

ОТЗЫВ

официального оппонента – заведующего кафедрой госпитальной хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора Тарасенко Сергея Васильевича на диссертационную работу Барваняна Георгия Михайловича «Обоснование хирургической тактики при объемных заболеваниях органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненных билиарной и дуоденальной обструкцией» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 –Хирургия

Актуальность проблемы

В течение последних десятилетий отмечается рост заболеваемости и смертности от рака поджелудочной железы. Увеличивается в России и распространенность хронического панкреатита. Касательно обструктивных проявлений так называемого феномена «head masses» поджелудочной железы, общими симптомами рака и хронического воспалительного процесса являются увеличенная головка железы, механическая желтуха и нарушение дуоденальной проходимости.

Оказание помощи при билиарной и дуоденальной обструкции, обусловленной объемными образованиями периампулярной зоны, является сложной и, к сожалению, далеко не решенной проблемой.

Сохраняются трудности верификации генеза обструкции. До настоящего времени отсутствует единый подход к хирургическому лечению хронического псевдотуморозного панкреатита. Не уменьшается количество осложнений после панкреатодуоденальной резекции – ключевой операции в хирургии объемных образований билиопанкреатодуоденальной зоны. Много спорных вопросов о месте малоинвазивных методик и «открытой»

хирургической декомпрессии желчных путей при неоперабельном периампулярном раке.

Все вышеизложенное позволяет утверждать, что избранная автором тема исследования без сомнения актуальна и важна для современной гепатопанкреатобилиарной хирургии.

Научная новизна работы

Проведено большое исследование, позволяющее на качественно новом уровне подойти к определению хирургической тактики и стратегии лечения обструктивных объемных заболеваний периампулярной зоны.

Автором проведен сравнительный анализ компьютерных томограмм при раке поджелудочной железы и хроническом панкреатите, осложненных механической желтухой. Изучены результаты интраоперационной трепанобиопсии объемных образований головки поджелудочной железы. С учетом полученных данных предложена хирургическая тактика при обструктивном псевдотуморозном панкреатите, позволяющая исключить в отдаленном периоде случаи пропущенного операбельного рака.

Предложена методика выделения верхней брыжеечной вены в подободочном пространстве. Определены показания к ее применению и обоснованы преимущества способа в трудных условиях.

Впервые в клинических условиях разработан, применен и обоснован алгоритм выбора панкреатодигестивного соустья при выполнении панкреатодуоденальной резекции. Индивидуализированный подход к этому, весьма ответственному, этапу операции позволил существенно снизить количество осложнений и летальность.

Разработаны 2 оригинальных панкреатоеюноанастомоза. Определены показания к их применению в рамках алгоритма.

Предложена и детализирована технология расширения резекции культи поджелудочной железы для профилактики осложнений при неблагоприятных условиях для наложения анастомоза между поджелудочной железой и тощей кишкой. Показано, что применение указанной технологии при

панкреатодуоденальной резекции позволяет улучшить условия для формирования панкреатоеюноанастомоза.

При выполнении панкреатодуоденальной резекции в дополнение к стандартному патогистологическому протоколу предложено исследовать отдельным препаратом участок ткани с верхней брыжеечной артерией. Подобный прием позволил на 19% увеличить точность определения радикальности R1.

Проведен анализ предикторов выживаемости после панкреатодуоденальной резекции при раке поджелудочной железы. Выявлен неблагоприятный дооперационный фактор прогноза жизни – сочетание болевого синдрома с повышением уровня сывороточной СА 19-9 более 300 Ед/л. Показаны причины, ухудшающие выживаемость при наличии этого фактора.

Предложена тактика индивидуализированного подхода к выбору метода декомпрессии желчных путей при неоперабельном раке органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Она учитывает прогнозируемую продолжительность жизни, приверженность пациента к лечению и доступность специализированного стационара. В условиях региона с низкой плотностью населения достигнут баланс между миниинвазивными методиками и хирургической декомпрессии.

Приоритет оригинальных разработок автора закреплен 4 патентами РФ на изобретение.

Обоснованность и достоверность научных положений, выводов и практических рекомендаций

Работа выполнена на большом клиническом материале, основанном на результатах лечения 551 пациента с объемными образованиями органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненных билиарной и дуоденальной обструкцией. Представленный объем исследования достаточен для получения достоверных результатов.

Достоверность результатов также подтверждается большим спектром современных статистических методов, примененных для обработки цифрового материала.

Полученные статистически значимые различия между сравниваемыми группами в зависимости от выбранных лечебных подходов и оперативных технологий свидетельствуют об обоснованности сформулированных автором выводов и практических рекомендаций.

Основное содержание диссертации и защищаемые положения полностью представлены в 24 научных работах, 21 из которых опубликованы в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для кандидатских и докторских диссертаций.

Практическая значимость результатов диссертации

При знакомстве с диссертацией видно, что написана она хорошим хирургом, для которого важна практическая составляющая диссертации.

Проведенное исследование показало, что предложенные лечебные алгоритмы и разработанные технические приемы оперативных вмешательств позволяют существенно улучшить результаты лечения объемных образований органов периампулярной зоны, осложненных механической желтухой.

Выводы и практические рекомендации могут быть внедрены в работу специализированных хирургических отделений многопрофильных больниц, занимающихся вопросами лечения пациентов с объемными образованиями органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Лечебный алгоритм паллиативной декомпрессии желчных путей при неоперабельном раке можно применить в качестве модели для регионов с низкой плотностью населения.

Результаты исследования могут использоваться в учебном процессе хирургических кафедр.

Перспективным научно-практическим направлением с целью улучшения результатов панкреатодуоденальной резекции является

дальнейшее совершенствование алгоритма выбора панкреатодигестивного соустья.

Оценка содержания работы

Работа изложена на 226 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы (1-я глава), материалов и методов исследования (2-я глава), результатов собственных исследований (6 глав), заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, который включает 98 отечественных и 182 иностранных источника.

В разделе «**Введение**» автором обоснована актуальность проблемы, четко сформулированы цель, задачи и основные положения на защиту, показаны научная новизна и практическая значимость исследования.

В главе «**Обзор литературы**» подробно описаны современные взгляды на проблемы уточняющей диагностики генеза объемных образований, представлены в сравнительном аспекте способы оперативных вмешательств при хроническом панкреатите, способы паллиативной декомпрессии желчных путей и двенадцатиперстной кишки при неоперабельном раке. Подробно изложены проблемы панкреатодигестивных соустьев и пособия, предлагаемые различными авторами для снижения осложнений и летальности. Хочется отметить, что обзор литературы проведен с корректным цитированием. Все ссылки литературы, как отечественной, так иностранной указаны постранично.

В «**Главе 2**» приведена подробная клиническая характеристика больных. Обе исследуемые группы сопоставимы между собой. Дизайн исследования построен так, что позволяет проследить логику исследования.

В «**Главе 3**» представлена схема маршрутизации пациентов с механической желтухой, обусловленной объемными заболеваниями, в регионе проведения исследования. Проведен подробный анализ госпитализаций и выполненных вмешательств по трем уровням стационаров. Подавляющему большинству пациентов (93%) специализированную и высокотехнологичную помощь удалось оказать в стационарах III уровня.

В «Главе 4» проведен анализ методов уточняющей диагностики. Проведен сравнительный анализ результатов КТ-диагностики и интраоперационных данных случаев рака головки поджелудочной железы и хронического псевдотуморозного панкреатита. Подтверждены трудности верификации генеза обструкции. При использовании интраоперационной трепанобиопсии отмечено 16% ложноотрицательных результатов.

Полученные результаты были учтены автором при определении дальнейшей хирургической тактики.

В «Главе 5» представлена лечебная тактика при доброкачественной обструкции желчных путей и двенадцатиперстной кишки. Автором предложено выполнять резецирующую операцию во всех случаях, когда образование можно удалить и пациент в состоянии перенести такой объем вмешательства. Предложенная лечебная тактика хорошо обоснована полученными результатами. После резецирующих операций в ближайшем послеоперационном периоде получена нулевая летальность. В отдаленном периоде отсутствуют случаи пропущенного операбельного рака и отмечено хорошее качество жизни.

В «Главе 6» автор представил технические новации при выполнении панкреатодуоденальной резекции. Для облегчения поиска верхней брыжеечной вены автор предлагает первоначально идентифицировать ее в подбодочном пространстве. Установлены показания к применению этой методики и проведен сравнительный хронометраж с выделением вены в сальниковой сумке. Наибольший выигрыш во времени составил всего 17 минут. Тем не менее, способ будет полезным на этапе освоения хирургом панкреатодуоденальной резекции и в отделениях с небольшим объемом таких операций.

Автором представлено обоснование и результаты применения алгоритма выбора панкреатодигестивного анастомоза. Оригинальность алгоритма не вызывает сомнений. Использование алгоритма позволило уменьшить количество осложнений до 39%, летальность – до 3%.

Представлены 2 оригинальных панкреатоеюнальных анастомоза. Оба соустья адаптированы в алгоритм и показали хорошие результаты.

Также показана высокая эффективность технологии расширения резекции культи поджелудочной железы при неблагоприятных условиях для формирования панкреатоеюнального соустья. Эта новация позволила уменьшить количество несостоятельности панкреатоеюноанастомоза до 11% (2/21). При этом не отмечено случаев деструктивного панкреатита культи железы.

В «Главе 7» автором предложено исследовать отдельным биопсийным препаратом участок ткани с верхней брыжеечной артерии в качестве маркера радикальности. Теоретическими предпосылками этой методики автор указывает данные литературы, согласно которым до 88,3% радикальности панкреатодуоденальной резекции R1 обусловлены выявлением опухолевых клеток в прилежащем к верхней брыжеечной артерии крае панкреатодуоденального комплекса. Забор ткани автор предлагает выполнять после удаления комплекса. Показано, что при данной методике точность определения радикальности R1 панкреатодуоденальной резекции повышается на 19%.

Изучены предикторы выживаемости после панкреатодуоденальной резекции. Выявлен неблагоприятный дооперационный фактор прогноза жизни – сочетание болевого синдрома с повышением уровня сывороточной СА 19-9 более 300 Ед/л. При сочетании указанных признаков у половины больных радикальность ПДР оказалась R1.

В «Главе 8» автором показано, что выполнение хирургической декомпрессии при неоперабельном раке периампулярной зоны не увеличивает количество осложнений и летальность в сравнении с малоинвазивными методиками. После изучения специфики региона с низкой плотностью населения предложена тактика индивидуализированного подхода к выбору метода декомпрессии. При хорошей продолжительности жизни и высоком комплаенсе метод декомпрессии выбирают с учетом

предпочтений пациента. При использовании предложенной лечебной тактики получены хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Показано, что в случае достижения разумного баланса малоинвазивных методик и открытой хирургической операции характер декомпрессии не влияет на качество и продолжительность жизни.

В разделе «Заключение» автор проводит анализ полученных результатов и их обсуждение в сравнении с данными других исследователей.

Анализ диссертации показал, что заявленные цель и задачи исследования выполнены.

Выводы носят расширенный характер. В целом они соответствуют поставленным задачам. Выводы и практические рекомендации основаны на полученных результатах.

Автореферат полностью отражает содержание диссертации.

Замечания и вопросы по работе

Принципиальных замечаний по содержанию диссертации, выводам и практическим рекомендациям нет. Отдельные стилистические погрешности не снижают ее научной и практической значимости. При рецензировании работы возникло несколько вопросов:

1. Чем обусловлено сдержанное отношение автора к дуоденум-сохраняющим операциям при хроническом псевдотуморозном панкреатите?
2. Каковыми были критерии введения инвагинационных панкреатоеюноанастомозов в систему алгоритма выбора соустья?

Заключение

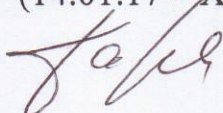
Диссертационная работа Барваняна Георгия Михайловича «Обоснование хирургической тактики при объемных заболеваниях органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненных билиарной и дуоденальной обструкцией», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук, является самостоятельным, законченным,

научно-квалификационным трудом, в котором автором решена проблема повышения эффективности лечения больных с объемными образованиями периапулярной зоны, осложненных механической желтухой и нарушением проходимости двенадцатиперстной кишки, на основе применения предложенных лечебных алгоритмов и технических новаций, внедрение которых вносит значительный вклад в развитие хирургии. По актуальности, объему выполненных исследований, научной и практической значимости диссертация отвечает требованиям п.9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842, а ее автор, Барванян Георгий Михайлович, заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – Хирургия.

Официальный оппонент:

заведующий кафедрой госпитальной хирургии
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук (14.01.17 – Хирургия),
профессор

Сергей Васильевич Тарасенко



Подпись д.м.н., профессора С.В. Тарасенко заверяю:
проректор по научной работе и инновационному развитию
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор

Игорь Александрович Сучков

«10» декабря 2020 г.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Адрес: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9
Телефон: 8(4912)97-18-01
E-mail: rzgmu@rzgmu.ru