

## **ВІДГУК**

**офіційного опонента, доктора медичних наук, професора  
Дзюбановського Ігора Яковича на дисертаційну роботу Гринчука Андрія  
Федоровича «Диференційоване лікування хворих на поширений гострий  
перитоніт» представлену до захисту у спеціалізовану вчену раду ДФ  
76.600.017, що утворена наказом МОН України № 765 від 02.07.2021 р.  
для розгляду та проведення разового захисту дисертації на здобуття  
наукового ступеню доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» в  
галузі знань 22 «Охорона здоров'я»**

**Актуальність теми.** До теперішнього часу гострі захворювання органів черевної порожнини займають провідне місце в практиці хірурга і однією з складних, часто невтішних проблем є лікування хворих на гострий поширений перитоніт. Питання діагностики цієї патології залишаються "однією з нестаріючих проблем хірургії." Летальність, не дивлячись на значну кількість досліджень з цього питання, залишається високою (П.Г. Кондратенко,2007). Незважаючи на те, що в даний час досягнутий певний успіх в діагностиці та лікуванні гострого поширеного перитоніта, проблема даного ускладнення гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини залишається актуальною і недостатньо вирішеною. Це спричинено значною різноманітністю причин гострого перитоніту та багатогранністю механізмів його розвитку, що призводить до різноманітної тактика лікування.

В зв'язку з цим, проблема вибору оптимального метода лікування хворих на гострий перитоніт, визначення патогномічних факторів ризику та прогнозування перебігу захворювання є актуальною, потребує поглибленого вивчення патогенетичних ланок розвитку цього патологічного стану і розробки нових методів її корекції.

**2. Зв'язок теми дисертації з державними та галузевими науковими програмами.** Дослідження виконані на кафедрі хірургії № 1 Буковинського

державного медичного університету в рамках планової комплексної науково-дослідницької роботи «Особливості діагностики, прогнозування розвитку ускладнень та лікування деяких хірургічних захворювань органів черевної порожнини у хворих з генетично детермінованими предикторами їх несприятливого перебігу» (номер державної реєстрації 0111U006497). Дисертант є співвиконавцем цієї роботи. У науковій роботі автор виконав фрагменти, які стосуються дослідження патогенезу гострого перитоніту, особливостей його діагностики, прогнозування перебігу і тактики лікування.

Тема дисертації затверджена вченою радою ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (протокол № 2 від 28.09.2017 р.).

### **3. Наукова новизна дослідження та одержаних результатів.**

Експериментально-клінічний характер досліджень дозволив отримати нові наукові дані:

-вперше здійснена комплексна порівняльна оцінка динаміки протеолітичної, фібринолітичної активності, редокс-реакцій плазми крові й тканин, морфологічних змін в стінках тонкої кишки, печінці, нирок, селезінки, легень протягом розвитку гострого перитоніту і виявлений взаємозв'язок між функціональними та структурними змінами;

-вперше вивчена можливість об'єктивного визначення поширеності гострого перитоніту шляхом проведення порівняльних дослідження змін оптичних властивостей очеревини за різних форм гострого перитоніту, показано, що зростання ширини зони розсіювання лазерного променя запально зміненою очервиною, порівняно до незміненої, понад 1,5 рази може слугувати об'єктивним критерієм наявності перитоніту;

-вперше проведена порівняльна морфологічна оцінка редукції запальних змін очеревини після санації очеревинної порожнини розчинами антисептиків та інтраочеревинної інстиляції розчину інтерферону  $\alpha 2b$ , показано, що його уведення після промивання розчином антисептика сприяє прискоренню активації місцевих механізмів захисту і адекватному розвитку процесів регенерації;

-уточнені наукові дані щодо стадійності розвитку гострого перитоніту, доведена наявність двох періодів – 6-24 год і 48-72 год, об'єднаних спільними закономірностями змін досліджених біохімічних і морфологічних критеріїв, котрі зумовленими якісними відмінностями функційної активності регуляційних механізмів і структурних змін органів впродовж розвитку гострого перитоніту;

-вперше запропонований новий спосіб диференційної діагностики гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, заснований на порівняльному визначенні інтенсивності люмінесценції плазми венозної крові на довжинах хвиль  $\lambda=468-475$  нм, показано, що зміщення пікових показників інтенсивності люмінесценції у короткохвильовий діапазон можна використовувати, як критерій диференційно-діагностичного розмежування;

-вперше запроваджений розроблений спосіб діагностики поширеності перитоніту шляхом визначення ширини зони розсіювання лазерного променя очеревиною;

-вперше запропонований новий спосіб двоетапного прогнозування післяопераційного перебігу гострого перитоніту шляхом комплексного оцінювання характеристик причини і тяжкості перитоніту, коморбідної патології, показників загального аналізу крові і особливостей проведеного хірургічного втручання, який дозволяє обґрунтовано виділяти різні групи ризику виникнення ранніх післяопераційних ускладнень;

-вперше запропонований новий алгоритм лікувальної тактики гострого перитоніту, заснований на диференційованому виборі обсягу лікувальних заходів до, протягом і після операції, який ґрунтується на урахуванні ризику виникнення ускладнень;

-уточнені дані щодо ефективності розробленого способу пролонгованої санації очеревинної порожнини при перитоніті за допомогою запропонованого дренажно-санаційного пристрою, показано, що його застосування дозволяє на 18,18 % скоротити кількість інтраабдомінальних запальних ускладнень.

#### **4. Практичне значення результатів дослідження.**

Отримані дані стали підґрунтям для напрацювання науково обґрунтованої комплексної лікувальної тактики у хворих на гострий перитоніт, яка передбачає диференційований вибір обсягу заходів на всіх етапах лікування, з урахуванням виділення груп звичайного, збільшеного, середнього та високого ризику виникнення ускладнень.

У результаті наукових досліджень створено та запроваджено в практичну діяльність закладів охорони здоров'я:

- метод диференційної діагностики гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, що базується на визначенні інтенсивності флуоресценції плазми венозної крові (патент на корисну модель № 139478);

- метод діагностування поширеності перитоніту (патент на корисну модель № 143288), який полягає у вимірюванні ширини зони розсіювання лазерного променя очеревиною

- метод санації очеревинної порожнини, який полягає і інтраочеревинному уведенні розчину інтерферону  $\alpha 2b$  (патент на корисну модель № 116220);

- шкала для передбачення розвитку ранніх післяопераційних ускладнень, що передбачає двоетапне прогнозування з виділенням груп звичайного, збільшеного, середнього і високого ризику їх виникнення (патент на корисну модель № 143294);

- новий спосіб формування дуоденостоми;

- новий спосіб пролонгованої санації і дренивання очеревинної порожнини (патент на корисну модель № 109756) шляхом застосування розробленого дренажно-санаційного пристрою (патент на корисну модель № 109758);

Науково обґрунтована лікувальна тактика дозволила уникнути ускладнень у хворих на дифузний перитоніт, на 9,1 % знизити летальність у хворих на розлитий перитоніт, на 18,8 % знизити частоту розвитку залишкових інтраабдомінальних інфільтратів, запобігати нагноєнням післяопераційної рани, скоротити терміни перебування хворих на поширені форми перитоніту у стаціонарі, в середньому, на 2,5 дні.

Результати роботи впроваджені в практику наукових досліджень та навчальний процес кафедри хірургії № 1 (затверджено 01.02.21) Буковинського

державного медичного університету, кафедри хірургії № 1 (затверджено 03.02.21) Івано-Франківського національного медичного університету, кафедри хірургії № 1 з урологією та малоінвазивною хірургією імені Л.Я. Ковальчука (затверджено 05.02.21) Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, кафедри оптики та видавничо-поліграфічної справи (затверджено 08.02.21) Інституту фізико-технічних та комп'ютерних наук Чернівецького національного університету ім. Ю. Федьковича, а також у клінічну практику лікувальних установ: ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» (затверджено 01.03.21), КНП «Міська клінічна лікарня №1 Івано-Франківської міської ради» (затверджено 29.01.21), КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої медичної допомоги» (затверджено 18.01.21), КНП «Коломийська центральна районна лікарня» Коломийської районної ради (затверджено 26.02.21), що засвідчують відповідні акти впровадження.

За темою дослідження опубліковано 45 робіт (одноосібно – 16): 1 монографія, 16 журнальних статей, з них 14 – у фахових виданнях України, 2 – у періодичних закордонних виданнях, з яких 1 – у виданні, що індексується базами Scopus і Web of Science, 24 – у збірниках матеріалів конференцій України, 4 – у закордонних збірниках матеріалів конференцій. Отримано 6 патентів України на корисну модель.

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

У роботі використані стандартні і високоінформативні сучасні методи дослідження. Аналізу піддано достатню кількість клінічного матеріалу. Отримані в цифровому значенні результати піддані статистичній обробці за сучасними методиками. Всі наукові положення, висновки та рекомендації, сформульовані в дисертації, базуються на матеріалі багатofакторного аналізу експериментальних дослідження і клінічного обстеження та лікування хворих.

## **6. Завершеність дисертаційної роботи та зауваження щодо її змісту та оформлення.**

Дисертаційна робота являє собою завершене наукове дослідження, в якому чітко зазначена мета і завдання, вірно обрано методологічні і методичні інструменти їх реалізації, витримана послідовність наукового пошуку з наступним порівняльним аналізом даних, виявлено закономірності та сформульовані науково-практичні положення, які слід вважати вірогідними і такими, що не викликають сумнівів.

Дисертаційна робота, як і кожне наукове дослідження, не позбавлена ряду недоліків і зауважень. Однак, зазначені зауваження не мають принципового характеру, не зменшують цінності наукового дослідження, а носять скоріше рекомендаційний характер.

Дисертаційна робота Гринчука Андрія Федоровича викладена літературною українською мовою на 234 сторінках комп'ютерного тексту і побудована за загальноприйнятим планом в традиційному для клініко-експериментальних робіт стилі згідно вимог і складається з анотації: вступу, огляду літератури, розділу опису матеріалів та методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який включає 278 найменувань (з яких 1212 — кирилицею і 156 — латиницею), додатків (2).

Робота ілюстрована 108 рисунками та 31 таблицями. Основний текст роботи викладено на 175 сторінках.

**В першому розділі**, який викладено на 16 сторінках, представлено огляд літератури з проблеми в трьох підрозділах: окремі аспекти етіології та патогенезу гострого перитоніту, сучасні проблеми вибору лікувальної тактики у хворих на гос трий перитоніт та сучасні проблеми лікування гострого перитоніту.

Пошукачем проведено глибокий аналіз сучасних вітчизняних та закордонних літературних джерел. Відсутність єдиної думки серед хірургів щодо питання вибору лікувальної тактики дозволило правильно обрати напрямок своїх

досліджень і слугувало передумовою для чіткого визначення мети і конкретних завдань дослідження для напрацювання обґрунтованих рекомендацій.

Підсумовуючи аналіз літератури з проблем гострого перитоніту автор зазначає, що жодне з питань не знайшло остаточного вирішення. Розділ конкретний, логічний і глибокий у вивченні поставленої проблеми.

В **другому розділі** наведена інформація про матеріал та методи дослідження, який представлено на 6 сторінках.

Відповідно до мети та завдань, дослідження складалося з експериментальної частини, яку було проведено на 144 білих нелінійних щурах, ретроспективного аналізу медичних карт і клінічно-лабораторних обстежень хворих на різні форми гострого перитоніту. При виконанні роботи дотримувались загальноприйнятих світових та вітчизняних норм здійснення досліджень у галузі біології та медицини, а саме: положеннями Гельсінської декларації з прав людини, Ванкуверської конвенції про біомедичні дослідження (1979,1994) та інших законодавчих актів, що діють на території України. Усі хворі давали письмову згоду на здійснення розробленого плану обстеження та лікування, включно з хірургічним, у кожному конкретному випадку (висновок комісії з питань біомедичної етики Буковинського державного медичного університету, протокол № 7 від 18.03.2021 р.).

Дослідження ширини зони розсіювання лазерного променя парієтальною очеревиною проведені на 20 щурах. У 10 тварин моделювали асептичний перитоніт, у 10 – септичний перитоніт. Контролем були дані, отримані у 10 інтактних тварин.

Дослідження окисно-відновних, протеолітичних, фібринолітичних реакцій у плазмі крові, гістологічні та гістохімічні дослідження очеревини і внутрішніх органів проведені на 60 щурах. Контрольну групу утворили 10 тварин, у 50 щурів моделювали перитоніт.

Дослідження ефективності різних методів санації очеревинної порожнини проведені на 64 щурах. У контрольну і дослідну групи увійшли по 32 тварини.

Клінічний матеріал утворили 90 хворих віком від 18 до 78 років з різними причинами, формами і розповсюдженням перитоніту.

Дослідження ширини розсіювання лазерного променя очеревиною дисертантом проведені у 28 хворих.

Для ретроспективного аналізу пошукачем досліджено 169 медичних карт хворих на гостру хірургічну патологію, ускладнену різними формами перитоніту

Для оцінювання перитоніту автор використовував Мангаймський перитонітний індекс, а для оцінювання супутньої патології визначав клас поєднаної патології за Гринчуком Ф.В.(2018), досліджував оптичні властивості плазми, фібринолітичну та протеолітичну активність плазми крові, рівень молекул середньої маси, ступінь окиснювальної модифікації білків плазми крові, рівень еритроцитів, вміст малонового альдегіду, вміст церулоплазміну, визначав сульфгідрильні групи в плазмі крові та інше.

В експерименті автор досліджував окисно-відновні, протеолітичні, фібринолітичні реакції в плазмі крові, а також гістологічні та гістохімічні дослідження очеревини і внутрішніх органів. Для дослідження ефективності різних способів санації очеревинної порожнини у щурів через 12 год після ініціації перитоніту дослідник виконував лапаротомію і санацію очеревинної порожнини розчином декаметоксину, інтерферону  $\alpha 2b$  на 0,9% NaCl (0,3 млн МО/1 мл) у дозі 0,3 млн МО на 100 г маси. Через 6, 12, 24 і 48 год після операції проводили забір парієтальної очеревини та евтаназію тварин.

Статистичне обчислення результатів досліджень проводили з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel (build 11.5612.5703) та програми для статистичного обчислення Statgraphics Plus5.1 Enterprise edition (©Statistical Graphics corp. 2001).

Слід зазначити, що розподіл пацієнтів, методи дослідження є адекватними меті роботи, тому сумнівів у вірогідності результатів дослідження не виникає.

**Третій розділ** дисертаційної роботи присвячений аспектам патогенезу гострого перитоніту. Автор цілком слушно відмічає, що патогенетичні ланки ГП вивчені досить детально на різних рівнях – від тканинного до молекулярного. Втім наслідки захворювання свідчать про нагальну потребу продовження пошуків, так, як комплексних досліджень змін протеолітичної, фібринолітичної, оксидантно-антиоксидантної систем недостатньо висвітлені в літературі.



Для відтворення ГП автор інтраочеревинно вводив пункційно 10% суміші автокалу в дозі 1 мл на 100 г маси. Для вивчення механізмів патогенезу гострого перитоніту дослідник вивчив реакції протеолізу, фібринолізу, перекисного окиснення, антиоксидантного захисту, ендотоксикозу, а також морфофункційних змін внутрішніх органів.

В першому підрозділі цієї глави автор вивчав динаміку протеолітичної та фібринолітичної активності плазми крові за умов експериментального перитоніту. Дослідник доказово довів, що протягом розвитку ГП відбуваються зміни активності механізмів протеолізу і фібринолізу, сутність яких прямо залежить від його фази. На ранніх етапах, впродовж 6-12 год від початку, співвідношення динаміки досліджених показників засвідчували узгоджені контрольовані зміни активності механізмів, спрямовані на регуляцію запального процесу. Через 24 год виявляються ознаки деякої невідповідності, зокрема, надмірного наростання колагеназної і неферментаційної активності плазми. Через 48 год зафіксовані ознаки розвитку дисбалансу механізмів протеолізу і фібринолізу, зумовленого по-ступовим виснаження їхньої функційної здатності, а також впливом неконтрольованих чинників, джерелом яких є продукти розпаду тканин, бактерій та їхньої життєдіяльності. Через 72 годин, зазначені прояви неконтрольованого необмеженого активування протеолізу, розвитку ДВЗ-синдрому, що спричиняли порушення функційного стану систем – регуляторів запального процесу (згортальної, калікреїн-кінінової, імунної тощо), заподіюють порушення регенерації. Безпосередній вплив активних ферментів руйнує білкові структури, що спричиняло поширеності ураження органів і тканин. Зростає вміст протеолізу, які є ендогенними токсинами. Паралельне зниження спроможності органів детоксикації, зокрема, зумовлене необмеженим протеолізом, що сприяло прогресуванню ендотоксикозу. Автор наголошує, що сукупний вплив зазначених процесів є однією з складових виникнення синдрому поліорганної дисфункції, який часто визначає наслідки лікування хворих на поширений гострий перитоніт. Виявлені автором дані мають не лише теоретичне, але й суто практичне значення, оскільки створюють основу для обґрунтованої медикаментозної корекції за клінічних умов.

При дослідженні автором динаміки активності окисних процесів у крові та антиоксидантної системи за умов експериментального перитоніту (підрозділ 2) було виявлено, що розвиток ГП супроводжує прогресуюче активування окиснення ліпідів і білків, які, через 12 год після ініціації ГП набували вибухоподібного перебігу. Паралельно синхронно зростала активність механізмів антиоксидантного захисту. Надалі, через 24 і 48 годин, спостерігалися ознаки розвитку і прогресування оксидативного стресу, що створило передумови для грубих порушень окисного метаболізму, рівноваги редокс-реакцій з розвитком неспроможності механізмів АОС.

Отримані дослідником результати створюють основу для обґрунтованої медикаментозної корекції за клінічних умов, залежно від фази перебігу перитоніту.

В третьому підрозділі цієї глави пошукач провів комплексне оцінювання механізмів розвитку гострого перитоніту в експерименті. Це дозволило виділити дві стадії, поєднані спільними комплексними закономірностями змін лабораторних показників, які вказують на відмінності функційної активності досліджених регуляційних механізмів протягом розвитку гострого перитоніту і довів, що питання стадійності гострого перитоніту має не лише суто наукове, але й важливе практичне значення, зокрема, дозволяє пропонувати певні рекомендації з медикаментозної корекції у відповідну стадію його розвитку.

В четвертому підрозділі цієї глави автор провів комплексне оцінювання морфологічних змін внутрішніх органів - тонкої кишки, печінки, нирок, селезінки, легень впродовж розвитку гострого перитоніту в експерименті. Результати гістологічних і гістохімічних досліджень дозволили автору підсумувати, що протягом розвитку гострого перитоніту у експериментальних тварин виявляються два розмежованих періоди, які принципово відрізняються морфологічними проявами. Впродовж першого, який триває 6-24 годин, зміни, що спостережені в органах, свідчать про виникнення функціональних змін. У наступний період, що починається через 48 год, виникають явища дегенерації і деструкції в тканинах усіх досліджуваних органів, які прогресують через 72 год. Результати проведеного аналізу дають змогу стверджувати, що адекватними

назвами цих стадій є реактивна і токсична.

.Слід зауважити, що цей розділ інформативно ілюстрований рисунками.

**Четвертий розділ** представленої автором дослідницької роботи «Експериментальне обґрунтування нових методів діагностики і лікування гострого перитоніту» складається з двох підрозділів і матеріали в них викладено на 15 сторінках.

В першому підрозділі наводиться об'єктивне визначення поширеності гострого перитоніту. Для вивчення цього питання автор зосередився на дослідженні змін оптичних характеристик тканин, які можуть, зокрема, змінюватися у разі розвитку запально-деструктивних процесів. Проведені експериментальні дослідження, засновані на здатності проникнення монохроматичного когерентного випромінювання в глибину біологічних тканин і його розсіювання.

Об'єктом дослідження були 27 нелінійних білих щурів. Дослідник проводив опромінення парієтальної очеревини монохроматичним лазерним променем з довжиною хвилі випромінювання 0,63 мкм, джерелом якого був лазерний світлодіод, і визначали ширину зони розсіювання лазерного променя.

Ширина зони розсіювання очеревиною лазерного променя у тварин з моделями асептичного гострого перитоніту була статистично істотно меншою, ніж у тварин з моделями септичного гострого перитоніту.

Гістологічні дослідження очеревини у тварин першої групи в цей період виявили ознаки серозного запалення з елементами початкового утворення фібринозного ексудату, у тварин другої групи - ознаки гнійного запалення.

Пошукач наголошує, що зростання відношення ширини зони розсіювання когерентного променя, джерелом якого є напівпровідниковий лазерний діод, запально зміненою ділянкою парієтальної очеревини до ширини зони розсіювання такого ж променя здоровою очеревиною в 1,5-2 рази вказує на наявність асептичного гострого перитоніту, а збільшення показника відношення понад двічі, свідчить про розвиток септичного процесу.

Проведене автором дослідження вимірювань є простим і швидким, не потребує застосування вартісного обладнання. Результати експериментальних досліджень вказують на можливість клінічної апробації запропонованого методу, застосування якого, разом з візуальними характеристиками, значною мірою допоможе чітко встановлювати межі поширення перитоніту.

В другому підрозділі цієї глави автор наводить експериментальне обґрунтування інтраочеревинного уведення інтерферону  $\alpha 2b$  для лікування гострого перитоніту на 64 білих нелінійних щурах. Промивання очеревинної порожнини розчином декаметоксину для лікування гострого перитоніту спричиняє пригнічення реакції клітинних механізмів захисту. Інтраочеревинне уведення інтерферону  $\alpha 2b$  після санації розчинами антисептиків сприяє прискореній активації механізмів захисту і їхньому адекватному функціонуванню. Через 6 год спостерігаються ознаки адекватної реакції неспецифічної ланки клітинного захисту на тлі менш виразних запальних змін парієтальної очеревини. Через 12 год виявляються ознаки активації специфічної ланки, а через 48 год – ознаки розвитку процесів регенерації. Отримані дослідником результати експериментальних досліджень свідчать про можливість і доцільність використання такого способу лікування гострого перитоніту у хворих.

В п'ятому розділі « Діагностування гострого перитоніту і прогнозування ускладнень, як основа вибору лікувальної тактики » автором проводиться дослідження використання оптичних методів для діагностування гострої хірургічної патології (перший підрозділ). Вивчена можливість використання з діагностичною метою визначення спектрів люмінесценції плазми венозної крові, зміни яких, супроводжують розвиток патологічних станів, які є основною причиною розвитку гострого перитоніту. Це покращує діагностування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Оптимізація діагностики на думку автора, сприяє вчасному розпізнаванню окремих захворювань.

В другому підрозділі автором проводиться об'єктивне визначення поширеності гострого перитоніту за клінічних умов. Проведене в експерименті дослідження відмінностей ширини зони розсіювання лазерного променя

очеревиною за різних форм гострого перитоніту засвідчили можливість використання показника для об'єктивного оцінювання наявності запальних змін парістальної очеревини, для оцінювання визначення тяжкості гострого перитоніту і для визначення його поширеності, що має вагоме значення як складова вибору обсягу інтраопераційних заходів, зокрема, застосування дренажів. Автор наголошує в дослідженні про необхідність напрацювання методу, що дозволив би об'єктивно визначати поширеність гострого перитоніту і буде сприятиме оптимізації вибору таких заходів. Для визначення ефективності напрацьованого в експерименті способу оцінки поширеності гострого перитоніту (патент № 116220) автором обстежено 28 хворих. Встановлено, що абсолютні показники ширини зони розсіювання очеревиною суттєво відрізнялися. Параметри показника закономірно були найменшими на незмінній очеревині і показники в разі наявності гнійного випоту очікувано були найвищими. Автор реально наголошує, що навіть з урахуванням певної суб'єктивності методу, його використання дозволяє значно збільшити об'єктивність оцінювання поширеності запального процесу в очеревинній порожнині. Застосування методу сприяє чіткішому визначенню показань до вибору певного обсягу інтраопераційних заходів.

В третьому підрозділі наведено принципи прогнозування виникнення ускладнень, як основа вибору тактики лікування хворих на гострий перитоніт. Автором наведено низка прогностичних систем, які запропоновані для окремих видів гострого перитоніту.

Важливо, на думку дослідника є те, що переважна більшість прогностичних шкал дозволяє визначати ризик виникнення ускладнень лише після операції і це обмежує можливість обґрунтованого застосування профілактичних заходів уже протягом передопераційного підготування. З цією метою пошукачем проведений ретроспективний аналіз наслідків лікування 169 хворих на гостру хірургічну патологію, ускладнену різними формами гострого перитоніту. Дослідник аналізував клінічні та антропометричні дані, результати лабораторних методів, параметри Мангеймський індекс перитоніту, класу поєднаної патології, вік. Вплив факторів визначав за допомогою дисперсійного аналізу.

Остаточне визначення ризику проводилось з урахуванням даних інтраопераційної ревізії та лабораторних досліджень.

Запропонована прогностична шкала дозволяє обґрунтовано виділяти групи низького, середнього і високого ризику виникнення післяопераційних ускладнень у хворих з гострим перитонітом. Проведення прогнозування в два етапи – до та під час операції, дозволяє диференційовано застосовувати профілактичні заходи протягом проведення передопераційної підготовки, під час операції та впродовж післяопераційного лікування.

В шостому розділі дисертаційної роботи «Диференційована тактика лікування хворих на гострий перитоніт» дослідником пропонується алгоритм, який відображує основні, принципові, етапи діагностично-лікувальних заходів у хворих на гострий перитоніт. Його застосування дозволяє диференційовано обирати необхідний обсяг заходів на всіх етапах лікування на основі обґрунтованого виділення груп ризику. Першим підрозділом цього розділу автор наводить комплексне консервативне лікування хворих на гострий перитоніт.

За основу корекції тактики лікування дослідник пропонує розроблену прогностичну шкалу. У хворих, віднесених до групи звичайного і збільшеного ризику за визначення показань до передопераційного підготування і його обсягу доцільно керуватися стандартними принципами. Водночас у пацієнтів групи збільшеного ризику за даними проведеного аналізу зростає ймовірність виникнення ранових ускладнень (інфільтрати, нагноєння), тому необхідним є посилення антибактеріальної терапії, а саме, призначення двох антибіотиків широкого спектра дії, які взаємно посилюють антибактеріальну активність лікування. Хворим, віднесеним до групи середнього ризику, передопераційне підготування необхідно проводити навіть за відсутності стандартних показань (порушення гемодинаміки, клініка розлитого перитоніту). Підготування у таких пацієнтів має превентивне значення. Передопераційне підготування показано всім хворим, віднесеним до групи високого ризику. Здебільшого це пацієнти з токсичною стадією гострого перитоніту. Медикаментозний комплекс спрямовуємо на корекцію наявних розладів функції органів і систем та боротьбу з інфекцією, з урахуванням виявлених особливостей механізмів розвитку гострого

перитоніту, автор рекомендує призначати засоби, що впливають на надлишкову активність протеолітичної системи, нівелюють надмірну активність окисних реакцій, регулюють систему гемостазу, призначати препарати гепато- і нефропротекторної дії.

Хворим, віднесеним до груп звичайного і збільшеного ризику, з огляду на відсутність у них проявів порушень функціонування компенсаційно-приспосувальних механізмів, корекція, здебільшого, не показана.

Хворим з групи середнього ризику такі заходи показані за наявності розлитого перитоніту. У разі місцевого перитоніту ці засоби, здебільше, не показані, а за дифузного ГП показання слід визначати індивідуально, керуючись клінічними проявами і результатами лабораторних обстежень.

Всім хворим, віднесеним до групи високого ризику, проведення корекції абсолютно показаним. До складу терапії слід обов'язково включати антиоксидантні й антипротеолітичні препарати, регулятори мікроциркуляції, гепатопротектори, нефропротектори, доцільним є переливання свіжозамороженої плазми.

Одним з пріоритетних завдань післяопераційного лікування є відновлення функцій травного каналу. Суттєву роль при цьому відіграє його декомпресія, раннє ентеральне харчування. Важливою складовою післяопераційного лікування є догляд за операційною раною з метою профілактики запальних і нагнійних ускладнень.

Цей підрозділ ілюстрований клінічними випадками, що підтверджує висновки і рекомендації автора.

Другим важливим підрозділом цієї глави є хірургічне втручання, як основа лікування хворих на гострий перитоніт. Автор підкреслює думку інших дослідників, що основним методом лікування перитоніту є екстрена операція під час якої вирішується наступні основні завдання: усунення джерела перитоніту, санація очеревинної порожнини, забезпечення умов для ефективного дренивання черевної порожнини й створення можливості для локального впливу на запальне вогнище та ініційовані ним патологічні процеси в післяопераційний період.

Проведені дослідження впевнено засвідчили, що раціональною основою для

цього може бути запропонована дослідником прогностична шкала.

У хворих, віднесених до групи звичайного ризику, обсяг операції не відрізняється від рекомендованого. У хворих, віднесених до групи збільшеного ризику, зростає небезпека виникнення ранових ускладнень, насамперед, запально інфільтративних і нагноєння післяопераційної рани. Для їх профілактики дослідник вважає за необхідне після зашивання очеревини проводити поетапну санацію рани розчинами антисептиків протягом накладання швів. У пацієнтів з надмірною вагою і ожирінням неодмінно дренування підшкірної клітковин латексними випускниками. У разі виразних запальних змін глибоких шарів рани, за наявності супутньої патології, що порушує процеси регенерації (цукровий діабет, хронічні захворювання печінки, нирок, легень тощо) - залишає випускники під апоневрозом і за наявності таких додаткових чинників ризику застосовував також активне дренування рани.

У хворих, віднесених до групи середнього ризику слід акцентувати на заходах із запобігання інтраабдомінальним ускладненням, кількість яких, за даними автора, у таких пацієнтів зростає. За виникнення неспроможності швів кукси ДПК після резекції шлунка, у випадках повторних перфорацій гострих виразок, у разі ятрогенної травми ДПК автором запропонований спосіб формування дуоденостоми через круглу зв'язку печінки. Пошукач наводить схему виконання напрацьованого способу дуоденостомії

У хворих, віднесених до групи середнього ризику виникнення ускладнень, автор вважає за необхідне збільшувати кількість дренажів черевної порожнини і керується такими базовими рекомендаціями: принаймні один дренаж у разі місцевого перитоніту, два – за дифузного, чотири – за розлитого перитоніту.

У хворих з розлитим гнійним перитонітом, виразними запальними змінами тканин, наявністю міцних нашарувань фібрину, які не піддаються атравматичному видаленню, вважає за доцільне застосовувати додаткових заходів, спрямовані на санацію очеревинної порожнини - розроблений спосіб інтраперитонеального введення розчину інтерферону  $\alpha 2b$  на 0,9% розчині натрію хлориду (0,3 млн МО/1 мл) в дозі 3 млн МО.

Пошукач в своїй роботі звертає увагу, що раціональним підґрунтям для



визначення потреби у запрограмованих повторних санаціях може бути розроблена прогностична шкала і розроблений спосіб (патент № 109756), основою якого є використання напрацьованого багатопросвітнього пристрою (патент № 109758), через який після операції проводимо дренажування і санацію очеревинної порожнини. Автором ілюстративно наводиться схема будови і поперечного розрізу розробленого пристрою для санації і дренажування очеревинної порожнини.

Конструкція пристрою дозволяє використовувати його впродовж тривалого проміжку часу, забезпечуючи адекватне активне та пасивне дренажування найбільш уражених ділянок очеревинної порожнини, оскільки, за потреби, є можливість провести промивання пристрою ззовні антисептичними розчинами через трубку меншого діаметру без небезпеки переміщення інфікованих відкладень у черевну порожнину.

Для оцінювання ефективності напрацьованої автором лікувальної тактики проведено порівняльне обстеження 26 хворих прооперованих з приводу гострого перитоніту, яких, згідно з запропонованою прогностичною шкалою, віднесли до групи високого ризику. У жодного хворого, яким застосовували подовжену санацію, не було інтраабдомінальних ускладнень.

Автор резюмує, що покращення результатів лікування хворих на гострий перитоніт можливе лише за умови комплексного підходу, базисом якого є патогенетично обґрунтована оптимізація всіх етапів лікування. Раціональною основою змін тактики можуть стати запропонована здобувачем прогностична шкала, алгоритм і методи лікування.

Розділ 7. Аналіз і узагальнення результатів дослідження побудований за традиційною схемою. Автор робить узагальнення результатів лікування де проводить порівняльний аналіз з даними інших дослідників. Зауважень до розділу не має.

## **8. Висновок.**

Дисертаційна робота Гринчука Андрія Федоровича «Диференційоване лікування хворих на поширений гострий перитоніт» за обсягом, науково-методичним рівнем, фактичною новизною отриманих результатів являє

собою цілісне і завершене наукове дослідження, яке містить оригінальний підхід до лікування складної проблеми абдомінальної хірургії –поширеного гострого перитоніту. За актуальністю, теоретичною і практичною цінністю отриманих даних, рівнем оприлюднення та впровадження результатів дослідження, вона повністю відповідає п. 10 «Порядку проведення експерименту з присудження ступеня доктора філософії», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 167 від 06.03.2019, а здобувач заслуговує на присвоєння наукового ступеня доктора філософії за спеціальності 222 Медицина в галузі знань 22 охорона здоров'я.

Завідувач кафедри хірургії факультету  
післядипломної освіти Тернопільського  
національного медичного університету  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,  
Заслужений діяч науки і техніки України,  
доктор медичних наук, професор



Дзюбановський І.Я.



завіряю

заступник ректора з кадрових питань

Тернопільського національного

медичного університету

