

ВІДГУК

офіційного опонента на дисертацію Хмеля Олега Володимировича «Хірургічне лікування хворих на деструктивні форми хіміорезистентного туберкульозу легень та його ускладнень» подану в спеціалізовану вчену раду Д 26.613.08 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук зі спеціальності 14.01.03 – хірургія

Актуальність теми дисертації.

Показник захворюваності на всі форми активного туберкульозу серед населення України залишається високим – біля 60-70 на 100 тис. населення, а в деяких адміністративних територіях значно вище. Зростає кількість хіміорезистентного туберкульозу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ, захворюваність на всі форми активного туберкульозу у працездатного контингенту.

Хірургічні методи дозволяють покращити результати лікування, оскільки в основі є радикальними, тому роль хірургії в сучасній епідемічній ситуації з туберкульозу в Україні зростає.

Однією з основних причин відмови та стриманого ставлення фтизіатрів і самих пацієнтів до оперативного лікування є ризик післяопераційних ускладнень, складності з веденням післяопераційного періоду, відсутність бездоганної техніки виконання операцій, що призводить до розвитку різного роду ускладнень як в ранньому післяопераційному періоді, так і виникнення рецидивів у віддаленому, особливо у пацієнтів з резистентними формами туберкульозу легень.

У зв'язку з вищевикладеним, особливої актуальності набуває вдосконалення операційної техніки, показань, передопераційної підготовки і методики післяопераційного ведення після резекції легень. Необхідність уніфікованого алгоритму відбору пацієнтів для оперативного лікування, стандартизації передопераційної підготовки, уточнення показань, протипоказань та визначення адекватного об'єму резекції обумовлюють високу актуальність

проблеми хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень та необхідність розробки нових ефективних методик і технологій з метою підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз легень особливо на його хіміорезистентні деструктивні форми.

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

Дисертаційна робота є фрагментом НДР відділення торакальної хірургії ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України” «Розробити оптимальні методи комплексної передопераційної підготовки і хірургічного лікування хворих на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень», № держ. реєстрації 0104U000938; «Визначити потребу у хірургічному лікуванні та розробити стандарт надання хірургічної допомоги хворим на вперше виявлений деструктивний туберкульоз легень», № держреєстрації 0107U001215; “Розробити технологію застосування біологічного зварювання тканин при хірургічному лікуванні хворих на туберкульоз легень”, № держ. реєстрації 0110U001214; “Розробити сучасний алгоритм надання хірургічної допомоги хворим на мультирезистентний туберкульоз легень”, № держ. реєстрації 0113U000268, у яких здобувач був співвиконавцем.

Новизна дослідження та одержаних результатів.

Дисертант вперше на основі аналізу клініко-рентгенологічних проявів захворювання та результатів морфологічного дослідження резекційного матеріалу обґрунтував терміни виконання, вид та об'єм операцій резекційного характеру із великими залишковими змінами після основного курсу консервативного лікування. Вперше було визначено, що клініко-рентгенологічні дані, які характеризують туберкульозне ураження, співпадають з результатами морфологічних досліджень і, відповідно, науково обґрунтував, що призначення хірургічного лікування у хворих на МРТБ легень має, окрім даних бактеріологічного обстеження, спиратися на оцінку динаміки клініко-рентгенологічних показників перебігу туберкульозного процесу. На основі статистичного аналізу обґрунтовано, що оптимальним терміном виконання операції є період 7-12 місяців від початку консервативної терапії.

Виходячи з аналізу результатів хірургічного лікування хворих з ускладненнями в післяопераційному періоді, дисертантом вперше було встановлено зв'язок між патологічними проявами супутніх захворювань до операції та ускладненнями різного характеру в післяопераційному періоді. Таким чином, була переконливо аргументована необхідність проведення адекватної передопераційної підготовки, визначений її об'єм, розроблена і науково обґрунтована схема комплексної ендобронхіальної санації, дотримання якої є необхідною умовою попередження бронхоплевральних ускладнень після виконання оперативного втручання.

Вперше автор науково обґрунтував показання до застосування колапсотерапевтичних методів та технологію їх застосування у хворих з двобічним ураження легень, яким оперативне лікування на той час було протипоказано. Згідно результатів застосування колапсотерапевтичних заходів у комплексному лікуванні хворих на деструктивний хіміорезистентний туберкульоз задовільні результати були досягнуті у 24 (85,7 %) хворих. При цьому вилікування спостерігалось у 19 (67,9 %) пацієнтів, з числа яких у 3 (10,7 %) застосування оперативного лікування не знадобилося.

На достатньому матеріалі вперше автором доведена висока ефективність застосування біологічного зварювання тканин при хірургічному лікуванні хворих на туберкульоз легень, розроблений новий ефективний спосіб виконання торакотомії. Вперше була розроблена та доведена висока ефективність нової методики лікування хворих з норицею кукси головного бронха після пневмонектомії за допомогою бронхоблокації.

Вперше, на основі проведеного аналізу та виявленого взаємозв'язку між несприятливими передопераційними факторами та незадовільними результатами хірургічного лікування хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень було сформульовано та доведена на практиці висока ефективність алгоритму надання хірургічної допомоги хворим на мультирезистентний туберкульоз легень.

Представлена в роботі клініко-функціональна оцінка віддалених результатів оперативного лікування хворих на туберкульоз легень свідчить про високу ефективність хірургічних методів.

Теоретичне значення результатів дослідження.

Проведені дослідження дозволили науково обґрунтувати оптимальні терміни та об'єм виконання оперативного втручання, методологічно забезпечити заходи передопераційної підготовки. Обґрунтовані показання до застосування колапсотерапевтичних та колапсохірургічних методів та технології їх застосування при виборі тактики подальшого лікування хворих з двобічним ураженням. Використання фтизіохірургами основних положень розробленого алгоритму надання хірургічної допомоги хворим на деструктивні резистентні форми туберкульозу легень може стати основою на шляху зменшення післяопераційних ускладнень та запорукою підвищення ефективності хірургічного лікування даного контингенту хворих.

Основні положення дисертаційних розробок лягли в основу опублікованих монографій, журнальних статей та методичних посібників.

Практичне значення результатів дослідження.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що наукові положення дисертаційної роботи адаптовані до використання в клінічній медицині. Дуже важливим в практичному аспекті є результат морфологічного аналізу резекційного матеріалу, на основі якого автор доводить, що великі залишкові зміни в легенях, незважаючи на дані бактеріологічного обстеження, є показанням до хірургічного лікування в період 7-12 місяців від початку консервативного лікування. Для практичного використання запропоновані нові хірургічні технології: біологічне зварювання тканин, бронхоблокація при неспроможності кукси головного бронха після пульмонектомії, комплекс колапсотерапевтичних та колапсохірургічних заходів при двобічних ураженнях легень.

Вагомим внеском в практичну медицину можна вважати розроблений алгоритм надання хірургічної допомоги у хворих на мультирезистентний

туберкульоз легень, дотримання якого забезпечує вилікування 97,5 % хворих при відсутності післяопераційної летальності.

Результати представлених в дисертації досліджень сприяють вирішенню актуальної наукової проблеми фтизіохірургії – підвищення ефективності лікування хворих на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень шляхом розробки та впровадження системи надання хірургічної допомоги із застосуванням сучасних хірургічних технологій і можуть впроваджуватись в практичну діяльність торакальних відділень протитуберкульозних закладів обласного, міського та державного рівнів.

Розроблені технології були впроваджені у відділенні хірургічного лікування туберкульозу та неспецифічних захворювань легень та у відділенні хірургічного лікування туберкульозу та неспецифічних захворювань легень, ускладнених гнійно-септичними інфекціями ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», у відділенні торакальної хірургії Комунального закладу «ДОКЛПО «Фтизіатрія» Дніпропетровський обласний протитуберкульозний диспансер Дніпропетровської обласної ради», медичному центрі ПП «Лікарня Святого Луки» м. Кропивницький.

Ступінь обґрунтованості та достовірності положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації.

Дисертаційна робота виконана на сучасному науково-методичному рівні й ґрунтується на достатньому клінічному матеріалі, який дозволяє проводити статистичну обробку й отримання вірогідних результатів. Методи досліджень, які застосовані у роботі, є стандартними, інформативними й адекватними щодо поставленої мети та завдань.

Наукові положення, висновки і рекомендації, що сформульовані у дисертації науково обґрунтовані й логічно впливають з результатів досліджень.

Матеріали дисертаційного дослідження викладені на 376 сторінках друкованого тексту, ілюстровані рисунками та таблицями. Складаються із вступу, огляду літератури, шести розділів власних досліджень, узагальнення

результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який нараховує 403 найменувань.

Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів представлений традиційно і відповідає таким у дисертації.

У вступі викладена актуальність, зв'язок з науковими програмами. Чітко та доступно для сприйняття викладені мета і задачі дослідження, об'єкт, предмет і методи дослідження, наукова новизна, обґрунтованість і достовірність наукових положень, висновків і рекомендацій, наукове і практичне значення, особистий внесок здобувача, апробація результатів дослідження, публікації.

Робота виконана на репрезентативному клінічному матеріалі. Використані стандартизовані та інформативні методи досліджень. Статистична обробка первинного цифрового матеріалу проведена коректно, підтверджена достовірність отриманих результатів. Висновки та практичні рекомендації, що містяться у дисертації, сформульовані чітко, логічно та науково обґрунтовані. Назва дисертації відповідає її змісту.

Розділ 1 «Огляд літератури та вибір напрямків дослідження» складається з 4 підрозділів:

1.1. Особливості перебігу епідемії туберкульозу на сучасному етапі.

1.2. Ефективність консервативного лікування поширеного туберкульозу легень

1.3. Причини розвинення хронічних деструктивних форм туберкульозу легень.

1.4. Хірургічне лікування поширеного туберкульозу.

Огляд літератури написаний досить лаконічно та доступно для сприйняття, але містить ряд стилістичних помилок. В ньому віддзеркалені проблемні питання, з яких випливає дисертаційна робота.

Розділ 2. «Загальна характеристика та методи дослідження» в якому наведена загальна клінічна характеристика хворих, що включені в дослідження, відображені методи дослідження хворих, оцінка результатів лікування а також методи статистичної обробки матеріалу дослідження.

Групи дослідження сформовані коректно, з дотриманням гендерно-вікової однорідності, з репрезентативністю за всіма ознаками, що досліджувалися. Методи, використані в роботі, є сучасними, адекватними та достатніми для формулювання зважених наукових положень. На окрему увагу заслуговує коректне використання статистичних методів обробки даних. Усе вищезазначене дозволяє оцінити одержані результати, висновки та практичні рекомендації як достовірні та обґрунтовані і відповідають меті та поставленим задачам.

Розділ 3 «Обґрунтування та визначення основних положень системи надання хірургічної допомоги хворим на туберкульоз легень в сучасних умовах» складається з 5 підрозділів:

3.1. Морфологічні аспекти застосування хірургічного лікування у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень.

3.3. Визначення обсягу і тривалості комплексної передопераційної підготовки та критеріїв її ефективності.

3.3. Визначення потреби у хірургічному лікуванні хворих на вперше виявлений деструктивний туберкульоз легень.

3.4. Обґрунтування оптимальних термінів призначення хірургічного лікування у хворих на ВДТБ.

3.5 Розробка та оцінка ефективності застосування алгоритму надання хірургічної допомоги хворим на ВДТБ.

На основі результатів дослідження резекційного матеріалу у хворих, оперованих з приводу мультирезистентного туберкульозу легень дисертант робить наступні, цілком аргументовані, висновки:

- клініко-рентгенологічні дані, які характеризують туберкульозне ураження, повністю підтверджуються результатами морфологічних досліджень, у зв'язку з чим призначення хірургічного лікування у хворих на МРТБ легень має, окрім даних бактеріологічного обстеження, спиратися на оцінку динаміки клініко-рентгенологічних показників перебігу туберкульозного процесу;
- адекватна санація туберкульозного процесу може бути досягнута тільки за

умови видалення пошкоджених структур легені як при обмежених, так і при поширених процесах у межах непошкоджених тканин з урахуванням морфо-функціональної анатомії легені;

- як при поширених, так і при обмежених туберкульозних ураженнях, в переважній більшості випадків, спостерігається збереження активності туберкульозного процесу, в тому числі – при відсутності клінічних та бактеріологічних її ознак, що є підставою до визначення показань до хірургічного лікування при виставленні діагнозу залишкових змін туберкульозу після завершення курсу лікування;
- оптимальним терміном проведення операції є період 7-12 місяців від початку протитуберкульозної терапії.

Дисертантом визначено також критерії та необхідний об'єм передопераційної підготовки, а саме:

- стійка ліквідація ендобронхіту (0 – 1 ступінь за даними ФБС, або мінімальна кількість мокротиння [до 5 мл на добу] протягом на менш ніж 7 – 10 днів);
- повна ліквідація (у обсязі розрізняючої спроможності фізикальних і рентгенологічних методів) вогнищ гострого запального процесу і санація гнійно-деструктивних уражень легеневої паренхіми до “сухого” (тобто відсутності некрозу, детриту та гнійних чи серозно-гнійних виділень) стану;
- санація порожнини емпієми до “клінічної чистоти” (дренажні виділення близькі до серозних за морфологічним складом, добова кількість 10 – 20 мл);
- зведення до мінімуму проявів загальної інтоксикації (нормалізація температури тіла, формули крові, параметрів біохімічного дослідження крові та загального аналізу сечі, стабілізація суб'єктивних показників (загальне самопочуття, апетит, сон і т.п.);
- досягнення компенсації порушень гемостазу (див. розділ 4);
- досягнення компенсації порушень дихання і кровообігу;

- досягнення компенсації або ремісії у перебігу супутніх захворювань.

Основною причиною недостатньої передопераційної підготовки була необхідність виконання хірургічних втручань за розширеними і невідкладними показаннями, серед яких найчастіше зустрічались легенева або внутрішньоплевральна кровотеча, прогресуюча гнійно-резорбтивна лихоманка, прогресуюча дихальна недостатність внаслідок функціонування бронхіальної нориці, дещо рідше – швидке прогресування процесу. Починаючи з 1991 р., ще одною істотною причиною неадекватного обсягу передопераційних лікувальних заходів стали матеріальні труднощі. Крім того, іноді, незважаючи на достатню і за обсягом, і за тривалістю передопераційну підготовку, не вдається досягти стану, що повністю задовольняв би вищенаведеним вимогам щодо умов проведення хірургічного втручання.

Дисертантом доведено, що загальна потреба в хірургічному лікуванні хворих на ВДТБ становить 8,4 % але не менше, ніж 6,6 %; у найбільшому числі випадків є показаною лобектомія (37,1 %), резекція сегменту(ів) (20,9 %) та пневмонектомія (15,3 %).

Розділ 4 . «Застосування колапсотерапевтичних методів у комплексному лікуванні хворих на деструктивний хіміорезистентний туберкульоз» складається з 2 підрозділів.

4.1. Ефективність застосування колапсотерапевтичних заходів у лікуванні хворих на деструктивний ХРТБ легень.

4.2 Лікування хворих на деструктивний хіміорезистентний туберкульоз із застосуванням розробленого комплексу передопераційної підготовки та колапсохірургічних операцій.

На основі проведеного аналізу автор робить ряд висновків.

Застосування колапсотерапевтичних заходів у комплексному лікуванні хворих на деструктивний хіміорезистентний туберкульоз дозволило досягти задовільних результатів у 24 (85,7 %) хворих. При цьому вилікування досягнуто у 19 (67,9 %) пацієнтів, з числа яких у 3 (10,7 %) застосування оперативного лікування не знадобилося.

Застосування диференційованого вибору виду та об'єму операції з використанням колапсхірургічних втручань та заходів комплексної передопераційної підготовки сприяло підвищенню ефективності хірургічного лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень, зменшенню ризику виникнення післяопераційних ускладнень, розширенню меж операбельності зазначеного контингенту.

Розділ 5. «Розробка технології застосування біологічного зварювання тканин при хірургічному лікуванні хворих на туберкульоз легень» складається з 4 підрозділів.

5.1. Оцінка дії низькотемпературної високочастотної коагуляції на легенеvu паренхіму в умовах туберкульозного запалення та визначення її режимів для біологічного зварювання тканин.

5.2. Розробка варіантів застосування низькотемпературної високочастотної коагуляції для біологічного зварювання тканини при виконанні резекції легеневої тканини та для забезпечення її гемостазу і герметизму в умовах операційної травми паренхіми.

5.3 Розробка алгоритму застосування технології біологічного зварювання легеневої паренхіми при лікуванні хворих на туберкульоз легень.

5.4 Розробка способу розтину м'яких тканин при виконанні торакотомії з використанням зварювальної технології.

Застосування біологічного зварювання тканин при хірургічному лікуванні хворих на туберкульоз легень сприяло більш швидкому перебігу етапів післяопераційного періоду, в першу чергу, за рахунок відсутності післяопераційних легенево-плевральних ускладнень, що, у підсумку, забезпечило підвищення ефективності лікування зазначеного контингенту.

Розділ 6. «Розробка способу закриття нориці кукси головного бронху після пневмонектомії»

При розвитку такого важкого ускладнення в післяопераційному періоді після пульмонектомії, як неспроможність кукси бронха, закриття нориці кукси головного бронху за розробленим способом дозволяє досягти стійкої

герметичної обтурації кукси бронха та плевральної порожнини з її подальшою повною облітерацією, виключається необхідність проведення повторного торакотомного оперативного втручання, відсутній ризик травматичних ускладнень, істотно імовірних при оперативному втручанні на зрощених запалених структурах кореня легені, а також відсутня значна операційна травма та пов'язані із цим порушення соматичного стану пацієнта.

Розділ 7. «Розробка алгоритму надання хірургічної допомоги хворим на мультирезистентний туберкульоз легень» складається з 2 підрозділів:

7.1. Визначення причин недостатньої ефективності хірургічного лікування та обґрунтування алгоритму надання хірургічної допомоги хворим на мультирезистентний туберкульоз легень.

7.2. Результати впровадження алгоритму надання хірургічної допомоги хворим на мультирезистентний туберкульоз легень.

На основі проведеного аналізу та виявленого взаємозв'язку між несприятливими передопераційними факторами та незадовільними результатами хірургічного лікування хворих на деструктивний мультирезистентний туберкульоз легень та з урахуванням раніше отриманих власних даних було сформульовано алгоритм надання хірургічної допомоги хворим на мультирезистентний туберкульоз легень. Впровадження сприяло підвищенню ефективності хірургічного лікування зазначеного контингенту, зменшенню ризику виникнення післяопераційних ускладнень та розширенню меж операбельності.

У підсумку, задовільний результат лікування хворих основної групи склав 97,5 %; у групі порівняння – 88,8 %. Летальності в основній групі не було. Результати, отримані при впровадженні, практично співпали з показниками, отриманими при клінічній апробації алгоритму (97,6 %, летальність – 0,0 %; у групі порівняння – 91,7 %; летальність – 2,5 %). В групі порівняння летальність склала 5,0 %.

Результати, отримані при клінічній апробації та впровадженні розробленого алгоритму надання хірургічної допомоги хворим на

мультирезистентний туберкульоз легень, дають підстави для його широкого впровадження в практику фтизіатричних закладів.

Розділ 8. «Віддалені результати хірургічного лікування хворих різними формами туберкульозу легень» складається з 3 підрозділів:

8.1 Оцінка віддалених результатів оперативного лікування хворих на туберкульоз легень.

8.2. Дослідження функції зовнішнього дихання у віддаленому періоді у хворих після пневмонекомій з приводу туберкульозу легень.

8.3 Дослідження гемодинаміки малого кола кровообігу й функціональних параметрів роботи серця у віддаленому періоді у пацієнтів, які перенесли пневмонектомію з приводу туберкульозу легень.

Дисертантом доведено, що у більшості хворих зниження функціональних можливостей єдиної легені було обумовлено клінічною тяжкістю перебігу післяопераційного періоду й виникненням ускладнень (емпієма, бронхіальна норія, пневмонія й ін.), а також наявністю специфічних туберкульозних змін у легені, що залишилися, істотно обмежуючих її функціональні можливості.

Установлено, що зменшення швидкості кровотоку у хворих після пневмонекомії є не тільки наслідком підвищення опору судинної мережі, але й збільшенням в'язкості крові, за рахунок підвищення показників гематокриту у віддаленому періоді. Зниження швидкості кровообігу й збільшення часу контакту із тканинами, поряд з підвищеним вмістом гемоглобіну і кисневої ємності крові є компенсаторними механізмами, які включаються у відповідь на зменшення хвилинного об'єму серця.

Наявність ЕКГ-ознак гіпертрофії міокарду правого шлуночка ($11,7 \pm 0,5$ %), виявлення відкритої легеневої гіпертензії ($16,4 \pm 0,78$ %), зниження величини константи спорожнювання правого й лівого шлуночків навіть у клінічно компенсованих випадках, свідчить про наявність прихованої ЛСН, що вимагає проведення профілактичних заходів розвинення легеневого серця.

Покращення віддалених результатів хірургічного лікування хворих на важкі, лікарськостійкі форми туберкульозу легень може бути вирішена шляхом

удосконалення відбору хворих які підлягають оперативному лікуванню, проведення необхідної та достатньої передопераційної підготовки, удосконалення оперативно-технічного виконання втручань, усунення недоліків ведення наркозу, кваліфіковане ведення післяопераційного періоду.

Розділ “Аналіз та обговорення результатів” узагальнює всі отримані результати. Цей розділ ще раз обґрунтовує отримані висновки. Розділ потребує деякого розширення та обговорення дискусійних питань.

Традиційно оформлені висновки впливають із поставлених задач та мети дослідження. Практичні рекомендації відповідають отриманим результатам досліджень.

“Перелік джерел ” нараховує 404 найменування, написаний згідно з чинними вимогами. Більшість літератури опубліковано в останні 10–15 років.

Повнота викладу матеріалів в опублікованих працях.

За матеріалами дисертації опубліковано 62 наукові праці. Із них 3 монографії, 21 стаття у фахових виданнях рекомендованих МОН України та включених до міжнародних наукометричних баз, 35 у вигляді тез та статей у збірниках наукових з'їздів, конференцій, симпозіумів, 4 патенти на винахід. Публікації повністю розкривають основний зміст рецензованої дисертації. Апробація матеріалів дисертації проводилася на наукових та науково-практичних форумах.

Недоліки дисертації щодо їх змісту та оформлення.

Оформлення дисертації та автореферату відповідає темі дослідження, розкриває їх суть та відповідає вимогам МОН України, їх зміст цілком відображає основні положення роботи. Сама дисертація в цілому заслуговує позитивної оцінки, принципових зауважень щодо оформлення та змісту дисертації немає, проте є зауваження. Наявні поодинокі стилістично невдалі вирази. Деякі розділи дещо перевантажені таблицями, які не впливають на наукову і практичну цінність результатів дослідження. В огляді літератури, не досить повно висвітлені сучасні методики зварювання тканин, що використовуються у хірургічній практиці. У розділі IV відмічається наявність

даних стосовно розподілу пацієнтів, які доцільніше було би перенести до розділу II - «Загальна характеристика та методи дослідження». У висновку 6 необхідно було би конкретизувати у чому саме полягає запропонована методика зварювання біологічних тканин. У авторефераті необхідно було вказати які медичні засоби використовувалися для інгаляційної терапії при проведенні ендобронхіальної санації.

Усі перераховані зауваження не носять принципового характеру, відносяться більше до форми викладення матеріалу і тому не впливають на якість самого наукового дослідження.

В плані дискусії прошу здобувача відповісти на наступні запитання:

Які заходи щодо ліквідації неспецифічних запальних явищ використовувалися у Ваших дослідженнях?

При наявності яких критеріїв у пацієнтів Ви проводили колапсотерапевтичні методики лікування?

Рекомендації щодо використання результатів дисертації у практиці. Результати дисертації можуть використовуватися у всіх протитуберкульозних закладах адміністративних територій України. Частина матеріалу роботи може застосовуватись у навчальному процесі вищих медичних навчальних закладів.

Висновок щодо відповідності дисертації встановленим вимогам

Дисертаційна робота Хмеля Олега Володимировича «Хірургічне лікування хворих на деструктивні форми хіміорезистентного туберкульозу легень та його ускладнень» виконана Державній установі «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» (м. Київ) , (науковий консультант д.мед.н., проф. І. А. Калабуха.), присвячена вирішенню важливої та актуальної проблеми фтизіохірургії - підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на деструктивні форми хіміорезистентного туберкульозу легень на основі розробки системи надання хірургічної допомоги із застосуванням сучасних хірургічних технологій. За актуальністю, обсягом досліджень, отриманими результатами, практичною цінністю та новизною

цілком відповідає вимогам, які пред'являються МОН України до докторських дисертацій.

За своїм змістом, об'ємом, структурою, співвідношенням окремих елементів і оформленням представлена дисертація відповідає основним вимогам, які ставляться до дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертаційна робота відповідає спеціальності 14.01.03 – хірургія.

За своєю актуальністю, науковою новизною, та практичним значеннями дисертаційна робота повністю відповідає вимогам п. 10 «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від № 567 від 24.07.2013 (зі змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України № 656 від 19.08.2015 р.), а її автор гідний присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія.

Професор кафедри хірургії №1 Харківського
національного медичного університету
МОЗ України, д. мед. н., професор

Підпис г.
Засвідчую:



В.В. Макаров

Відгук надійшов до спеціалізованої вченої ради Д 26.613.08

“15” 10 20 19 р.

Вчений секретар

М.М. Гвоздяк