

## РЕЦЕНЗІЯ

на дисертацію Балана Ігоря Георгійовича «Особливості хірургічного лікування хірургічного лікування рецидивної пілонідальної кісти крижово-куприкової ділянки», представлену на здобуття наукового ступеня доктора філософії»

Дисертація присвячена актуальній задачі сучасної проктології та хірургії, - лікуванню хворих на пілонідальні кісти крижово-куприкової ділянки. Актуальність обумовлена високою захворюваністю, недостатньо задовільним рівнем традиційного хірургічного лікування, в результаті якого рецидиви кіст спостерігаються в діапазоні від 10 до 30%, а також великою кількістю гнійних ускладнень, довготривалим загоєнням післяопераційних ран, негативними естетичними наслідками у вигляді грубих рубців на місці подекуди декількох втручань.

Дисертація написана на 154 друкованих аркушах і складена за стандартною схемою: перелік умовних скорочень, вступ, огляд літератури, матеріали та методи досліджень, розділу –«Особливості мікробіоти пілонідальних кіст крижово-куприкової ділянки», розділу «Особливості морфологічних змін тканин крижово-куприкової ділянки рецидивів пілонідальної кісти», розділу «Комплексне хірургічне лікування рецидивних пілонідальних кіст крижово-куприкової ділянки з використанням клею на основі сітчастого поліуретану», Узагальнення та обговорення отриманих результатів», «Висновків», «Практичних рекомендацій», «Списка використаних джерел.

У вступі висвітлені наукова новизна, актуальність роботи, мета та завдання дослідження, особистий внесок здобувача, об'єкт, предмет та методи дослідження, публікації. Суттєвих зауважень немає.

**Розділ «Огляд літератури»** складається з огляду матеріалів присвячених етіології, патогенезу, діагностиці та лікуванню пілонідальних крижово-куприкових кіст, в ньому описуються різні теорії виникнення цієї патології, методи хірургічного лікування в хронологічному порядку. Методи з використанням біологічних клеїв. Зауважень немає.

**Розділ II «Матеріали і методи дослідження»** містить інформацію про хворих, їх поділ на 2 групи в залежності від у лікування – основну і досліджувану. Загальна кількість хворих 120, кількість хворих в групах по 60. В розділі дана характеристика хворих по факторам прогнозу. Описані загальні та спеціальні методи дослідження, зокрема мікробіологічні, морфологічні. Описані методи традиційного хірургічного та комплексного хірургічного із застосуванням планування розрізу та поліуратанового клею з антибактеріальним впливом. Описані методи статистичних досліджень. Суттєвих зауважень до розділу немає. Вимагає пояснення Рис. 2.4 – Розподіл серед загальної кількості пацієнтів кількості випадків ранніх та віддалених рецидивів де виокремлені хворі з внутрішніми за зовнішніми швами. Подалі ця інформація не коментується і не робляться висновки. Та і в назві рисунку це не відображено.

**Розділ III «Особливості мікробіоти пілонідальних кіст крижово-куприкової ділянки»**

Докладно описано метод мікробіологічних досліджень та отримані результати, зокрема видовий склад факультативно-анаеробної та облигатної анаеробної мікробіоти, що в подальшому лежить в основі вибору антибактеріальної терапії. Зауважень до розділу немає.

**Розділ IV «Особливості морфологічних змін тканин крижово-куприкової ділянки рецидивів пілонідальної кісти».** В розділі описані морфологічні зміни, характерні для рецидивних кіст,

що проілюстровано на широкому клініко-морфологічному матеріалі ( близько 20 описаних випадків). Робиться висновок, що основними причинами рецидиву пілонідальних кіст є інфікування рани, розвиток патологічної грануляційної тканини з порушенням епідермізації та формуванням нориць. Розділ обґрунтовує застосування антибактеріальної терапії, в тому числі в складі поліуретнового клею. Зауважень немає. Однак не слід повторювати дані про хворих з другого розділу про вік і стать пацієнтів.

**Розділ V.** «Комплексне хірургічне лікування рецидиву пілонідальних кіст крижово-куприкової ділянки з використанням клею на основі сітчастого поліуретану». Приводиться на багаточисельних прикладах характер розмітки, лікування, обґрунтовується виконання серединного доступу, щодо міжсідничної складки. Показується і обґрунтовується доцільність внутрішніх швів у поєднанні з клеєм та непотрібність зовнішніх швів, які викликають зону ішемії та посилюють запальні процеси. Цікава знахідка –це вихід із ситуації при розриві нитки верхнього шва, яку компенсують поодинокими горизонтальними швами, на що отримано патент України. Описано уже відомий традиційний спосіб хірургічного втручання. Висвітлені результати лікування, які показують незаперечні переваги запропонованого автором способу, зокрема зниження ризику розвитку рецидиву пілонідальної кістки на 91%, сером на 81%, нагноєння п/о рани на 76%, зниження ризику гематоми на 51%. Визначено та проілюстровано випадки рецидивування хвороби, зокрема ранніх та віддалених рецидивів. Зауважень немає. Однак на мій погляд недостатньо даних про роль УЗД в розмітці хірургічного доступу.

Загальне зауваження – всі посилання і цитати з літературних джерел, які зустрічаються в розділах слід перенести в огляд літератури, або обговорення отриманих результатів (стор 73,113-114)

**Узагальнення та обговорення отриманих результатів.** Цей розділ є практично авторефератом роботи, де автор повторює мету роботи, актуальність, дані про хворих з другого розділу, що на мій погляд непотрібно. Потрібно порівняти свої отримані результати з результатами отриманими іншими авторами протягом останніх 10-15 років, чого в розділі немає.

**Висновки** в кількості 5. 4 та 5 висновки треба переробити бо вони частково дублюють один одного. Дублюючі дані треба розділити і не повторювати.

**Практичні рекомендації** зробити простішими і зрозумілішими зокрема 3 пункт.

Таким чином, дисертаційна робота Балана Ігоря Георгійовича «Особливості хірургічного лікування рецидивної пілонідальної кістки крижово-куприкової ділянки», представлена на здобуття наукового ступеня доктора філософії» за своєю актуальністю науковою новизною, практичним значенням, відповідає вимогам які пред'являються до дисертацій що висуваються на здобуття наукового ступеня доктора філософії. Мета і завдання дослідження реалізовані. Отримані результати переконливі. Висновки не підлягають сумніву. Після врахування зауважень та корекції робота може бути представлена на офіційний захист.

Доктор медичних наук,

професор



Богдан Сорокін