

ОТЗЫВ

официального оппонента доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой эндоскопии Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская Медицинская Академия Последипломного Образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нечипая Андрея Михайловича на диссертационную работу Маады Аяса Сергеевича по теме «Миниинвазивные технологии дренирования желчных путей при нерезектабельных опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности «хирургия» (шифр специальности - 14.01.17).

Актуальность темы исследования

Опухолевая и калькулезная механическая желтуха до настоящего времени остается одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Механическая желтуха осложняет состояние больных, ухудшает прогноз хирургического лечения, будучи не устраненной, приводит к ряду других тяжелых осложнений и, в итоге, к полиорганной недостаточности.

Миниинвазивные технологии дренирования желчных протоков, в том числе и эндоскопическое дренирование последних ретроградным доступом выполняются и в качестве промежуточного этапа перед предстоящей радикальной операцией, и как окончательный этап паллиативного лечения неоперабельных больных с механической желтухой опухолевой природы. В первом случае устранение билиарной гипертензии оптимизирует условия выполнения хирургического вмешательства, во втором – обеспечивает возможность проведения специального противоопухолевого лечения, избавляя от необходимости хирургического формирования билиодигестивных анастомозов, улучшает качество оставшейся жизни больных. Эндоскопическим ретроградным технологиям присущи все достоинства миниинвазивного доступа, главным из которых является малая травматичность. Это позволяет применять ретроградное дренирование

желчных протоков у больных пожилого и старческого возраста, у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, с выраженными нарушениями гомеостаза, обусловленными наличием распространенного опухолевого процесса и механической желтухи. Именно так можно охарактеризовать состояние подавляющего большинства пациентов с механической желтухой опухолевого генеза к моменту их обращения за медицинской помощью.

Миниинвазивные технологии давно стали методом выбора при планировании этапного лечения подобных больных. Внедрение двухэтапного подхода к лечению пациентов с синдромом механической желтухи опухолевой природы при резектабельных опухолях у операбельных больных: на первом этапе – чрескожные или эндоскопические методы билиарной декомпрессии, на втором – традиционное оперативное лечение, позволили в несколько раз снизить летальность. При нерезектабельности опухоли или при неоперабельности больных миниинвазивные дренирующие вмешательства (чрескожные или эндоскопические ретроградные), устраняющие билиарную гипертензию и механическую желтуху, представляют собой вариант тактики, позволяющей улучшить состояние пациента и обеспечить условия для проведения специального лекарственного противоопухолевого лечения, а у инкурабельных больных – улучшить качество оставшейся жизни. В настоящее время подобная тактика является общепринятой. Однако есть и недостатки, свойственные миниинвазивным дренирующим технологиям прежде всего в отдаленном периоде: это склонность внутренних билиарных стентов к окклюзии билиарным сладжем и к развитию рецидива механической желтухи и холангита. Различные миниинвазивные способы дренирования желчи показали высокую эффективность в ближайшем послеоперационном периоде, в то же время их нежелательные побочные эффекты, развивающиеся в отдаленные сроки у больных с

нерезектабельными опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, требуют научного анализа. Автор диссертационной работы поставил своей целью выработку оптимальной тактики с использованием возможностей миниинвазивных технологий при нерезектабельных опухолях органов гепатопанкреатодуоденальной области, осложненных механической желтухой, позволяющей предупредить развитие нежелательных побочных эффектов и осложнений таких вмешательств, в т.ч. такого грозного осложнения, как острый постманипуляционный панкреатит.

Научная новизна диссертационной работы заключается:

- в разработке дифференцированного подхода к выбору способа миниинвазивной билиарной декомпрессии в зависимости от особенностей опухолевого поражения гепатопанкреатодуоденальной зоны, от уровня механического блока желчевыводящих путей и от ожидаемой продолжительности жизни таких больных;

- в выявлении прогностических факторов, влияющих на продолжительность жизни у неоперабельных больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны III- IV стадий, осложненных механической желтухой;

- в разработке мер профилактики острого постманипуляционного панкреатита при помощи панкреатического стентирования;

- в разработке алгоритмов диагностики с применением ЭУС и тактики лечения на основе прогностических факторов продолжительности жизни у пациентов с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны III- IV стадий, осложненных механической желтухой;

Кроме того, впервые в России применена методика и оценены результаты выполнения под контролем эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) пункционной холедоходуоденостомии с установкой билиодуоденального металлического саморасширяющегося стента.

Достоверность результатов , выводов и практических рекомендаций, полученных и сформулированных в диссертации

Диссертационная работа основана на достаточном клиническом материале при анализе которого использовались компьютерные методы статистического анализа, что делает результаты, выводы и практические рекомендации обоснованными и достоверными.

Практическая значимость и внедрение в практику полученных результатов

Предложенный автором дифференцированный подход к выбору способа декомпрессии желчных протоков в зависимости от особенностей опухолевого поражения, его распространенности и уровня механического блока желчевыводящих путей, а также от объективных прогностических факторов ожидаемой продолжительности жизни неоперабельных больных и больных с нерезектабельными опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненными механической желтухой, оптимизирует выбор адекватной лечебной тактики, способствует улучшению результатов паллиативного и симптоматического лечения, повышению качества оставшейся жизни больных. Этому же способствуют полученные автором результаты внедренной им в клиническую практику методики стентирования панкреатического протока, направленной на профилактику и лечение острого постманипуляционного панкреатита после ЭРХПГ и ЭПСТ.

Внедренная в практику методика пункционной холедоходуоденостомии с установкой билиодуоденальных дренажных устройств под контролем ЭУС обеспечивает возможность выполнения эндоскопической ретроградной декомпрессии желчевыводящих путей при невозможности, в силу разных причин, осуществить билиарную декомпрессию транспапиллярным доступом.

Оценка содержания диссертации, ее завершенность в целом

Диссертационная работа посвящена актуальной теме и построена по классическому принципу: состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, 3 глав результатов собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа изложена на 263 страницах машинописного текста, иллюстрирована 61 рисунком и 61 таблицей. Указатель литературы включает 740 источников, в т.ч. работы 162 отечественных и 578 зарубежных авторов.

В работе убедительно обоснована актуальность диссертационного исследования, показана сложность клинической проблемы и важность научного обоснования предлагаемых решений. Этому способствовал обстоятельный анализ в историческом аспекте литературных данных, посвященных выработке клинических подходов к проблеме механической желтухи опухолевой природы, к разработке двухэтапного подхода к лечению этой категории пациентов и рассмотрению широкого спектра применяемых миниинвазивных и хирургических технологий дренирования желчных протоков. Проведен критический анализ позитивных и негативных сторон и традиционных хирургических и миниинвазивных вмешательств.

При общей положительной оценке подобного исторического экскурса, следует отметить некоторую перегруженность обзора литературы обилием источников, среди которых весомую часть составляют ссылки на публикации 20-30-летней давности.

Наглядно, с большим количеством табличного и иллюстративного материала охарактеризованы все миниинвазивные методы билиарного дренирования, описана техника их выполнения, необходимое аппаратно-инструментальное сопровождение. Объективно, с применением адекватных

способов статистического анализа, в сравнительном плане отображены непосредственные и отдаленные результаты применения антеградного чресочно-чреспеченочного, ретроградного эндоскопического дренирования билиарного тракта, выполняемых с применением различных методик, а также паллиативного хирургического лечения с формированием билиодигестивных анастомозов при опухолях органов ГПДЗ, осложненных механической желтухой.

Эти группы наблюдений сравнивались по показателям непосредственной эффективности (антеградное дренирование – 94,3%, ретроградное эндоскопическое дренирование – 83%, хирургическое формирование билиодигестивных анастомозов – 100%), частоте госпитальных осложнений (антеградное дренирование – 5,7%, ретроградное дренирование – 15,4%, хирургическое формирование билиодигестивных анастомозов – 28,1%), госпитальной летальности (антеградное дренирование – 2,9%, ретроградное эндоскопическое дренирование – 10%, хирургическое формирование билиодигестивных анастомозов – 15,6%), неблагоприятных отдаленных последствий – количеству повторных госпитализаций из-за окклюзии протеза и по частоте развития дуоденального стеноза, требовавших лечебных мероприятий (антеградное дренирование – 22,5%, ретроградное эндоскопическое дренирование пластиковым стентом – 35%, металлическим саморасправляющимся стентом – 15%, хирургическое формирование билиодигестивных анастомозов – 12,5%). Полученные результаты не противоречат данным об эффективности, частоте госпитальных осложнений и осложнений в отдаленном периоде у каждого из сравниваемых методов. Вместе с тем, по совокупной оценке полученных данных, степени травматичности сравниваемых способов, малоинвазивные методики можно рассматривать в качестве метода выбора, к хирургическому формированию билиодигестивных анастомозов следует прибегать в случаях

невозможности применения малоинвазивных технологий, либо при их неэффективности.

Продекларированная автором возможность формирования под ЭУС-наведением пункционного холедоходуоденального анастомоза, укрепляемого саморасширяющимся металлическим стентом, расширяет возможность применения эндоскопических ретроградных технологий в случаях, когда в силу разных причин невозможно осуществить транспапиллярное дренирование желчевыводящих путей.

Сформулированные выводы наполнены конкретным содержанием, отображают решение автором поставленных перед исследованием задач и свидетельствуют о достижении цели диссертационной работы.

Практические рекомендации представляют собой совокупность важных советов по тактике и технике выполнения миниинвазивных ретроградных дренирующих желчные протоки вмешательств в различных клинических ситуациях, а также приемов, оптимизирующих достижение желаемого результата и уменьшающих риск развития осложнений. Такие рекомендации будут способствовать внедрению результатов диссертационной работы в широкую клиническую практику.

Автореферат соответствует содержанию диссертации, материалы которой с достаточной полнотой опубликованы и обсуждены на научно-практических конференциях.

Принципиальных замечаний по диссертации и автореферату нет.

Заключение

На основании выполненной автором работы разработаны теоретические положения, совокупность которых можно квалифицировать как решение научной проблемы, имеющей важное хозяйственное значение.

