

ОТЗЫВ

официального оппонента, заведующего кафедрой хирургии института профессионального образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора Корымасова Евгения Анатольевича на диссертационную работу Бакирова Марата Равильевича на тему «Пути улучшения результатов эндохирургического лечения ахалазии кардии», представленную к защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. (14.01.17) – Хирургия (медицинские науки).

Актуальность темы диссертационного исследования

Оценка актуальности представленной научно-квалификационной работы складывается из двух принципиально важных моментов.

Первый момент вытекает из понимания того, на каком этапе в целом находится хирургия нервно-мышечных заболеваний пищевода. Методы и способы лечения ахалазии кардии развиваются поступательно и по спирали. Сугубо консервативный подход в виде кардиодилатации сменился этапом открытых операций в виде эзофагокардиомиотомии, которая в последнее время успешно была реализована в виде лапароскопического вмешательства. При этом четвертая стадия ахалазии требовала экстирпации пищевода, технология которой, вроде бы, была тщательно отработана в клинической практике, но безусловно не удовлетворяла травматичностью и ближайшими результатами. Поэтому в последнее десятилетие тенденция к малоинвазивности возобладала и вновь привела к консерватизму, но уже на «новом витке спирали» - в виде интрасфинктерного введения ботулотоксина и пероральной эндоскопической миотомии, которая в настоящее время заявляется в качестве чуть ли не «панацеи». Но о сдаче хирургией своих позиций говорить рано. Подобная эволюция свидетельствует лишь о том, что настал период объективной оценки эффективности лапароскопической эзофагокардиомиотомии с позиции научно-обоснованной медицинской практики. Важность этого определяется еще и тем, что в нашем хирургическом сообществе нет пока Клинических рекомендаций, которые определяли бы тактику. Поэтому необходимо накопление коллективного опыта и его тщательный анализ.

Второй момент заключается в необходимости тщательного и глубокого изучения функционального состояния пищеводно-желудочного перехода после оперативных вмешательств. Хирургический парадокс состоит в том, что на это мало обращается внимания в угоду главного достижения – хорошей эндоскопической и рентгенологической проходимости абдоминального отдела пищевода. Между тем, послеоперационный период может стать для пациента «горше» самой ахалазии кардии и обусловить новые патологические синдромы. Современные публикации не балуют применением объективных функциональных методов диагностики в отдаленные сроки после операции, отдавая различные патологические состояния «на откуп» гастроэнтерологам. В связи с этим считаю, что тема диссертация М.Р. Бакирова актуальна и своевременна как в теоретическом, так и в практическом плане.

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

Обоснованность научных положений, выводов и рекомендаций исследования убедительно подтверждается сопоставлением полученных результатов с данными отечественного и зарубежного опыта по лечению ахалазии кардии. Диссертационная работа опирается на широко известные и принятые в научном сообществе взгляды о причинах развития ахалазии кардии и общепринятые методы диагностики и способы лечения.

Обоснованность основных положений диссертации, выводов и практических рекомендаций подтверждается тщательным анализом результатов клинических исследований. Критерии включения и исключения больных и дизайн исследования соответствуют поставленным целям и задачам. Клинические исследования проведены на 280 пациентах с ахалазией кардии, у которых оценены результаты традиционного лечения и предложенного способа операции. Представленный автором объем клинического материала достаточен для получения достоверных результатов. Использование современных методов статистической обработки делает полученные выводы достоверными. Все научные положения документированы таблицами и рисунками.

Выводы диссертации четко сформулированы, объективны, вытекают из содержания работы, соответствуют поставленным задачам, практические рекомендации подтверждают высокую ценность настоящей научной работы.

Достоверность результатов подтверждается корректным использованием клиничко-лабораторных, современных инструментальных методов диагностики, позволивших проанализировать полученные результаты.

Достоверность результатов подтверждается также 9 опубликованными работами, из которых 3 – в журналах, входящих в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Диссертация написана автором самостоятельно, обладает внутренним единством, содержит новые научные результаты и положения, выдвигаемые для публичной защиты, и свидетельствует о высоком личном вкладе автора диссертации в науку.

Научная новизна исследования и полученных результатов, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Несмотря на выраженную прикладную направленность диссертации, первой научной новизной является фундаментальность проведенного исследования, которая заключается в изучении функционального состояния пищеводно-желудочного перехода. Автором изучена секреторная, моторная и эвакуаторная функции пищевода и желудка до и после операции и на этом основании сделаны выводы об особенностях ремоделирования пищеводно-желудочного перехода под влиянием хирургического лечения. Эти данные имеют важное значение для последующих исследований в этом направлении.

Новыми в научном плане являются исследования, посвященные диагностической ценности как традиционных методов исследования, так и тракционной рентгенбаллонографии. Установлена различная диагностическая ценность рентгенографии, эзофагогастроскопии, рН-метрии, манометрии,

реоплетизмографии. Автором доказано, что применение разработанного комплекса приводит к увеличению чувствительности, специфичности и точности диагностики.

Второй принципиальной научной новизной диссертации является многофакторность усовершенствованного способа хирургического лечения ахалазии кардии. Эта многофакторность базируется, с одной стороны, на восстановлении анатомической проходимости пищеводно-желудочного перехода, а с другой стороны, на приближении его функционального состояния к физиологическому.

В связи с тем, что восстановление анатомической проходимости после эзофагокардиомиотомии по Геллеру определяется полнотой рассечения мышечных волокон, несомненной научной новизной являются технические усовершенствования, способствующие этому. Автором впервые была разработана и внедрена трансиллюминационная поддержка операции с помощью специального зонда, позволяющая уменьшить риск, во-первых, проникновения в просвет пищевода, во-вторых, неполной миотомии.

С целью обеспечения нормального послеоперационного функционального состояния пищеводно-желудочного перехода автором впервые предложено использовать инструмент для измерения размеров пищеводного отверстия диафрагмы (Патент РФ на изобретение №2088158), позволяющий проводить адекватное сужение его, а также выполнение гемифундопликации по Дору в качестве антирефлюксной операции.

Автором проведена колоссальная работа по сравнительной оценке эффективности двух хирургических подходов в лечении пациентов с ахалазией кардии. Представленный материал – один из самых больших в стране с учетом частоты данной патологии. Хорошо известно, что фундопликация по Ниссену бесспорно является «золотым стандартом» в антирефлюксной хирургии. Научная значимость выбора в том, что неблагоприятное значение может иметь как гипофункция, так и гиперфункция манжеты. Тщательный анализ полной фундопликации и гемифундопликации позволил доказать как минимум сопоставимость результатов, а в ряде случаев и преимущество лапароскопической эзофагокардиомиотомии с гемифундопликацией как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки, особенно с учетом тех задач, которые стоят перед фундопликацией при ахалазии кардии. Именно эти выводы и обладают научной новизной.

Научный интерес представляет и исследование качества жизни пациентов после операции. Подобных работ ранее в литературе не встретилось.

Значимость для науки и практики результатов диссертации, возможные конкретные пути их использования

Практическая значимость диссертации является продолжением ее научной новизны и неразрывно связана с ней.

Разработанные подходы к выбору антирефлюксной операции (гемифундопликация), инструмента для измерения пищеводного отверстия диафрагмы, использование внутрипищеводной трансиллюминации при эзофагокардиомиотомии в совокупности позволяют обеспечить полноту миотомии, а также предупредить интра- и послеоперационные осложнения, связанные с

недостаточной либо избыточной антирефлюксной коррекцией пищеводно-желудочного перехода.

Результаты функциональных исследований пищевода и желудка в совокупности с оценкой качества жизни позволяют правильно оценивать эффективность хирургического лечения в отдаленные сроки, особенно в тех случаях, когда имеется диссонанс между клинической симптоматикой и эндоскопическими и рентгенологическими методами, целенаправленно проводить реабилитационные мероприятия.

Значение полученных результатов исследования для практики подтверждается повышением числа отличных, хороших результатов после применения разработанного способа операции, уменьшением числа послеоперационных осложнений в виде рефлюкс-эзофагита, пептических стриктур пищевода и рецидива ахалазии кардии, повышением показателей, составляющих качество жизни.

Конкретные рекомендации по использованию результатов и выводов диссертации

Полученные выводы и практические рекомендации диссертационной работы целесообразно внедрить в работу торакальных хирургических отделений городских, областных и республиканских больниц, научно-исследовательских институтов, Национальных медицинских исследовательских центров хирургии. Результаты диссертации можно использовать в образовательном процессе в медицинских вузах при подготовке по программам высшего образования «специалитет», «ординатура» по специальностям «хирургия» и «торакальная хирургия», а также по программам дополнительного профессионального образования по специальностям «хирургия» и «торакальная хирургия».

Оценка содержания диссертации, ее завершенность.

Диссертация написана в классическом стиле, ее содержание изложено на 98 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. В список литературы включены 122 источника, из них 67 отечественных и 55 иностранных авторов. Диссертация иллюстрирована 17 рисунками и 11 таблицами.

Введение содержит обоснование актуальности и новизны работы, в нем четко сформулированы цель и задачи исследования. Для достижения поставленной цели автор ставит 4 задачи, требующих решения.

В первой главе («Обзор литературы») проведен анализ современных источников о состоянии проблемы лечения ахалазии кардии в настоящее время, нерешенные вопросы инструментальной диагностики, современные методы лечения ахалазии кардии, профилактики послеоперационных осложнений, оценки отдаленных результатов с позиции хирурга и с позиции самого пациента. В данной главе подчеркнуто, что несмотря на, казалось бы, небольшую частоту данного заболевания и отработанность технологии эзофагокардиомиотомии по Геллеру, ведение подобных пациентов требует взвешенного подхода с точки зрения как непосредственных исходов, так и долговременных результатов и качества жизни.

Вторая глава («Материалы и методы исследования») содержит подробную общую характеристику пациентов с ахалазией кардии, методов диагностики –

рентгенологического эндоскопического, морфологического, функциональных (секреторной функции, манометрии, моторно-эвакуаторной функции).

Клинический материал включает результаты обследования и хирургического лечения 280 пациентов с ахалазией кардии, находившихся на лечении в период с 2000 по 2019 гг. на клинических базах кафедры хирургических болезней и новых технологий ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Уфа) и отделения хирургии пищевода и желудка ГБУЗ «Республиканский клинической онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Республики Татарстан (г. Казань). Исследование носило многоцентровый когортный ретроспективный характер. Все пациенты были распределены в две группы. В контрольную группу вошли 206 человек, которым выполнена традиционное лапароскопическое вмешательство – эзофагокардиомиотомия по Геллеру, дополненное фундопликацией по Ниссену. Основную группу составили 74 пациента, которым была выполнена лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру, дополненная передней модифицированной гемифундопликацией по Дору. У данных пациентов применены усовершенствованные методы диагностики, технические устройства, облегчающие выполнение операции и снижающие риск интраоперационных осложнений и неблагоприятных послеоперационных исходов.

Использованные в работе клиничко-лабораторные и инструментальные методы высокоинформативны и предполагают получение достоверных результатов. Современные методы исследования сочетаются со статистической обработкой полученных результатов.

Третья глава («Прогностическая оценка клинической картины и данных инструментального обследования при ахалазии кардии») посвящена диагностической информативности и значимости инструментальных методик при ахалазии кардии. Автор справедливо отмечает различную ценность существующих методик, приходя к заключению о необходимости, с одной стороны, всестороннего изучения особенностей заболевания у каждого конкретного пациента, а с другой стороны, кратчайшего пути диагностики с позиций научно-обоснованной медицинской практики. Представленный анализ позволит экстраполировать выводы в проспективную клиническую практику без рутинного повторения ненужных методик.

Вопрос №1. Что, на Ваш взгляд, должно входить в обязательный диагностический комплекс при ахалазии кардии? И, в частности, каково место в нем тракционной рентгенбаллонографии?

При всей важности и актуальности сделанных в этом разделе выводов в настоящее время все таки следует идти по пути применения самого короткого и эффективного алгоритма диагностики, не выполняя ненужных и малоинформативных исследований. В тоже время, если есть такая возможность, следует избегать трудоемких и/или дорогостоящих методик, если они не несут какой-либо дополнительной информации по сравнению с традиционными.

Так, например, если речь идет о тракционной рентгенбаллонографии, то думаю, что в отличие от гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, она имеет меньшее значение, ибо антирефлюксная операция в том или ином варианте все равно выполняется всем больным с ахалазией. В тоже время, перспективы применения манометрии я усматриваю в определении референсных значений давления в области нижнего

пищеводного сфинктера у пациентов с отличными результатами, которые могут быть использованы для последующей оценки эффективности лечения в целом в больших совокупностях больных и для поиска причины послеоперационной дисфагии.

В четвертой главе («Вопросы хирургического лечения ахалазии кардии») представлены технологические аспекты вмешательства у пациентов основной группы, а именно: применение трансиллюминационной поддержки при эзофагокардиомиотомии, измерение пищеводного отверстия диафрагмы. Указанные усовершенствования являются объектом интеллектуальной собственности автора и его коллег. Разработанная оригинальная авторская методика позволяет предупредить повреждение стенки пищевода и послеоперационные осложнения, связанные с недостаточным либо чрезмерным сужением пищеводного отверстия.

В основной группе автору удалось избежать интраоперационных осложнений благодаря трансиллюминационному зонду. Частота интраоперационных осложнений в контрольной группе составила 1,9%: у 4 из 206 пациентов во время мобилизации кардии был вскрыт просвет пищевода (что, в принципе, не является чем-то критичным в связи со своевременным выявлением и устранением путем ушивания и фундопликации).

Вопрос №2. Предложенный Вами инструмент для определения размеров пищеводного отверстия диафрагмы «имеет значение для выбора метода крурорафии или необходимого размера импланта для закрытия дефекта». Как конкретно Вы выбираете способ коррекции пищеводного отверстия диафрагмы?

Если же говорить о ближайших функциональных результатах, то у 29 больных контрольной группы (14,1%) выявлена дисфагия, связанная с чрезмерным сужением пищеводного отверстия диафрагмы. Применение в основной группе разработанного инструмента позволило избежать этого осложнения, так как улучшилась объективизация выбора способа укрытия дефекта.

В пятой главе («Ближайшие и отдаленные результаты лечения послеоперационных осложнений») представлена как объективная оценка эффективности лечения пациентов в обеих группах, так и субъективная составляющая, которая выражена качеством жизни.

Оценка отдаленных результатов чрезвычайно интересна. Анализ показал, что отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты были отмечены в контрольной группе у 10 (25%), у 24 (60%), у 3 (7,5%) и у 3 (7,5%) пациентов соответственно, в основной группе – у 9 (21,4%), у 30 (71,4%), у 3 (7,1%) пациентов соответственно. Статистически значимые различия между группами отсутствуют («хи-квадрат» 3,67, число степеней свободы 3, $p > 0,05$). И это свидетельствует о том, что усовершенствованная автором операция не уступает «золотому стандарту» антирефлюксной хирургии.

При этом неудовлетворительные результаты у 3-х больных в контрольной группе автор связывает с рецидивом заболевания. Этим самым подчеркивается преимущество усовершенствованной трансиллюминационно-ассистированной технологии в плане полноты миотомии в основной группе пациентов.

Вопрос №3. Как Вы определяете, с чем связана послеоперационная дисфагия – с избыточной крурорафией, гиперфункцией фундопликационной манжеты или рецидивом ахалазии? Кстати, в случае так называемого

«рецидива» целесообразно, на мой взгляд, говорить о «резидуальной ахалазии», подразумевая под этим неадекватную миотомию, а не какое-то новое рубцевание.

Вопрос важный в практическом плане, так как от этого будет зависеть тактика: в случае «резидуальной ахалазии» (неполной миотомии) можно будет прибегнуть к кардиодилатации, но в случае гиперфункции манжеты пациенту показана операция. Причем этот вопрос имеет смысл только по отношению к контрольной группе. Дело в том, что сам факт выполнения фундопликации по Ниссену на толстом желудочном зонде вовсе не гарантирует от гиперфункции манжеты, которая возможна за счет неадекватной мобилизации дна желудка и перекручивания пищевода самой фундопликационной манжетой. В основной группе все три потенциальные причины дисфагии исключаются. И это является очень серьезным неоспоримым преимуществом представленной технологии лапароскопической эзофагокардиомиотомии с гемифундопликацией по Геллеру, и еще раз подтверждает научную новизну.

Очень значимыми являются функциональные исследования, показывающие снижение внутрижелудочного давления, градиента пищеводно-желудочного давления и давления в нижнем пищеводном сфинктере в отдаленные сроки после операции. Поэтому среди всех методов функционального исследования манометрию важно включать в план обследования таких пациентов именно с точки зрения оценки полноты миотомии в отдаленные сроки.

Согласно результатам оценки качества жизни, у пациентов, оперированных по предложенной методике, средние значения каждой из его составляющей приближалась к среднестатистическим показателям здоровой популяции. Кроме того, после лапароскопической эзофагокардиомиотомии по разработанной методике показатели качества жизни приближались к таковым в группе контроля. Это подтверждает хорошую реабилитацию пациентов в отдаленные сроки и удовлетворительную адаптацию к повседневной жизни.

Заключение представляет собой анализ полученных данных, обсуждение основных наиболее важных результатов исследования, отражает анализ проведенного комплексного лечения и его результатов.

Выводы и практические рекомендации вытекают из полученных результатов и отвечают поставленным задачам диссертационной работы. Важное значение имеют практические рекомендации, необходимость внедрения которых в клиническую практику не вызывает сомнений.

В целом, замечаний по выбранному плану исследований, компоновке работы и ее оформлению нет.

Соответствие содержания автореферата основным положениям и выводам диссертации

Автореферат полностью отражает содержание диссертации. Принципиальных замечаний к автореферату нет.

Замечания

Научная позиция автора не вызывает принципиальных возражений. Между тем, я обратил бы внимание на некоторые нюансы, вызывающие дискуссию.

1. В третьем положении, выносимом на защиту, акцент должен быть сделан однозначно: всем больным показана антирефлюксная операция должна выполняться всем больным.

2. Не уточнены различия в критериях «отличного» и «хорошего» отдаленного результата.

3. В четвертом выводе следовало разграничить частоту каждого результата в контрольной и основной группе.

В процессе анализа диссертации возникли вопросы, которые указаны мною в соответствующих разделах.

Заключение

Диссертационная работа Бакирова Марата Равильевича на тему «Пути улучшения результатов эндохирургического лечения ахалазии кардии» является законченной самостоятельно выполненной научно-квалификационной работой, в которой содержится новое решение актуальной научно-практической задачи, имеющей важное значение для современной хирургии, – улучшение результатов лечения пациентов с нервно-мышечными заболеваниями пищевода, что полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении учёных степеней», утверждённого Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г., №842 (в редакции Постановления Правительства РФ от 21.04.2016 г., №335), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а ее автор – Бакиров Марат Равильевич заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 (14.01.17) – Хирургия (медицинские науки).

**Официальный оппонент -
заведующий кафедрой хирургии
Института профессионального образования
федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор
[шифр специальности в совете 3.1.9. (14.01.17) – хирургия]**

Корымасов Евгений Анатольевич

Согласен на обработку моих персональных данных

Корымасов Евгений Анатольевич

25 августа 2021 года

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России
Адрес: 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89.
Тел: +7 (846) 374-10-04, 956-22-72.

Сайт: <http://www.samsmu.ru>;
info@samsmu.ru,
kaf_hiripo@samsmu.ru

Верно: Ученый секретарь федерального государственного
бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России)

Доктор
медицинских
наук
профессор

Борисова