Облікова картка дисертації

I. Загальні відомості

Державний обліковий номер: 0821U102517

Особливі позначки: відкрита

Дата реєстрації: 01-11-2021

Статус: Захищена

Реквізити наказу МОН / наказу закладу:

II. Відомості про здобувача

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Сідорук Сергій Сергійович
2. Sidoruk Serhii Serhiiovych

Кваліфікація:

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Вид дисертації: доктор філософії

Аспірантура/Докторантура: так

Шифр наукової спеціальності: 222

Назва наукової спеціальності: Медицина

Галузь / галузі знань:

Освітньо-наукова програма зі спеціальності: Не застосовується

Дата захисту: 28-10-2021

Спеціальність за освітою: 7.12010001 Лікувальна справа

Місце роботи здобувача: КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

Код за ЄДРПОУ: 02004717

Місцезнаходження: вул. Пілотська, 1, м. Хмельницький, Хмельницький р-н., Хмельницька обл., 29000, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

III. Відомості про організацію, де відбувся захист

Шифр спеціалізованої вченої ради (разової спеціалізованої вченої ради): ДФ 20.601.016

Повне найменування юридичної особи: Івано-Франківський національний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010758

Місцезнаходження: вул. Галицька, буд. 2, м. Івано-Франківськ, Івано-Франківська обл., 76018, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

IV. Відомості про підприємство, установу, організацію, в якій було виконано дисертацію

Повне найменування юридичної особи: Івано-Франківський національний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010758

Місцезнаходження: вул. Галицька, буд. 2, м. Івано-Франківськ, Івано-Франківська обл., 76018, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

V. Відомості про дисертацію

Мова дисертації:

Коди тематичних рубрик: 76.29.39

Тема дисертації:

1. Клінічна діагностика та вибір хірургічного методу лікування пацієнтів з хронічним гемороєм III-IV ступеня
2. Clinical diagnosis and choice of surgical treatment for patients with chronic grade III-IV hemorrhoids

Реферат:

1. У дисертації наведені теоретичні узагальнення і нове вирішення проблеми діагностики і лікування пацієнтів з хронічним гемороєм III-IV ступеня за Goligher, яке включає обґрунтування ролі функціональних розладів дефекації, дисплазії сполучної тканини та кровопостачання кавернозних тілець прямої кишки, якості життя хворих у безпосередньому та віддаленому періодах, результати яких дозволили удосконалити та доповнити методи операційного лікування. Проведене клінічне обстеження і лікування 140 пацієнтів з хронічним гемороєм III-IV ступеня за Goligher. Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 58 (41,4±4,20 %), жінок - 82 (58,6±4,20 %). Більша частина пацієнтів була молодого віку (52,1±4,20 %). Особи середнього віку склали 25,0±3,70 %, літнього та старечого – 22,9±3,50 %. У всіх пацієнтів проводили пальцеве дослідження прямої кишки. Тонус зовнішнього і внутрішнього сфінктера був достатнім у 69,3±3,90 % і 62,9±4,08 % відповідно (p<0,001). Розтяжність і еластичність зовнішнього сфінктера була збережена у більшості пацієнтів (p<0,001) – 72,1±3,79 % і 76,4±3,59 %. Рідко при огляді у пацієнтів з хронічним гемороєм спостерігалася болючість – 8,6±2,37 %. Достатня вираженість вольового скорочення відмічалася у більшості пацієнтів –

92,9±2,18 % (p<0,001). Оцінку аноректальної дисфункції у пацієнтів з хронічним гемороєм III-IV ступеня за Goligher проводили, згідно критеріїв Rome IV. У пацієнтів з хронічним гемороєм III ступеня за Goligher достовірно рідше зустрічалися такі прояви аноректальної дисфункції як нетримання калу (OR 0,33, 95 %, CI 0,14-0,76, p=0,01), невизначений функціональний аноректальний біль (OR 0,24, 95 %, CI 0,09-0,60, p=0,003), швидкоплинна прокталгія (OR 0,18, 95 %, CI 0,06-0,56, p=0,003) та функціональні розлади дефекації (OR 0,26, 95 %, CI 0,11-0,60, p=0,002). Синдром Levator ani зустрічався з однаковою частотою і недостовірно відрізнявся у пацієнтів з різним ступенем тяжкості геморою. Дві і більше форми також частіше діагностували при геморої IV ступеня за Goligher - OR 9,05, 95 %, CI 3,70-22,15, p=0,001. При застосуванні методики огляду, рекомендованої ACG Clinical Guideline, в результаті аналізу функціонування м'язових елементів, які забезпечують адекватний механізм дефекації у пацієнтів з гемороєм III і IV ступеня за Goligher нами було виявлено п'ять варіантів функціональних розладів дефекації: фізіологічна реакція – у 51 пацієнта (36,4±4,07 %); диссинергія сфінктера – у 9 пацієнтів (6,4±2,07 %); спазм пуборектальної петлі – у 6 пацієнтів (4,3±1,71 %); диссинергічна дефекація – у 39 пацієнтів (27,9±3,79 %); неадекватна пропульсія – у 35 пацієнтів (25,0±3,66 %). При статистичному розподілі пацієнтів з хронічним гемороєм в залежності від віку та наявності дисфункції сфінктера і пуборектального м'язу, нами було встановлено, що різні порушення акту дефекації достовірно частіше спостерігалося у осіб молодого і зрілого віку. Було встановлено, що у 83 пацієнтів (59,3±4,15 %) була легка форма неспецифічної дисплазії сполучної тканини і у 57 (40,7±4,2 %) – середня. Серед пацієнтів з легкою формою 64 були з хронічним гемороєм III ступеня за Goligher і 19 – IV ступеня (OR 6,74, 95 %, CI 3,18-14,29, p<0,001; □2=25,04). Серед хворих з середньою формою неспецифічної дисплазії сполучної тканини було 40 і 17, відповідно (OR 2,19, 95 %, CI 1,07-4,46, p<0,05; □2=3,99). Було встановлено, що у всіх пацієнтів з хронічним гемороєм рівень оксипроліну у сечі був достовірно (p<0,05) підвищеним і склав 52,66±11,78 мг/добу. Спостерігалася залежність між підвищеним рівнем оксипроліну і наявністю геморою. У хворих на III ступінь цей показник складав 44,71±7,35 мг/добу, що достовірно (p<0,05) відрізнялося від показника пацієнтів з IV ступенем – 60,61±9,86 мг/добу. У групі контролю мінімальний показник оксипроліну у сечі складав 11,5 мг/добу, максимальний 31,8 мг/добу (медіана 18,2), тоді як у пацієнтів з гемороєм III ступеня мінімальний показник був 24,3 мг/добу, максимальний 65,2 мг/добу (медіана 45,9). У пацієнтів з IV ступенем медіана становила 55,23 мг/добу, при мінімальному показнику 40,5 та максимальному 78,2. Виявлені дані дозволяють підтвердити сполучнотканинну теорію розвитку. Аналіз випадків ранніх післяопераційних ускладнень показав, що проведення класичної гемороїдектомії Milligan-Morgan (перша група) у порівнянні з інтраопераційним застосуванням лазерного коагулятора (друга і третя групи) мало достовірно (p<0,001) вищу їхню частоту. Поряд із цим, при аналізі кількості пацієнтів різних груп, у яких відмічали інтра- і післяопераційні ускладнення, достовірної різниці не відмічали. У терміни 6 місяців нам вдалося провести аналіз післяопераційного стану у 113 пацієнтів, що склало 80,7 %. Частота ускладнень у віддалені терміни після операції Milligan-Morgan була достовірно вищою (p<0,05), ніж після лазерної відкритої гемороїдектомії і лазерної відкритої гемороїдектомії, доповненої лазерною транскутанною субмукозною мукопексією. Галузь – медицина.

2. The thesis presents theoretical generalizations and a new solution to the problem of diagnosis and treatment of patients with chronic hemorrhoids of grade III-IV Goligher, which includes substantiation of the role of functional disorders of defecation, connective tissue dysplasia and blood supply to the cavernous bodies of the rectum, quality of life in the rectum, quality of life. The results of which allowed to improve and supplement the methods of surgical treatment. Aim of the study: to improve the efficiency of surgical treatment of patients with chronic hemorrhoids of grade III-IV Goligher by developing optimal diagnostic criteria and surgical tactics with consideration of functional features of the rectum. We conducted a clinical examination and treatment of 140 patients with chronic hemorrhoids of grade III-IV Goligher. Among the examined patients, men were 58 (41.4±4.20 %), women – 82 (58.6±4.20 %). Most patients were young (52.1±4.20 %). Middle-aged individuals were 25.0±3.70 %, elderly 22.9±3.50 %. All patients underwent a finger examination of the rectum. The tone of the external and internal sphincter was sufficient in 69.3±3.90 % and 62.9±4.08 %, respectively (p<0.001). The elongation and elasticity of the external sphincter was retained in most patients (p<0.001) – 72.1±3.79 % and 76.4±3.59 %. Rarely,

on examination in patients with chronic hemorrhoids, pain was observed – 8.6±2.37 %. A sufficient degree of volitional reduction was observed in the majority of patients – 92.9±2.18 % (p<0.001). Evaluation of anorectal dysfunction in patients with chronic hemorrhoids of grade III-IV Goligher was performed according to the Rome IV criteria. In patients with chronic hemorrhoids of grade III Goligher significantly less likely to experience such manifestations of anorectal dysfunction as fecal incontinence (OR 0.33, 95 %, CI 0.14-0.76, p=0.01), uncertain functional anorectal pain (OR 0.24, 95 %, CI 0.09-0.60, p=0.003), proctalgia fugax (OR 0.18, 95 %, CI 0.06-0.56, p=0.003) and functional defecation disorders (OR 0.26, 95 %, CI 0.11-0.60, p=0.002). Levator ani syndrome encountered the same frequency and was not significantly different in patients with different severity of hemorrhoids. Two or more forms were also more commonly diagnosed with grade IV hemorrhoids by Goligher – OR 9.05, 95 %, CI 3.70-22.15, p=0.001. When using the review methodology recommended by ACG Clinical Guideline, as a result of the analysis of the functioning of the muscle elements that provide an adequate mechanism of defecation in patients with grade III and IV Goligher, we identified five variants of functional disorders of defecation: physiological response – 51 patient (36.4±4.07 %); sphincter dyspnea – 9 patients (6.4±2.07 %); puborectal loop spasm – 6 patients (4.3±1.71 %); dyspinergic defecation – 39 patients (27.9±3.79 %); inadequate propulsion – 35 patients (25.0±3.66 %). In the statistical distribution of patients with chronic hemorrhoids, depending on age and the presence of sphincter and puborectal muscle dysfunction, we found that various disorders of defecation were more likely to be observed in young and adulthood. It was found that 83 patients (59.3±4.15 %) had mild non-specific connective tissue dysplasia and 57 (40.7±4.2 %) had mild. Among patients with mild form, 64 had chronic hemorrhoids grade III and 19 – IV (OR 6.74, 95%, CI 3.18-14.29, p<0.001; □2=25.04). Among patients with the average form of nonspecific connective tissue dysplasia were 40 and 17, respectively (OR 2.19, 95%, CI 1.07-4.46, p<0.05; □2 = 3.99). In all patients with chronic hemorrhoids, it was found that the level of oxyprolin in the urine was significantly (p<0.05) elevated to 52.66±11.78 mg/day. There was a relationship between elevated oxyproline levels and the presence of hemorrhoids. In patients with stage III, this indicator was 44.71±7.35 mg/day, which was significantly (p<0.05) different from the rate of patients with stage IV – 60.61±9.86 mg/day. In the control group, the minimum level of oxyprolin in the urine was 11.5 mg/day, the maximum is 31.8 mg/day (median 18.2), whereas in patients with grade III hemorrhoids, the minimum was 24.3 mg/day, and the maximum was 65.2 mg/day (median 45.9). In patients with grade IV, the median was 55.23 mg/day, with a minimum of 40.5 and a maximum of 78.2. At the same time, no significant difference was noted in the analysis of the number of patients in the different groups in which intra- and postoperative complications were noted. Within 6 months, we managed to analyze the postoperative condition in 113 patients (80.7 %). The incidence of long-term complications after Milligan-Morgan surgery was significantly higher (p<0.05) than after laser open hemorrhoidectomy and laser open hemorrhoidectomy supplemented with laser transcutaneous submucosal mucopexia. Branch – medicine.

Державний реєстраційний номер ДіР:

Пріоритетний напрям розвитку науки і техніки:

Стратегічний пріоритетний напрям інноваційної діяльності:

Підсумки дослідження:

Публікації:

Наукова (науково-технічна) продукція:

Соціально-економічна спрямованість:

Охоронні документи на ОПІВ:

Впровадження результатів дисертації:

Зв'язок з науковими темами:

VI. Відомості про наукового керівника/керівників (консультанта)

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Василюк Сергій Михайлович
2. Vasyliuk Serhii Mykhailovych

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

VII. Відомості про офіційних опонентів та рецензентів

Офіційні опоненти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Саволюк Сергій Іванович
2. Savoliuk Serhii Ivanovych

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Теплий Валерій Віталійович
2. Teplyi Valerii Vitaliiovych

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Рецензенти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Скрипко Василь Дмитрович
2. Skrypko Vasyl Dmytrovych

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Попович Юрій Іларіонович
2. Popovych Yurii Ilarionovych

Кваліфікація: д. мед. н., 14.03.01

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

VIII. Заключні відомості

Власне Прізвище Ім'я По-батькові голови ради	Міщук Василь Григорович
Власне Прізвище Ім'я По-батькові головуючого на засіданні	Міщук Василь Григорович
Відповідальний за підготовку облікових документів	
Реєстратор	
Керівник відділу УкрІНТЕІ, що є відповідальним за реєстрацію наукової діяльності	Юрченко Т.А.