

ОТЗЫВ

официального оппонента доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Байчорова Энвера Хусейновича на диссертационную работу Гасанова Ахмеда Гаджиевича на тему: «Пути защиты билио- и панкреатодигестивных анастомозов при гастропанкреатодуоденальной резекции» (клиническое исследование), представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 – Хирургия (медицинские науки).

Актуальность темы выполненной работы

Гастропанкреатодуоденальная резекция относится к разряду наиболее сложных оперативных вмешательств в хирургии, сопровождающихся большим числом послеоперационных осложнений и летальностью достигающей 6-12 %. В настоящее время гастропанкреатодуоденальная резекция является операцией выбора при резектабельных периампулярных опухолях. Проксимальная резекция поджелудочной железы используется не только при лечении злокачественных опухолей периампулярной зоны, но и при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы, кистозных дистрофиях двенадцатиперстной кишки, кистозных образованиях головки поджелудочной железы.

Частота послеоперационных осложнений после резекционных операций на поджелудочной железе на протяжении многих лет, при корректной их регистрации, составляет 30-60%. Наиболее значимыми из них являются: послеоперационный панкреатит, несостоятельность панкреатодигестивного и билиодигестивного анастомозов с последующим формированием послеоперационной панкреатической фистулы, желчных свищей, а также желчного перитонита. Несостоятельность

панкреатодигестивного анастомоза – наиболее частое осложнение резекции поджелудочной железы, частота которого достигает 30%, а частота несостоятельности билиодигестивного анастомоза – 2-9%.

В большинстве случаев панкреатические фистулы излечивают консервативно либо с использованием современных малоинвазивных методов. Пациенты при панкреатических фистулах, в основном, умирают из-за аррозивного кровотечения и распространенного перитонита, летальность при которых достигает 14-64%.

Релапаротомия после гастропанкреатодуоденальной резекции по поводу указанных осложнений является последним шансом по спасению пациента, который находится в критическом состоянии.

После гастропанкреатодуоденальной резекции так же наблюдаются осложнения менее опасного характера, но которые приводят к увеличению сроков стационарного лечения пациентов. Одним из них является гастроэнтеростаз.

Для предотвращения вышеприведенных осложнений предложен ряд модификации панкреатодуоденальной резекции, различные покрытия анастомозов, применение аналогов соматостатина, 5-фторурацила и др. Однако эффективность ни одного из них не было доказана.

Сегодня весьма актуальной является разработка эффективных способов защиты билио- и панкреатодигестивных анастомозов, выполняемых пациентам со сниженными пластическими свойствами тканей на почве длительной механической желтухи и осложнений декомпрессии билиарного тракта. Также актуальным является раннее восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта и обеспечение энтерального питания, которые позволяют значительно быстрее нормализовать имеющиеся нарушения гомеостаза пациента в рамках концепции ускоренной реабилитации хирургических больных.

Вышеизложенное указывает на крайнюю актуальность выбранной темы диссертационного исследования, имеющее большое научно-

практическое значение в решении важной задачи хирургической панкреатологии- улучшения результатов хирургического лечения пациентов с патологией периапулярной зоны.

Достоверность и новизна полученных результатов диссертационного исследования

Достоверность проведенного исследования и новизна полученных результатов не вызывает сомнений. Работа обобщает проспективный анализ результатов выполнения гастропанкреатодуоденальной резекции 93 пациентам с патологией периапулярной зоны. Исследование проведено по принципам доказательной медицины с учетом критериев включения и исключения больных в сравниваемых группах. Для анализа полученных данных использованы методы статистического анализа с применением современных комплексов статистической обработки.

В диссертационной работе на реконструктивно-восстановительном этапе гастропанкреатодуоденальной резекции впервые использована новая концепция защиты билио- и панкреатодигестивных анастомозов путем формирования их на «каркасных» дренажах, концы которых выводятся на переднюю брюшную стенку с созданием временной подвесной микроэнтеростомы на изолированной по Ру петле тощей кишки. Так же использован новый технический прием, который предупреждает аррозивное кровотечение из среза оставшейся поджелудочной железы, заключающийся в наложении кистного шва на культю тела железы, отступя от края среза на 0,5см. Данный технический прием также препятствует прорезыванию швов при формировании панкреатодигестивного анастомоза в случаях наличия неблагоприятных условий со стороны поджелудочной железы.

Достоверно установлено, что внедрение в клиническую практику указанных инноваций позволяет значительно улучшить результаты гастропанкреатодуоденальных резекций.

Степень обоснованности научных положений, выводов и практических рекомендаций, сформулированных в диссертации

Обоснованность научных положений, выводов и практических рекомендаций, сформулированных в диссертационной работе, не вызывает сомнений: проведено проспективное научное исследование в сравнительном аспекте в двух группах пациентов с патологией периампулярной зоны, которым выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция с разными подходами к формированию билио- и панкреатодигестивных анастомозов на реконструктивно-восстановительном этапе. Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов гастропанкреатодуоденальной резекции. Для анализа полученных данных использованы методы статистического анализа с применением современных комплексов статистической обработки.

Значимость для науки и практики полученных автором диссертации результатов

Диссертация имеет большую научную и практическую значимость для профилактики несостоятельности билио- и панкреатодигестивных анастомозов, послеоперационного панкреатита, аррозивных кровотечений в просвет кишечника и в брюшную полость, а также гастроэнтеростаза после гастропанкреатодуоденальной резекции.

Диссертантом сформулирована дифференцированная научная концепция зависимости развития несостоятельности билио- и панкреатодигестивных анастомозов от формирования в изолированной по Ру петле тощей кишки «трансцеллюлярного бассейна» в условиях гастроэнтеростаза, а также послеоперационного панкреатита и холангита на почве интестинопанкреатического и интестинобилиарного рефлюксов.

В научном исследовании получены новые данные, доказывающие, что отведение желчи и панкреатического сока наружу с помощью «каркасных» дренажей на период заживления билио- и панкреатодигестивных анастомозов значительно снижает фатальные осложнения после

панкреатодуоденальной резекции. Особенно это актуально при сочной, мягкой ткани железы и узком главном панкреатическом протоке, а также при умеренно дилатированном гепатикохоledoхе с умеренным утолщением стенки.

Интересен еще тот момент, что «каркасные» дренажи, вокруг которых формируются билио- и панкреатодигестивные анастомозы, в случае развития несостоятельности анастомозов, могут обеспечить поступление желчи и панкреатического сока в кишечник, формируя вокруг них каналы.

Основные положения диссертационной работы и все предложенные автором инновационные технологии внедрены в работу хирургических отделений ГБУ «РКБ», ГБУ «РКБ №2» и ГБУ «ГКБ» Минздрава Республики Дагестан г. Махачкалы. Кроме того, основные положения исследования и практические рекомендации используются в учебном процессе на хирургических кафедрах ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России.

Оценка содержания и оформление работы

Диссертация А.Г. Гасанова построена по традиционному плану и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, который включает в себя 260 источников, из них 100 на русском и 160 на иностранном языках. Работа изложена на 140 страницах, содержит 22 таблицы и 59 рисунков.

Во «введении» диссертантом обоснована актуальность проблемы, сформулирована цель и задачи научного исследования, раскрыта научная новизна и практическая ценность работы. Четко сформулированы положения, выносимые на защиту.

Первая глава посвящена обзору литературы и состоит из 5 разделов. В первом разделе приведена эпидемиология периампулярной патологии, возможные осложнения и их влияние на исход заболеваний периампулярной зоны. Раскрыта диагностическая ценность современных методов исследования. Во втором разделе приведена история хирургического лечения

патологии периапулярной зоны в том числе панкреатодуоденальной резекции от операции А. Whipple до настоящего времени. В третьем разделе приведены сравнительные аспекты выбора способов формирования панкреатодигестивных анастомозов: выбор полого органа для анастомоза, методы обработки культи поджелудочной железы, определение благоприятных и неблагоприятных факторов. Так же приведены негативные и позитивные стороны имеющихся вариантов панкреатодигестивного анастомоза и частота их несостоятельности. Четвертый раздел посвящен эффективности билиарной декомпрессии в профилактике несостоятельности и стриктуры билиодигестивного анастомоза. В последнем разделе обзора литературы приводится фармакопрофилактика осложнений после панкреатодуоденальной резекции.

Глава 2 посвящена характеристике клинического материала и описанию методов исследования. Дизайн работы основан на проспективном исследовании 93 пациентов с патологией периапулярной зоны распределенных на две группы: основная – 48 (51,6%), и группа сравнения – 45 (48,4%). Они рандомизированы и структурированы в зависимости от характера патологии периапулярной зоны, степени тяжести желтухи, этапности хирургического лечения, стадии периапулярной опухоли, вида реконструктивно-восстановительного этапа гастропанкреатодуоденальной резекции. В главе подробно изложены методы клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Используемые методы полностью адекватны дизайну исследования и соответствуют его целям и задачам. Так же подробно представлены методы статистической обработки данных, использованные при выполнении научного исследования. К данной главе диссертационной работы замечаний нет, распределение пациентов сформировано корректно, выбор методов обследования достаточный и соответственно, полученные результаты не вызывают сомнений в отношении своей достоверности.

В главе 3 приведена характеристика использованных вариантов мобилизационно-резекционного этапа панкреатодуоденальной резекции. Автор в данной главе анализирует основные причины, способствующие возникновению технических сложностей в ходе мобилизации панкреатодуоденального комплекса, приводит сравнительный анализ 4-х вариантов начала мобилизационно-резекционного этапа гастропанкреатодуоденальной резекции. Показаны преимущества ультразвуковых резекционных технологий на мобилизационно-резекционном этапе. В главе так же анализируются факторы риска несостоятельности билио- и панкреатодигестивных анастомозов пациентов, включенных в настоящее исследование, приведена разработанная автором методика проведения реконструктивно-восстановительного этапа гастропанкреатодуоденальной резекции. Глава хорошо иллюстрирована интраоперационными фотографиями и схемами проведенных вариантов гастропанкреатодуоденальной резекции.

Глава 4 посвящена результатам собственного исследования и их обсуждению. В настоящей главе приведены ближайшие результаты оперативного лечения пациентов с патологией периапулярной зоны, частота местных и общих интра- и послеоперационных осложнений; состояние водно-электролитного обмена, обращено при этом особое внимание на обмен трансцеллюлярной жидкости. Проанализированы сроки восстановления моторики желудочно-кишечного тракта, сроки декомпрессии билио-панкреатической системы, проведен мониторинг оттока желчи и панкреатического сока. Проанализирован уровень 30-суточной летальности в зависимости от благоприятных, относительно благоприятных и неблагоприятных факторов билиарной и панкреатических систем. В главе так же приведены частота стенозов билиодигестивного анастомоза, данные качества жизни оперированных пациентов и их нутритивного статуса. Далее автор приводит сравнительный анализ результатов операции гастропанкреатодуоденальной резекции, проведенной в двух группах

пациентов и при этом установлено, что послеоперационный панкреатит в основной группе пациентов развивается в 5 раз реже (11,1% против 2,1%), несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза в 4 (9,0% против 0%), аррозивное кровотечение в 3 (6,6% против 0%), несостоятельность билиодигестивного анастомоза в 2 раза, чем в контрольной группе больных (4,4% против 0%). Показано так же, что выведение желчи, панкреатического и желудочного соков наружу на период заживления анастомозов существенно не влияет на показатели водно-электролитного обмена в условиях адекватной инфузионной терапии. Глава хорошо иллюстрирована эхосонограммами, МР-холангиопанкреатограммами, мультиспиральными компьютерными томограммами и рисунками, их 3D-реконструкциями на программе RadiAnt. Приведены клинические примеры. Данная глава диссертационной работы так же не содержит замечаний, полученные результаты не вызывают сомнений в отношении своей достоверности.

В заключении диссертационной работы автор показал, что он владеет материалом научного исследования и продемонстрировал наглядную доказательную базу проведенного исследования, используя клинические, инструментальные и лабораторные методики исследования. Достоверность полученных результатов исследования не вызывает сомнений, так как все показатели получены с использованием достаточного числа пациентов, а разница в показателях исследуемых групп свидетельствует о преимуществе предлагаемых инновационных способов и методик. Еще раз следует подчеркнуть, что диссертационная работа иллюстрирована очень интересными и качественными рисунками, фотографиями, отражающими все этапы выполнения гастропанкреатодуоденальной резекции.

Выводы конкретны, обоснованы, соответствуют поставленным задачам и логично вытекают из анализа проведенного исследования.

Практические рекомендации логически вытекают из выводов, носят прикладной характер, заслуживают внимания клиницистов и могут быть

использованы .в медицинских организациях, занимающихся лечением патологий поджелудочной железы.

Список литературы составлен в соответствие с стандартом РФ (ГОСТ Р 7.0.11_2011). Диссертант при выполнении диссертационной работы использовал 260 литературных источников, из которых 100 на русском и 160 на иностранном языке.

Полнота изложения результатов диссертационного исследования в опубликованных работах

Опубликованные по теме диссертации работы полностью отражают содержание исследования. Всего за период подготовки диссертации А. Г. Гасанов опубликовал 33 печатные работы, в том числе, 5 в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, один из которых входит в базу международного цитирования Scopus. Результаты исследования обсуждались на 17 хирургических форумах республиканского, всероссийского и международного уровней.

Соответствие содержания автореферата основным положениям диссертации

Автореферат полностью соответствует содержанию диссертации, а основные положения работы в достаточной степени освещены в отечественных рецензируемых журналах.

Замечания по работе

Принципиальных замечаний по представленной диссертационной работе А.Г. Гасанова нет. Вместе с тем, следует отметить имеющиеся опечатки, отдельные стилистические погрешности, избыточное количество используемых автором сокращений, что несколько затрудняет восприятие материала. Однако, указанные замечания не влияют на общую положительную оценку работы.

**Заключение о соответствии диссертации критериям, установленным
положением о присуждении ученых степеней**

По форме, актуальности, новизне и практической значимости диссертационная работа Гасанова Ахмеда Гаджиевича соответствует специальности 3.1.9. - Хирургия и отвечает п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства РФ №842 от 24.09.2013 г. с изменениями от 21 апреля 2016 г. №335, от 20 марта 2021 г. № 426 в части требований, предъявляемых к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а автор достоин присуждения искомой степени.

Официальный оппонент:
доктор медицинских наук,
по специальности «Хирургия»,
профессор, заведующий кафедрой
хирургии и эндохирургии с курсом
сосудистой хирургии и ангиологии
федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Ставропольский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации,
355017, г. Ставрополь, ул. Мира 310
Тел.: (8-865-2) 35-23-31,
e- mail: postmaster@stgm.ru



Байчоров Энвер Хусейнович

26.01.2022 г.

Подпись профессора Байчорова Э.Х. ЗАВЕРЯЮ:
начальник отдела кадров ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России



Квачева О.В.