

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой общей и факультетской хирургии Бюджетного учреждения высшего образования Ханты- Мансийского автономного округа - Югра «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия» Ионина Владимира Петровича на диссертационную работу Истомина Александра Геннадьевича на тему: «Пути профилактики осложнений дистальной резекции поджелудочной железы», на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: 3.1.9. – Хирургия (медицинские науки).

Актуальность темы диссертационного исследования.

Диссертация посвящена весьма значимому и актуальному разделу абдоминальной хирургии - панкреатологии. Несомненная актуальность затронутой темы объясняется неуклонным ростом заболеваний поджелудочной железы среди населения. Дистальная резекция поджелудочной железы является единственной операцией позволяющей избавить пациентов от опухолевого поражения либо осложненных форм острого панкреатита, панкреонекроза с преимущественным поражением тела или хвоста органа.

Несмотря на большое количество способов обработки культи ПЖ, частота осложнений после дистальной резекции поджелудочной железы остается высокой. Выбор оптимального способа обработки культи поджелудочной железы является одним из наиболее спорных аспектов при выполнении дистальной резекции её. Очевидно, что он должен быть выбран с учётом морфологических изменений паренхимы железы и её протоковой системы.

Поэтому вопросы совершенствования и разработка новых способов профилактики осложнений при выполнении дистальной резекции поджелудочной железы является актуальной проблемой хирургии. Все эти важные моменты лечения затронуты в представленной диссертационной работе.

Научная новизна исследования.

В рамках научно-исследовательской работы в клиническую практику внедрена новая методика оценки состояния протоковой системы поджелудочной железы- интраоперационная антеградная вирсунгография. Применение разработанной методики при выполнении дистальной резекции позволяет оценить проходимость протоковой системы поджелудочной железы и выбрать оптимальную тактику на этапе обработки ее культи. Полученные данные позволяют судить о значительной ее вариабельности. Все полученные данные позволили автору обосновать целесообразность проведения антеградной панкреатографии при выполнении дистальной резекции поджелудочной железы.

Проведен разносторонний анализ ближайших и отдаленных результатов лечения после выполнения дистальной резекции поджелудочной железы, определены причины осложнений, выявлена зависимость развития осложнений при наличии сахарного диабета, даны рекомендации по их профилактике и лечению.

Внедрение в клиническую практику методики антеградной вирсунгографии доказало свою эффективность и позволило снизить количество осложнений в послеоперационном периоде. Все эти составляющие диссертационной работы Истомина А.Г. представляют несомненную научную новизну исследования.

Достоверность и обоснованность результатов.

Диссертация выполнена на достаточном и современном методологическом уровне. Изложенные в диссертационной работе научные положения, выводы и практические рекомендации подтверждены результатами исследования, четко сформулированы и основаны на анализе обзора научной литературы, достаточном числе клинических наблюдений, использовании современных методов статистической обработки. Достоверность результатов подтверждена анализом и интерпретацией полученных результатов. Также обоснованность и достоверность полученных результатов подтверждается 9 опубликованными научными работами, в том числе 4 публикациями в журналах, входящих в перечень изданий,

рекомендуемых ВАК РФ для публикации материалов кандидатских диссертаций из них в 1 издании, индексируемом международной базой данных Scopus.

Научно - практическая значимость.

Научно - практическая значимость исследования связана с предложенными практическими рекомендациями, которые вытекают из представленных результатов исследования. Полученные данные в ходе исследования имеют существенное значение при выборе способа обработки культи поджелудочной железы после выполнения дистальной резекции. Использование антеградной панкреатографии влияет на интраоперационную тактику: при непроходимости вирсунгова протока в терминальном отделе показано наложение панкреатоэнтероанастомоза, а если проток проходим, то возможно его ушивание. Правильная тактика позволяет избежать развития такого специфического осложнения дистальной резекции, как истечение сока из культи поджелудочной железы с последующим развитием внутрибрюшинных абсцессов или формированием наружного панкреатического свища.

Проведен анализ послеоперационных осложнений у изучаемых больных, связанных с исходно имеющимся сахарным диабетом. Установлено что суммарный риск развития послеоперационных осложнений после дистальной резекции: панкреатический свищ, жидкостные затеки, воспалительный инфильтрат, неблагоприятное заживление ран у пациентов с сахарным диабетом в 6,2 раза выше, чем при его отсутствии. На основании полученных результатов предложены рекомендации по тактике ведения пациентов с угрозой развития панкреатогенного сахарного диабета.

Результаты исследования успешно применяются при оказании помощи пациентам с патологией поджелудочной железы, а также в учебном процессе, проведении практических занятий и семинаров со студентами, клиническими ординаторами и врачами хирургического профиля.

Содержание диссертации, ее завершенность.

Оформление соответствует общепринятому стилю научной работы предъявляемым к диссертационным работам. Диссертация написана в классическом стиле, а главы диссертации построены в соответствии с требованиями к научно-исследовательским публикациям и вытекают из текста диссертационного исследования. Диссертация состоит из введения, обзора литературы материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Диссертация изложена на 140 страницах, включает в себя введение, 5 глав, заключения, выводы, практические рекомендации. В диссертационной работе представлено 10 таблиц и 55 рисунков. Список литературы содержит 240 источников, из которых 148 отечественных и 92 зарубежных публикаций.

Во введении автором определена актуальность темы, цель и задачи исследования, которые направлены на изучение и решение проблемы осложнений после дистальной резекции поджелудочной железы.

Первая глава диссертации посвящена обзору литературы по проблеме дистальной резекции поджелудочной железы. Подробно изучены особенности выполнения этой операции на современном этапе и причины развития послеоперационных осложнений. Стоит отметить грамотный, тщательно проведенный обзор зарубежной и отечественной литературы посвященной историческим аспектам дистальной резекции поджелудочной железы.

Во второй главе представлены материалы и методы исследования. Приведена характеристика рентгенологического исследования на трупных панкреатодуоденальных комплексах с описанием методики. Указаны используемые в исследовании методы статистической обработки материала.

Изучены результаты выполнения дистальной резекции ПЖ у 56 пациентов со следующей нозологией: 25 – рак тела и хвоста ПЖ, 13 – доброкачественные опухоли, 18 – хронический панкреатит.

2 случая комбинированной дистальной резекции ПЖ с «циторедуктивным иссечением метастазов печени» (описаны в главе №4) не

выдерживают критики в онкологическом аспекте. Представляется целесообразным исключить их из исследования.

Описанные случаи «конфликта оперирующего хирурга» с главным лимфатическим протоком (1), с верхней брыжеечной веной (1) и с 12-перстной кишкой (1) свидетельствуют о предельной честности Автора. Остаётся неясным, какой лимфатический проток, повреждённый при выполнении дистальной резекции ПЖ, назван анатомически неточно главным.

В главе №2 изучаемые больные не разделены на группы сравнения и исследования, поэтому неясно что будет сравниваться. Только в главе №4 выделено две группы исследования: «первая группа – 54 пациента, которым антеградная вирсунгография не проводилась, во вторую группу вошли 12 пациентов, которым интраоперационно выполнялось это исследование». Выделение групп исследования и сравнения было целесообразно сделать в главе №2.

Отсутствует сравнение больных представленных групп по возрасту, полу и нозологии, по поводу которой выполнялась дистальная резекция поджелудочной железы.

Дизайн исследования во второй главе не представлен, понять его можно только в четвёртой главе, где одновременно показаны результаты исследования.

Третья глава начата с литобзора по рентгенографическим методам изучения протоковой системы ПЖ. Не подчеркнута новизна предлагаемой интраоперационной антеградной вирсунгографии.

Панкреатография, произведенная на 30 панкреатодуоденальных комплексов, изъятых при вскрытиях в патологоанатомических отделениях была выполнена с целью изучения архитектоники протоковой системы ПЖ. Результаты, полученные на 2-х комплексах, фиксированных в формалине, целесообразно исключить из исследования нативных препаратов по причине достоверных различий состояния тканей ПЖ. Изучаемый объем протоковой системы фиксированного препарата, несомненно, изменяется. Тем более, что сам Автор полагает, что «фиксация панкреатодуоденального комплекса в формалине

блокирует выход контрастного вещества из протоковой системы в просвет 12-перстной кишки».

Выявление санториниева протока только в 6,7 % вызывает недоумение и свидетельствует о недостаточном заполнении протоковой системы контрастным веществом. Известно, что санториниев проток является постоянным, дренирует часть дорсальной головки ПЖ и впадает в ДПК малым дуоденальным сосочком.

Наличие трёх графиков зависимости объёма протоковой системы ПЖ от её длины представляется излишним. При изучении ёмкости протоковой системы культи ПЖ у исследуемых больных не указано распределения их по объёму выполненной дистальной резекции железы. Тем не менее, представляют несомненный интерес данные по среднему объёму: от 0,1 до 2,9 мл. Сделан логичный вывод о том, что для полноценной информативной антеградной панкреатографии чаще всего достаточно 1–2 мл контраста.

Четвёртая глава, где представлены результаты исследования, начинается с подглавы 4.1 «Принципы диагностики патологии поджелудочной железы», которая является фрагментом «Материалов и методов».

При выделении небольших групп исследования (n=12) и сравнения (n=54) по наличию, или отсутствию интраоперационной вирсунгографии, в главе №4, не проведен анализ выявления однородности групп по полу, возрасту, имеющимся заболеваниям и т.п.

Кроме того, во второй главе указано, что изучаемых пациентов 56, а в четвёртой их стало 66. Автору следует пояснить, когда в исследование добавилось 10 пациентов.

В тексте четвёртой главы имеется информация о том, что «на конец 2021 года нами было дополнительно проведено 10 дистальных резекций поджелудочной железы. При этом у двух пациентов показаний к проведению антеградной вирсунгографии не было, а у восьми пациентов при обоснованном подозрении была проведена интраоперационная антеградная вирсунгография».

Неясно, в какую группу включены 2 пациента, которым вирсунгография не выполнена, и что это за показания, которых может и не быть.

Впервые в главе №4, наряду с предоставлением результатов исследования, появились группа исследования и группа сравнения, хотя они так и не названы. Выполнение или не выполнение интраоперационной панкреатографии не характеризует способ обработки культи ПЖ, который может быть любым и, в основном, зависеть от выраженности морфологических изменений оперируемого органа.

Недостатком научной работы является отсутствие данных патогистологического исследования препаратов резецированной поджелудочной железы.

В условной ГИ были пациенты, которым формировался панкреатикоэнтероанастомоз и ушивалась культя ПЖ. Неясно, оставлялся ли наружный дренаж ГПП после выполнения вирсунгографии. Сравнения способов обработки культи ПЖ нет.

В подглаве 4.3 предоставлены результаты дистальной резекции поджелудочной железы у изучаемых больных. Инструмент, которым пересекалось тело ПЖ, представляется не столь важным, т.к. безусловно, после это производилась обработка культи ПЖ, особенно при наличии кровотечения и истечения панкреатического сока.

Таб. 3,4,5 в главе №4 (нумерация не сквозная) неинформативны, поскольку не указано количество изучаемых пациентов и не сделано конкретных выводов по полученным результатам.

В таб. №6 представлены осложнения «в виде жидкостных затеков, абсцессов, панкреатических свищей» в ГИ и ГС, причём различия статистически достоверны, хотя это указано Автором до анализа данных таблицы и не отражено в ней.

Таким образом, ассортимент послеоперационных осложнений дистальной резекции ПЖ не рассмотрен. Изучены только затёки панкреатического сока из культи, хотя в заключении указано что, «дистальная резекция поджелудочной

железы имеет следствием многочисленные осложнения в виде панкреатита культи (41,1 %), различной формы жидкостных затеков (35,7 %), панкреатических свищей (16,1 %), внутрибрюшных абсцессов (8,9 %), ранней спаечной кишечной непроходимости, внутрибрюшного кровотечения и интраоперационного повреждения соседних органов». Анализа этих осложнений в группах исследования и сравнения не проведено.

Складывается впечатление, что профилактикой осложнений при дистальной резекции ПЖ является не какой-либо способ обработки культи, а само по себе проведение панкреатографии.

Большое внимание в работе уделено изучению углеводного обмена после дистальных резекций ПЖ, чему посвящена глава №5.

Вновь изучаемые больные делятся на две группы по наличию или отсутствию сахарного диабета исходно. Дизайн исследования целесообразно было представить во второй главе, что упростило бы восприятие материала и повысило качество работа.

Однородность представляемых групп больных не показана даже по основному заболеванию, поэтому сравнивать результаты можно весьма относительно.

Не представлены объемы выполненных дистальных резекций в изучаемых группах больных, хотя целесообразно сравнивать отдельно резекции хвоста ПЖ и корпорокаудальные резекции.

Развитие сахарного диабета после дистальной резекции ПЖ вполне закономерно, как и повышение частоты послеоперационных осложнений у больных СД.

В заключении указано, что «за последние два года в клиническую практику внедрена интраоперационная антеградная вирсунгография, которая проведена 4 пациентам». Чуть ниже: «на конец 2021 года нами было дополнительно проведено 10 дистальных резекций поджелудочной железы». Всего больных условной группы исследования было 12. Необходимо пояснение и уточнение цифровых данных.

Только у 2 пациентов сформирован панкреатикоэнтероанастомоз, что закономерно, не позволяет делать выводов о его пользе.

Выводы соответствуют поставленным задачам. Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения пациентов после дистальной резекции поджелудочной железы.

Задачи, решение которой позволило бы достигнуть поставленной цели, не выдвинуто. Нет и соответствующего вывода об улучшении результатов лечения.

Несмотря на это, очевидно, что выполнение интраоперационной вирсунгограммы позволяет, объективно оценив состояние протоковой системы ПЖ, избрать оптимальный способ обработки культи (ушивание или формирование панкреатикодигестивного анастомоза).

Не исключено, что в ряде случаев необходимо оставление наружного дренажа ГПП, после выполнения вирсунгографии, для обеспечения декомпрессии протоковой системы ПЖ в послеоперационном периоде. В этом заключается перспектива научного исследования в заданном направлении.

Указанные недостатки научного исследования не умаляют его достоинств. Диссертационную работу следует считать завершенной и значимой для хирургической практики.

Заключение.

Диссертационная работа Истомина Александра Геннадьевича на тему «Пути профилактики осложнений дистальной резекции поджелудочной железы», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. - хирургия, является завершенной научно-квалификационной работой, выполненной лично автором. В работе содержится решение задачи профилактики осложнений после дистальной резекции поджелудочной железы, что имеет существенное значение для хирургии. По актуальности, научной новизне, практической и научной значимости, достоверности полученных результатов диссертационная работа Истомина Александра Геннадьевича соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ № 842 от 24.09.2013г. (с изменениями, содержащимися в Постановлениях

Правительства Российской Федерации от 21.04.2016 г., №335, от 02.08.2016 г., № 748, от 29.05.2017 г., № 650, от 28.08.2017 г., № 1024, от 01.10.2018 г., №1168, от 20.03.2021 г., № 426), предъявляемым к диссертациям на соискание степени кандидата наук, а её автор Истомин Александр Геннадьевич достоин присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. – Хирургия (медицинские науки).

Согласен на сбор, обработку, хранение и размещение в сети «Интернет» моих персональных данных (в соответствии с требованиями Приказа Минобрнауки России №662 от 01.07.2015г.), необходимых для работы диссертационного совета 21.2.004.01.

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей
и факультетской хирургии Бюджетного
учреждения высшего образования

Ханты- Мансийского автономного округа- Югра
«Ханты- Мансийская государственная
медицинская академия»

В.П. Ионин

08.06.2023

Подпись д.м.н., профессора В.П. Ионина заверена

Ученый секретарь Ученого совета ХМГМА

Т.Н. Молчанова

Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа - Югра «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»

Адрес: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 40; +7(3467)39-04-02;
<https://hmgma.ru/>

