

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

на диссертационное исследование Корохова Ахлиддина Тухтамуродовича на тему «Оптимизация методов диагностики и лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей», представленное на соискание учёной степени доктора философии (PhD), доктора по специальности 6D110119 – Детская хирургия - город Душанбе, 2025 г., - 170 стр.

Соответствие темы диссертации паспорту научной специальности

Тема диссертации Корохова Ахлиддина Тухтамуродовича на тему «Оптимизация методов диагностики и лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей», соответствует паспорту научной специальности ВАК при Президенте Республики Таджикистан 6D110119 – Детская хирургия: подпункт 3.4. Инфекции в детской хирургии: септический шок, сепсис, гнойные заболевания мягких тканей и др. 3.8. Предоперационная подготовка детей и ведение послеоперационного периода.

Актуальность темы исследования. Среди гематогенных остеомиелитов по частоте диагностических ошибок и неудовлетворительных результатов лечения, острый гематогенный остеомиелит костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) занимает ведущее место.

В литературных источниках встречаются редкие публикации, посвящённые этому вопросу, что может отражать трудности решения проблемы на современном этапе развития медицины. Анатомо-топографическое строение костей тазобедренного сустава и его фасциально – мышечных структур, при возникновении воспаления, требуют объективного, комплексного дифференциально-диагностического и лечебного подхода в условиях специализированной клиники. Это затрудняет его осуществление на этапах первичного медицинского звена и лечение в последующем. Септические осложнения, хронизация остеомиелитического процесса, как следствие тяжелых деструктивных изменений костной ткани сохраняются на

высоком уровне (от 12-28 и более %). Высокой остается летальность. Ортопедические осложнения, которые часто трактуются, как последствия остеомиелита достигают 60-ти и более процентов, что указывает на трудности окончательного раскрытия механизмов этиопатогенеза гематогенного остеомиелита любой локализации.

На основании вышеизложенного, диссертационная работа Корохонова А.Т., по проблеме острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава является не только актуальной и своевременной, но автор выбрал исследование крайне трудной тематики, в чем, несомненная его заслуга, особенно по современному увлечению не обремененными направлениями.

Степень научной новизны результатов диссертации и положения, выносимые на защиту.

Несомненно, ставя цели, и решая сложные задачи при выполнении данной работы, трудно было избежать недостатков в анализе и оценке результатов диссертационного материала. Основной новизной исследования, следует считать впервые обобщенный, сравнительный, системный анализ большого по количеству клинического материала (n-169) при комплексном решении указанных задач.

На основе клинических и рентгенологических критериев автором предложена классификация степеней (I-III) остеомиелитического коксита, что является спорным моментом. Классификация клинической картины воспалительной контрактуры ТБС по клиническим, современным инструментальным и аппаратным методам существует. Она соответствует, и находится в прямой зависимости от стадии неспецифических воспалительных изменений сопровождающихся болями и нарушением функции в суставе (I-серозно-реактивной, II-гноино-экссудативной и III-деструктивной).

Автором разработан и внедрён в практику метод хирургического лечения больных с острым гематогенным остеомиелитом шейки бедренной кости, осложнённого вторичным гнойным кокситом.

Методика, хирургического лечения остеомиелитического процесса указанной локализации действительно имеет особенности, по сравнению с известными мировыми аналогами, но не имеет патентованных отличительных существенных признаков, и носит больше компилятивный характер.

Однако это обстоятельство не может не сказываться на эффективности его применения как любого хирургического способа при гнойно-деструктивном процессе, в том числе костной ткани, который должен быть основой комплексного лечения. Об этом свидетельствуют и положительные результаты анализа материалов представленного диссертантом.

Основным его недостатком можно считать применимость методики только при шейной локализации остеомиелита и невозможностью, или особой трудностью, при других местных очагах. Что не добавляет ей дополнительной эффективности.

С целью профилактики ортопедических осложнений острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава, разработаны и внедрены в клиническую практику показания, противопоказания и критерии снятия скелетного вытяжения.

Исследователем обоснованно предлагается скелетное вытяжение на шине Беллера, как наиболее функциональный способ иммобилизации пораженного сустава в зависимости от возраста больного ребенка, вместо аппаратных, более травматичных методик фиксации, ввиду опасности новых осложнений. Сроки снятия скелетного вытяжения также сопряжены с общепринятой хирургической тактикой.

Что касается тяжелого состояния пациента, с признаками дыхательной недостаточности, по мнению автора, является противопоказанием к применению скелетного вытяжения, и носит скорее спорный вывод, основанный на недостаточном анализе. По контрольной группе такой анализ не предоставлен. Своевременная разгрузка сустава, способствует стиханию воспаления при любой стадии коксита, при условии своевременной и

адекватной санации. Скорее эти условия стали причиной тяжести процесса, а не наоборот.

Наряду с этим, автором предложен лечебно-диагностический алгоритм, который способствует целенаправленному применению диагностических, хирургических и профилактических тактик.

Достоверность основных положений диссертации подтверждается применением методологических принципов. Положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации доказаны результатами исследования и соответствуют целям и задачам исследования. Лечебно-диагностический алгоритм с точки зрения его последовательности выполнения всех процедур и мероприятий не вызывает особых сомнений и возражений. Как и методы статистической обработки материала.

Степень изученности научной темы. До настоящей диссертационной работы были проведены единичные исследования, посвящённые ОГО КТС у детей [Кукуруза Ю.П., 1984; Катыко В.А., 2007; Цап Н.А. и соавт., 2011; Шамсиев А.М. и соавт., 2016; Chang Y. et al, 2022 и др.], однако они не касались значения остеопункции с остеотанометрией проксимального отдела бедренной кости в ранней диагностике болезни.

Первое измерение ВКД с использованием остеопункции было проведено в конце позапрошлого века проф. **Коломниным С.П.(1882)** В последующем, исследования остеопункции с остеотанометрией проводились в течение почти 150 лет, по отношению к различным локализациям остеомиелитического очага. Однако это не повлияло кардинально на результаты лечения в целом. Их важность и заслуга в том, что они помогли ученым лучше понять патогенез гнойного воспаления в кости. Автор этого не учитывает. При этом приводит ссылки на источники и значение остеопункции, как метода контроля диагностики воспалительного процесса и измерения ВКД способного кардинально повлиять на результаты лечения, с чем трудно согласиться. Одновременно рекомендуемые оперативные вмешательства при остром гематогенном остеомиелите проксимального отдела бедренной кости у детей

являются более травматичными и/или малоэффективными, нуждающиеся в усовершенствовании. Также следует подчеркнуть, что в большинстве источников с целью профилактики ортопедических осложнений ОГО КТС рекомендуется наложение скелетного вытяжения, однако неопределёнными остаются показания, противопоказания и критерии его снятия.

Анализ хирургических методик лечения остеомиелита у детей, направленных на санацию очага действительно, имеют различную степень травматичности, эффективности и, их параметры требуют усовершенствования, с чем трудно не огласиться. При этом сравнивая результаты с контрольной группой пациентов, исследователь не приводит таких данных по указанным критериям, что бы позволило ему утверждать, что предлагаемый авторский рационализаторский метод превосходит мировые аналоги.

Еще один недостаток анализа в том, что хирургическое лечение не увязывается со своевременностью его применения. Это несколько снижает степень изученности темы. Поэтому следует признать, что практически все хирургические методы лечения остеомиелита являются эффективными, если применяются в ранние сроки, своевременно, по показаниям и технически грамотно. Самым «травматичным», для организма ребенка является тяжелый и поздний гнойно-деструктивный процесс в кости. Это главный камень преткновения сторонников консервативного лечения остеомиелита у детей, в том числе на ранних стадиях болезни.

Объём и структура диссертации. Диссертационная работа представлена на 170 страницах, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, материала и методов исследования, результатов собственного исследования, обзора результатов исследования, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, содержащего 186 источников (96 русскоязычных и 90 англоязычных). Работа иллюстрирована 28 рисунками и 22 таблицами.

Во введении обосновывается актуальность выбора темы, степень ее изученности, определена цель и содержание задач, сформулирован предмет и

объект исследования, методологическая основа диссертации, её научная новизна и практическая значимость, представлены положения, выносимые на защиту, сведения об апробации результатов исследования, личный вклад автора и список работ, опубликованных по теме диссертации.

В первой главе приводится обзор литературы, посвящённый вопросам диагностики, хирургического лечения и методов профилактики ортопедических осложнений острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.

Данная глава состоит из трёх подглав:

1. Особенности этиологии и патогенеза острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.
2. Методы диагностики острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.
3. Методы лечения и профилактики ортопедических осложнений острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.

В данной главе дана подробная характеристика патогенеза развития остеомиелитического коксита, диагностических возможностей различных методов, особенностей хирургической тактики лечения и профилактики ортопедических осложнений острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей. Диссертант указывает на нерешённые вопросы в этой области, которые требуют дальнейшего исследования.

Обзор литературы по вопросам диагностики, этиологии, патогенеза и профилактики ортопедических осложнений содержит ограниченный объем по этиологии современного гнойного очага на основе микробиологических исследований костей, сочленяющих ТБС. Несмотря на то, что сама работа носит новаторский характер.

Приводятся данные о стандартных возбудителях воспаления в очаге, что не может удовлетворить современные требования. Не анализируются в сравниваемых группах, более детальные причины позднего поступления большей части детей на этап специализированной помощи с данной

патологией. Подробно не указано, какая особенность профилактики ортопедических осложнений у больных ОГО КТБС имела место в контрольной группе пациентов. Нет анализа и указания применения лечения методик хирургического лечения, предшествующих специализированному этапу у детей в сравниваемых группах.

Во второй главе диссертации подробно представлены материал и методы исследования, дана общая характеристика больных и чётко описаны проведённые методы исследований. Результаты статистически обработаны.

В главе 3 «Комплексная диагностика, хирургическая тактика лечения и профилактика ортопедических осложнений острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей» с целью улучшения диагностики болезни автором подробно изучены особенности клинической картины острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава. ОГО КТС характеризуется преобладанием: боли в области костей тазобедренного сустава у 169 (100%) больных, лихорадка – 166 (98,2%), болезненность при осевой нагрузке на поражённые конечности – 154 (91,1%), вынужденное положение поражённых конечностей с отказом от ходьбы – 130 (76,9%) пациентов. Однако один из характерных и частых симптомов гематогенного остеомиелита другой локализации, такой, как местная гиперемия, в связи с анатомо-топографическими особенностями костей тазобедренного сустава, по данным автора, отмечалась только у 35 (20,7%) больных. Следует подчеркнуть, что автором разработаны степени остеомиелитического коксита (I, II, III), что даёт возможность прогнозировать болезнь и на основе этого провести лечебно-профилактическую тактику.

Диссертантом хорошо и подробно проведен анализ клинической симптоматики в зависимости от стадии заболевания. Это, безусловно, является главной характеристикой общего состояния детей со сложной патологией гнойно-воспалительной природы и заслуживает высокой оценки.

Автором с лечебно-диагностической целью проведены остеопункции проксимального отдела бедренной кости с предлагаемой модифицированной

иглой с Т-образной рукояткой, которая способствует лёгкости пунктирования шейки бедренной кости и измерению внутрикостного давления. Остеопункция проксимальной части бедренной кости с диагностической целью автором выполнена у 52 больных. При этом у 26 (50%) больных обнаружен гной в костномозговом канале, у 16 (30,8%) — застойная кровь с нитями фибрина, что подтверждает диагноз острого гематогенного остеомиелита данной локализации. Особый интерес представляет изучение изменения характера содержимого костномозгового канала в зависимости от сроков поступления больных в стационар, где при остеопункции шейки бедренной кости у наибольшего количества больных (66,7%) с застойной кровью в процентном соотношении наблюдалось среди пациентов, поступивших в сроки до 3 суток от начала заболевания, в то же время, у больных, поступивших позже 20 суток от начала болезни гной при остеопункции был обнаружен в 83,3% случаях.

Однако оценка характера остеопунктата основана только на визуальных параметрах, отсутствуют цитологические исследования в динамике, которая позволяет объективизировать стадию гнойно-воспалительных изменений, степень местной реактивности на показателях фагоцитоза.

Автор наряду с остеопункцией провёл и остеотанометрию проксимального отдела бедренной кости, которая способствовала подтверждению диагноза острого гематогенного остеомиелита. Как подчёркивается в исследовании, в ранние сроки заболевания (до 3-х суток) при остеотанометрии 3-х больных в одном случае отмечено повышение внутрикостного давления в пределах 120-170 мм. вод. ст., в других случаях 170-250 мм. вод. ст. Таким образом, следует отметить, что сочетание остеопункции с остеотанометрией проксимального отдела бедренной кости предоставило автору диагностировать болезнь в интрамедуллярной стадии. В то же время, лучевые методы исследования (УЗИ, КТ) оказались эффективными в экстрамедуллярной стадии болезни.

Исследование ВКД занимает одно из центральных мест в освещении патогенеза остеомиелита у детей основной группы. Это правильный акцент

автора на основном звене патогенеза ОГО, однако, нет ссылки на данные литературных источников, т.к. в особенностях ТБС важным и даже более значимым является компонент внутритканевого давления (ВТД) и гидродинамика, в целом характеризующая изменения в очаге. Если вести дискуссию принципиально, то сама природа ВКД требует пересмотра как интегральный показатель между, артерио-лимфовенозной гипертензией воспалительных тканей (Цыбин А.А., Машков АЕ., 2012г). В мировой литературе нет указаний об истинном значении ВКД, которое по его историческому названию должно измеряться в межбалочных структурах кости (в щелевидных пространствах между костными балками).

Также не представлено биопсийного морфологического исследования указывающих на степень деструкции кости в особых тяжелых ситуациях, хотя бы в тех случаях, когда она была обоснована. В последующем это помогло бы объективизировать анализ неудовлетворительных результатов лечения в основной группе.

Диссертант указывает, что только у 3 больных основной группы детей Остеопункция и Остеотанометрия, при которой использовалось специальное приспособление, удалось диагностировать интрамедуллярную стадию остеомиелита. Применение такой специальной иглы в этой стадии обосновано. В остальных (83%) случаях это не имеет большого значения, как и в Остеотанометрии, потому, имело место разрушение кости гнойно-деструктивным процессом и переход в экстрамедуллярную стадию.

В этой ситуации перфорацию кости детского возраста можно сделать любым инструментом, а мелкие костные фрагменты всегда можно взять для гистологического исследования. Мнение автора работы о том, что диагностическая Остеопункция и Остеотанометрия может кардинально изменить хирургическую тактику, преувеличена.

Следует подчеркнуть, что в данной главе приводится и предложенная автором хирургическая тактика лечения острого гематогенного остеомиелита шейки бедренной кости, осложнённого вторичным гнойным кокситом. Суть

тактики заключается в создании постоянного полноценного оттока гноя из костномозгового канала шейки бедренной кости и полости тазобедренного сустава. Благодаря этому у больных основной группы отмечена быстрая нормализация температуры тела ($3,5 \pm 1,1$ сутки), санация гнойного очага в костномозговом канале ($4,1 \pm 1,4$ сутки) и в полости тазобедренного сустава ($4,5 \pm 1,6$ сутки) по сравнению с больными контрольной группы. Наряду с этим, предложенный автором метод способствовал за короткий срок уже на 7–10 сутки послеоперационного периода нормализации лабораторных показателей: лейкоциты ($8,3 \pm 2,1 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ ($12,8 \pm 3,2$ мм/ч), эритроциты ($4,2 \pm 1,8 \times 10^{12}/\text{л}$) и гемоглобин ($127,8 \pm 22,6$ г/л).

Автором разработаны показания, противопоказания и критерии снятия скелетного вытяжения при остром гематогенном остеомиелите костей тазобедренного сустава с целью профилактики ортопедического осложнения болезни, что способствовало целенаправленному его применению. Соблюдение данных критериев способствовало снижению связанных с ним осложнений с 46,7 % (контрольная группа) до 13,3 % (основная группа) и сокращению сроков нахождения конечности на скелетном вытяжении у больных основной группы ($50,9 \pm 9,6$ суток) по сравнению с контрольной группой ($88,7 \pm 15,8$ суток).

Характеристика тактики применения скелетного вытяжения уже была дана ранее и, как консервативный компонент комплексного лечения ОГО КТБС у детей, является дополнением к лечению и, в сочетании с активной хирургической тактикой наружного дренирования, сокращает сроки лечения и способствует ранней реабилитации. Однако сравнительный анализ с контрольной группой проведен недостаточно. Не представлено данных метода иммобилизации в контрольной группе пациентов.

Предложенный автором лечебно-диагностический алгоритм, указывает последовательность применения диагностической, хирургической и профилактической тактик ведения больных, соблюдение которой способствовало сокращению койко-дней с 57,9 до 26,7 дней.

Диссертантом предложена техника дренирования костного гнойного очага с использованием устройства для остеопункции, как основной активный метод хирургического лечения, вызывает ряд вопросов. Сравнение показателей эффективности лечения с контрольной группой по срокам наблюдения отдаленных результатов нельзя оценить т.к. они не проводились.

Оценка ближайшего результата лечения не совсем корректная, т.к. не представлены данные анализа хирургических методик лечения в контрольной группе пациентов. Кроме этого нет данных по рандомизации сравниваемых групп по консервативному компоненту лечения (курсы АБТ, чувствительность микрофлоры по бактериологии из очага, его динамика, сроки дренирования, иммунотерапия и др.). Все это снижает объективность данного анализа.

Автор указывает, что применение разработанной хирургической методики дренирования очага остеомиелита позволила в короткие сроки добиться нормализации основных показателей гомеостаза характерных для воспалительного процесса. Конкретные сроки, в том числе в сравнении не приводятся. Когда прекращалось дренирование? В условиях глубокой деструкции кости в экстремедуллярной стадии, в которой находилось основное количество пациентов (83%) основной группы, возможность осуществить это в короткие сроки вызывает сомнение. При оценке ближайших результатов не определяются четкие простые и ясные критерии такой оценки. Является ли, по мнению исследователя, переход ОГО КТБС в хроническую стадию неудовлетворительным результатом? И в каком проценте они имели место?

Главное, что необходимо отметить – это учет гидродинамики воспаления при дренировании очага. При введении остеопункционной иглы (ее просвет недостаточен для адекватного дренажа) в шейку бедренной кости, в описании работы и промывное дренирование ТБС позволяет автору обнаружить свищевой ход в полость ТБС, что считается положительным.

С точки зрения диагностики, да! Другого варианта и не может быть. Но использовать его для промывного дренирования (не характеризуя его варианты) – абсолютно непатогномично, особенно разновариантное. Обратный заброс в

шейку бедра контаминированного микробной флорой диализата не логично. Любые нарушения дренажной функции ведет к резкому повышению ВКГ и ВТГ и сильными болями со всеми вытекающими последствиями. (Цыбин А.А., Машков А.Е., 2012г).

Диссертант в этом отношении, возможно, не знакомился с данными работами. Если сустав еще допускает очень осторожное промывание, то кость категорически нет! Именно, поэтому практически все детские хирургии отказались от методики Мишарева-Катько. Мы наблюдали эти осложнения в Республиканской клинике г. Минска. Процедура промывного дренирования требовала часто как минимум 1-2-х недельной протекции наркотическими анальгетиками.

В главе 4 «Анализ результатов лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей» приводится анализ ближайших и отдалённых результатов лечения болезни. Следует отметить, что ближайший результат лечения изучен только у больных основной группы: хорошие у 46 (66,7%) больных, удовлетворительные у 15 (21,7%) и неудовлетворительные результаты лечения болезни отмечены у 8 (11,6%) больных. При этом благодаря соблюдению предложенного автором лечебно-диагностического алгоритма удалось снизить неудовлетворительные результаты лечения болезни с 25,4 % у больных контрольной группы до 13,3 % у больных основной группы в отдалённые сроки наблюдения. Наряду с этим, автор в конце данной главы приводит интересный факт, заключающийся в анализе отдалённых результатов лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава в зависимости от сроков поступления больных в стационар. Среди 123 больных детей, наибольшее количество удовлетворительных (33,3%) и неудовлетворительных (50%) результатов отмечалось у пациентов, поступивших в сроки от 20 до 30 суток заболевания, в то время в ранние сроки заболевания (до 3 суток) у всех больных отмечен хороший исход.

В данном разделе следует отметить, что сравнение отдаленных результатов по общему количеству пациентов (123) обеих групп также не совсем корректно, так как нет анализа по основным компонентам лечения. Показателям (критериям) эффективности выбранной оптимальной тактики. Что касается поздних сроков поступления (20-30суток), в данной группе пациентов хронизация остеомиелитического процесса превышает 50%. О чем говорит автор и не указывает литературные источники в обзоре данной диссертации. У исследователя в работе нет однозначных указаний о переходе ОГО КТБС в хроническую стадию.

Кроме того, в сравниваемых группах больных детей, в частности в контрольной, не детализирована ее структура. По распространенности остеомиелитического процесса, периодам патогенеза, стадиям болезни. Сколько, например, было в контрольной группе пациентов с хронической стадией болезни, подострой, и перехода ее в хроническую стадию? Ортопедических осложнений и последствий перенесенного ОГО КТБС? Были ли в основной группе больные с обострениями хронического процесса в ближайшем периоде наблюдения, которые требовали бы хирургического лечения. Ведь тяжелое обострение не уступает по своему влиянию на организм ребенка острой стадии болезни при несвоевременном лечении.

Таким образом получается, что все острые формы ОГО КТБС по данным исследования успешно лечатся даже в поздней гнойно-деструктивной фазе. В ранней интрамедуллярной стадии проблема остеомиелита почти решена. Откуда же тогда берутся хронические формы, которых по данным диссертационного исследования, больше и они не уменьшаются?

В пятой главе обзор результатов исследования, где проведен всесторонний анализ наиболее значимых результатов диагностики, хирургической тактики лечения и профилактики ортопедического осложнения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей. В данной главе автор фактически обсуждает полученные результаты с ранее опубликованными сведениями литературы.

В заключении научной работы диссертант подводит общие итоги диссертационного исследования. Вывод диссертации и рекомендации по практическому их использованию полностью вытекают из содержания диссертационной работы. Они соответствуют поставленным задачам.

На что бы еще хотелось обратить внимание Ахлидина Тухтамуродовича. Гематогенный остеомиелит у детей и его патогенез, несмотря на некоторые, в том числе редкие его формы – это локализованный гнойно-деструктивный процесс. Особого внимания он заслуживает в поздних стадиях при глубокой деструкции кости.

В работе недостаточно фактического материала, клинических случаев, которые бы характеризовали убедительную репаративную динамику в очаге. Начиная от начала заболевания и до завершения лечения, с ближайшими и отдаленными результатами восстановления костной структуры и функции сустава. С подтверждающей морфологической и рентгенологической динамикой. Что называется «...от и до...».

Научная, практическая, экономическая и социальная значимость диссертации.

Диссертационная работа Исследователя Карахонова А.Т. обладает научной, практической, экономической и социальной значимостью. Рекомендованный автором метод даёт возможность более глубокому пониманию Патогенеза ОГО КТБС роли и месте остеопункции с остеотанометрией в ранней диагностике болезни.

Предложенная хирургическая тактика лечения и хирургическая операция, способствует, в целом, адекватной санации гнойного остеомиелитического очага в костномозговом канале и полости тазобедренного сустава в остром периоде болезни интрамедуллярной стадии и требует дальнейшего изучения в более поздних периодах болезни.

Также разработанные показания, противопоказания и критерии снятия скелетного вытяжения с целью профилактики ортопедических осложнений острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.

Все это даёт возможность ранней диагностике болезни, эффективной санации гнойного очага и профилактике ортопедических осложнений с предотвращением развития инвалидности у детей, что повысит эффективность практического здравоохранения, снижая затраты на лечение и реабилитацию последствий острого гематогенного остеомиелита у детей.

Публикация результатов исследования по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 19 научных работ, из них 5 в изданиях, рецензируемых ВАК при Президенте РТ, получено 4 удостоверения на рационализаторские предложения и один патент Республики Таджикистан на изобретение.

Соответствие диссертации требованиям Комиссии. Диссертационная работа Корохонова Ахлиддина Тухтамуродовича на тему «Оптимизация методов диагностики и лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей» является завершённым научным исследованием и полностью соответствует требованиям ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Автореферат диссертации соответствуют требованиями Порядка присуждения учёных степеней, утверждённого постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года, № 267.

В диссертации имеются некоторые недостатки, спорные положения, стилистические, грамматические и орфографические ошибки, среди которых можно выделить следующее которые подробно отражены

Указанные замечания и недостатки в целом не снижают качества и положительную научную оценку данной диссертации.

В целом, диссертация Корохонова Ахлиддина Тухтамуродовича на тему «Оптимизация методов диагностики и лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей» на соискание учёной степени доктора философии (PhD), доктора по специальности 6D110119 – Детская хирургия, выполнена на высоком научно-методическом уровне, соответствует требованиям п. 31, 33, 34 и 35 «Порядка присуждения учёных

степеней». утверждённым постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года, № 267, а её автор заслуживает присуждения учёной степени доктора философии (PhD) по указанной специальности.

Официальный оппонент,
профессор кафедры хирургических болезней
ФГБОУ ВО «Тульский государственный
университет» д.м.н., профессор



Цыбин А.А.

«19» 01 2026г

Адрес: 300012, г. Тула, пр. Ленина, д.92.
Тел./факс: +7 (4872) 35-81-81;
E-mail: info@tsu.tula.ru

Адрес: 300012, г. Тула, ул. Болдина, д.124.
Телефон: +7(926)3963095
E-mail: lanal4@mail.ru

