшової западини обов'язково необхідно враховувати ризик-створюючі фактори виникнення ускладнень. А саме, таке ускладенення, як ушкодження головки стегнової кістки є ризик-створюючим фактором розвитку асептичного некрозу головки стегнової кістки, який становить «катастрофічний» клінічний результативний ризик виникнення даного ускладнення. Тому саме при виборі методики хірургічного лікування, на

нашу думку, доцільно було обрати ендопротезування кульшового суглобу з остеосинтезом задньої стінки кульшової западини. Це твердження може ґрунтуватись на тому, що відновлення цілісності головки стегнової кістки є неможливим. Також у даному випадку вичікувальна тактика не є доречною.

5) **Істомін Андрій Георгійович**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри професійно-орієнтованих дисциплін Харківського міжнародного медичного університету. Оцінка позитивна, зауважень немає.

Запитання 1:

Яким чином змінювалась тактика хірургічного лікування постраждалих з переломами задньої стінки кульшової западини при наявності пошкоджень інших структур таза?

Відповідь Бариловича М. М.:

Першочергово потрібно сказати, що серед масиву нашого дослідження питома вага пацієнтів із переломом задньої стінки кульшової западини в поєднанні з ушкодженнями інших кісток, анатомічних структур та органів таза становила близько 27%. Безумовно, цей факт має вагоме значення в процесі надання медичної допомоги пацієнтам із переломами задньої стінки кульшової западини. Тому що, наприклад, при переломах кісток тазу в поєднанні з переломами задньої стінки кульшової западини, звичайно в пріоритеті є фіксація перелому кісток тазу при порушенні цілісності тазового кільця для того, щоб стабілізувати стан пацієнта. Також, якщо ми говоримо про таку умову, як пошкодження органів малого тазу, першочергово буде проведено оперативне втручання з приводу відновлення цілісності цих органів. Відповідно, термін проведення оперативного втручання в пацієнтів з переломом задньої стінки кульшової западини буде відтерміновано, а ця ознака, як ми знаємо, є ризик-створюючим фактором виникнення ускладнень, відповідно термін буде збільшено і це безсумнівно призведе до погіршення віддалених результатів лікування даних пацієнтів. Також у випадку поєднання перелому задньої стінки кульшової западини з переломами кісток тазу процес реабілітації даних пацієнтів значно подовжується за рахунок пізньої вертикалізації пацієнта та обмеження фізичного навантаження на травмовану ділянку.

Результати відкритого голосування:

«За» 5 членів ради,
«Проти» немає членів ради,
недійсних бюлетенів немає

На підставі результатів відкритого голосування разова спеціалізована вчена рада присуджує **Бариловичу Миколі Миколайовичу** ступінь доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 Медицина.

Відеозапис трансляції захисту дисертації додається.

Голова разової спеціалізованої
вченої ради ДФ 26.613.222 _____ Наталія ІСКРА
(підпис)

М.П.