

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

доктора медицинских наук, профессора Горского Виктора Александровича на диссертационную работу Эльдаровой Заиры Эльдаровны на тему: «Рациональная хирургическая тактика лечения острого билиарного панкреатита», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия

Актуальность избранной темы

Как известно, главными причинами возникновения острого билиарного панкреатита (ОБП), встречающегося у 25-30% от общего числа больных острым панкреатитом и в 15-25% протекает в тяжелой форме, служат желчнокаменная болезнь, анатомические взаимоотношения общего желчного и главного и панкреатического протоков, микролитиаз, вклинение и миграция камней через большой дуоденальный сосочек (БДС). В настоящее время пропагандируется активная хирургическая тактика лечения желчнокаменной болезни, широкое внедрение лапароскопической холецистэктомии и эндоскопической ретроградной панкреато- и холангиографии с возможностью выполнения папиллотомии и экстракции камней. Однако результаты хирургического лечения больных с ОБП оставляют желать лучшего, поскольку при тяжелых формах этого заболевания летальность достигает 15-30%. Поэтому разработка аргументированных рекомендаций по спасению жизни больных с ОБП представляет особую актуальность.

Очень важно, чтобы распознавание специфических лабораторных и данных специальных исследований, характерных для ОБП, протекало своевременно. При этом является необходимым обоснование выбора вида хирургического пособия, минимально инвазивного или «открытого», в зависимости от преобладания тех или иных изменений желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы, парапанкреатического и

забрюшинного пространства. Автором подчеркивается актуальность решения вопроса об эффективности и опасности эндоскопической папиллотомии в условиях осложненного течения, а также о сроках выполнения холецистэктомии, возможности ее выполнения в течение однократной госпитализации после купирования ОБП различных степеней тяжести.

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

Автором проведен сравнительный анализ хирургического лечения больных тяжелым ОБП, оперированных в ранние и поздние сроки заболевания. Обоснована эффективность раннего разрешения желчной и панкреатической гипертензии с помощью эндоскопической папиллотомии, что способствует регрессу воспалительного процесса в поджелудочной железе. Предложены и обоснованы критерии, определяющие показания к минимальноинвазивному или «открытому» хирургическому вмешательству при тяжелых формах ОБП.

Обоснованы критерии выбора хирургического вмешательства при тяжелых формах острого билиарного панкреатита. Разработаны методы распознавания острого билиарного панкреатита и обоснован тактический алгоритм определения тяжести и прогноза течения острого билиарного панкреатита.

Доказано, что своевременная оценка тяжести состояния и прогноза течения острого билиарного панкреатита позволяет определить оптимальные сроки выполнения хирургического вмешательства, что позволяет снизить летальность. Установлена возможность выполнения санационной холецистэктомии при легком течении острого билиарного панкреатита после эндоскопической папиллотомии в течение одной госпитализации, что исключает риск осложнений ЖКБ в период ожидания холецистэктомии.

Выполнение одноэтапных хирургических вмешательств в этих случаях, также сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

Автор доказывает, что отсроченная холецистэктомия или этапное хирургическое лечение острого билиарного панкреатита оправдано при тяжелом его течении. Сроки санационной холецистэктомии в этой ситуации определяются индивидуально, исходя из оценки разрешения местных воспалительных изменений гепатопанкреатодуоденальной области.

Достоверность и новизна исследования, полученных результатов.

Достоверность и новизна научных положений, изложенных автором в диссертационной работе подтверждена анализом значительного числа клинических наблюдений, пакетом статистического метода, современными методами лабораторного и специального обследования больных, изучением и критическим анализом результатов, опубликованных в отечественной и зарубежной специальной литературе научных исследований по изучаемому вопросу. Клинические наблюдения, представленные в диссертации, систематизированы, обработаны и обобщены лично автором, выполнен статистический анализ.

Результаты диссертационного исследования основываются на ретроспективном анализе обследования и лечения 378 пациентов ОБП. Об этом свидетельствуют записи в медицинских картах стационарных больных, представленные на проверку первичной документации. Сравнение связанных выборок, измеряемых в двух разных условиях, проведено при помощи построения интервальных динамических рядов с показателями темпов убыли.

Значимость для науки и практики полученных автором результатов.

Результаты исследований используются в работе ГБУЗ Городской клинической больницы им. М. П. Кончаловского ДЗМ, а также в учебном процессе Кафедры Хирургии Института профессионального образования

Соответствие диссертации паспорту специальности

Основные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 3.1.9. Хирургия. Результаты проведенного исследования соответствуют конкретно 1, 2, 3, 4 пунктам паспорта этой научной специальности.

Полнота освещения результатов диссертации в печати. Количество публикаций в журналах из Перечня ВАК РФ и индексируемых в международных базах данных.

По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, в которых содержатся основные положения диссертации, в том числе 2 научные статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/Перечень ВАК при Минобрнауки России, 2 статьи в изданиях, входящих в международную базу Scopus; 3 публикации в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

Структура и содержание диссертации

Диссертация Эльдаровой Заиры Эльдаровны содержит 124 страницы печатного текста, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы. Содержит 5 таблиц и 13 рисунков (диаграмм, графиков и микрофотографий). Список литературы включает 42 работы российских и 135 – зарубежных авторов.

Во введении раскрыты актуальность, научная ценность и новизна, степень разработанности изучаемой проблемы, цель и задачи диссертации,

практическая значимость работы, методология исследования и основные положения, выносимые на защиту.

Цель и задачи исследования сформулированы кратко, логично и направлены на разработку рациональной хирургической тактики лечения больных острым билиарным панкреатитом.

В работе представлены результаты теоретико-методологических исследований, позволившие автору сделать следующие выводы:

1. Острый панкреатит (ОП) является одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы и занимает важное место в структуре госпитализаций. При этом у 15-20% пациентов наблюдается ОП тяжелого течения, ассоциированный с высокой летальностью. Билиарная этиология является одной из наиболее частых в структуре ОП, в связи с чем особенно актуальной проблемой становится поиск оптимальных методов диагностики и терапии ОБП.
2. На сегодняшний день предложено сразу несколько гипотез патогенеза ОБП: обструкция Фатеровой ампулы и внутрипротоковая гипертензия, формирование «общего канала», билиарно-панкреатический рефлюкс, анатомические особенности билиарного дерева, а также генетические факторы. По всей видимости, все данные механизмы могут участвовать в развитии ОБП, взаимно усугубляя друг друга. Учитывая эти особенности патогенеза ОБП, важным аспектом его терапии, помимо общих методов лечение ОП, является лечение ЖКБ.
3. Для диагностики ОБП важное значение имеют как клиническая картина и анамнестические данные, так и лабораторные показатели (гиперамилаземия и гиперлипаземия), а также инструментальные методы, причем первой линией является УЗИ. При сложностях диагностики, а также в отсроченном периоде используется КТ с контрастированием, а при подозрении на холангит или холангиолитиаз – ЭРХПГ, эндо-УЗИ или МРХПГ. Кроме того, важное значение для определения тяжести ОБП и оценки состояния пациента имеют клинические шкалы, начиная от наиболее простых (оценка СВР или шкала

SOFA) до более сложных специализированных шкал (модифицированная шкала Marshall, APACHE-II, BISAP, Ranson).

4. Лечение ОБП включает как общие методы терапии ОП: интенсивную консервативную терапию на ранних стадиях, хирургическое лечение по показаниям при стерильном панкреонекрозе, а также этапные вмешательства: чрескожное и эндоскопическое дренирование с проведением при необходимости эндоскопической или хирургической (минимально инвазивной и классической открытой) некрсеквестрэктомии при инфицированном панкреонекрозе, так и специфическую терапию, направленную на лечение ЖКБ с целью профилактики рецидивов ОБП.

5. В настоящее время в многочисленных исследованиях подтверждена эффективность и безопасность ранней холецистэктомии при ОБП легкого течения. Однако вопрос оптимизации хирургической тактики при ОБП средней и тяжелой степени требует дальнейшей серьезной проработки. Открытыми вопросами остаются роль ЭРХПГ с ЭПСТ в лечении тяжелого ОБП в зависимости от сопутствующего поражения желчных протоков, а также сроков выполнения холецистэктомии. В связи с этим необходимы исследования, позволяющие определить эффективность различных вмешательств в данной группе пациентов.

В исследование были включены 378 больных острым билиарным панкреатитом, наблюдаемых в клинике за период свыше 10 лет. Из них выделены 2 группы, первая с легким течением заболевания – 304 пациента (80%) и вторая, представляющая наибольший интерес для практической хирургии – со средним и тяжелым течением 74 (20%) пациента. Справедливо отметить, что среди последней группы 25 больных с тяжелым течением заболевания, как правило, с инфицированным панкреонекрозом без тенденции к отграничению, были переведены из других лечебных учреждений после ранее выполненных различных транскутанных или «открытых» оперативных вмешательств.

Работой подтверждается, что билиарным панкреатитом чаще страдают женщины, и известное соотношение 1:1.5 в пользу женщин выявлено и в данном исследовании. Возраст больных был от 17 до 90 лет, средний возраст составил 52.5 ± 2 года (медиана 48.5 ± 0.3 года).

По результатам проведенных клинических наблюдений с использованием методов лабораторного и статистического анализа, а также с учетом работ ряда зарубежных и отечественных авторов делаются следующие основные выводы:

1. Решающее значение при выборе рациональной тактики ведения при остром билиарном панкреатите имеют тяжесть состояния больного, показатели лабораторного исследования, выявление органических изменений билиарного тракта, поджелудочной железы, вовлеченность в воспалительный процесс брюшинного пространства. Эти данные позволяют установить показания к эндоскопической папиллотомии, экстракции камней желчных протоков, а также к разрешению гипертензии желчных и панкреатических протоков, дренированию жидкостных скоплений или «открытой» операции.
2. Эндоскопическая папиллотомия при остром билиарном панкреатите не рекомендуется при отсутствии холедохолитиаза, механической желтухи, холангита и обструкции билиарного дерева. Данная процедура эффективно разрешает обструкцию желчных и панкреатических протоков при остром билиарном панкреатите и устраняет протоковую гипертензию, являющиеся основной причиной гнойного холангита и некротического панкреатита.
3. Холецистэктомию, как правило, лапароскопическую, целесообразно выполнять после консервативного разрешения легкого билиарного панкреатита в ближайшие 3-7 суток после атаки без выписки из стационара, в том числе и ввиду опасности рецидива заболевания. После выполнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии и эндоскопической папиллотомии оправдано выполнение холецистэктомии также без выписки из стационара, если процедура выполнена без осложнений. При остром билиарном панкреатите, осложненном стерильным или инфицированным

жидкостными скоплениями, холецистэктомию следует отложить до полного их разрешения и устранения системной воспалительной реакции.

4. Предлагаемый алгоритм обследования и лечения билиарного панкреатита, а также обоснованные показания к различным видам оперативного вмешательства позволили индивидуализировать хирургическую тактику и 99 избежать летальных исходов во всех случаях, кроме острого билиарного панкреатита, осложненного одно- или двусторонней флегмоной забрюшинного пространства.

5. Длительное, свыше 4 недель, течение острого билиарного панкреатита, запоздалое поступление больного в специализированное отделение и малоэффективное оперативное вмешательство приводят к изменениям поджелудочной железы, парапанкреатического и забрюшинного пространств, аналогичным при остром алкогольном панкреатите, что наблюдалось у 29 больных. Наиболее эффективным оперативным пособием в этих наблюдениях оказалось применение метода «открытого живота».

Автор показывает результаты собственных наблюдений, согласно которым не существует однозначно эффективных систем прогнозирования течения тяжелого острого панкреатита. Тем не менее, им утверждается, что АРАСНЕ-II является одной из наиболее точных в оценке индекса тяжести при повседневном применении для предсказания тяжести, органной недостаточности и смерти.

Автор полагает, что в целом ряде случаев субъективная оценка тяжести состояния больного оказывается правильной, что затем как правило подтверждается лабораторными и специальными методами исследования. Так называемые «прикроватные» признаки тяжелого панкреатита включали в себя возраст свыше 60 лет, ожирение, лихорадку, нарушение психического статуса, выпот в плевральной полости, а также высокие мочевина и креатинин, присутствие системного воспалительного ответа.

Исследованием подтверждается, что эндоскопическая папиллотомия однозначно показана и эффективна при вклинении камня в большой

дуоденальный сосочек. Такая процедура должна быть выполнена в ближайшие 20-100 мин. после поступления и подтверждения билиарного панкреатита. Лишь подобный подход в лечении этого состояния позволяет надеяться на успех.

Автор полагает, что абсолютным оказанием для эндоскопической папиллотомии при билиарном панкреатите является развитие механической желтухи, холангита, гиперпрессии в желчном и панкреатическом протоках. Такой подход к хирургической тактике при билиарном панкреатите приводит к значительному снижению числа местных и системных осложнений.

Развитие стерильных или инфицированных скоплений поджелудочной железы, как правило, требует их дренирования под контролем ультразвукового исследования, если стерильные скопления более 10 см или множественные, а инфицированные должны быть отграниченными, одиночными и содержать не более 100 мл. В противном случае их разрешение пункционно-катетеризационным методом, как показали наблюдения, оказываются неэффективными.

Согласно наблюдениям автора, оптимальным сроком выполнения «открытого» вмешательства при инфицированном панкреонекрозе является 4-6 недель после атаки острого панкреатита, когда больной выведен из полиорганной недостаточности, а проводимая в полном объеме интенсивная терапии приводит к организации панкреонекроза, демаркации некроза от жизненно важных органов и магистральных сосудов, что позволяет избежать интраоперационных осложнений. Если, конечно, нет таких специальных показаний как нарастающий компартмент синдром, нарушение эвакуации из желудка, некроз поперечной ободочной кишки, кишечные свищи или кишечная непроходимость. Важным вопросом является выбор хирургической стратегии при инфицированном панкреонекрозе без тенденции к отграничению и неэффективности минимальноинвазивных вмешательств.

В заключении кратко изложены результаты работы и отражена суть диссертации. Выводы полностью соответствуют заявленным автором задачам.

Соискатель полностью справился с поставленной целью работы. Практические рекомендации основаны на результатах исследования и представляет подробный алгоритм действий врача при диагностике и лечении острого билиарного панкреатита. Список литературы соответствует действующим правилам и ГОСТу и содержит 177 библиографических источников отечественных и иностранных публикаций.

Соответствие содержания автореферата основным положениям и выводам диссертации

Автореферат написан согласно требованиям ВАК Минобрнауки РФ и отражает основные направления исследования и полученные результаты.

Замечания к диссертационной работе

При изучении работы орфографические и грамматические ошибки, отдельные заключения воспринимаются как излишне оптимистичные. Вместе с тем, высказанные замечания не умаляют несомненных достоинств диссертации.

Заключение

Диссертационная работа Эльдаровой Заиры Эльдаровны «Рациональная хирургическая тактика лечения острого билиарного панкреатита», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, является самостоятельной, законченной научно-квалификационной работой, в которой содержится решение актуальной задачи современной хирургии – разработана рациональная хирургическая тактика лечения больных острым билиарным панкреатитом.

По своей актуальности, методическому уровню, объему исследований, научной новизне и практической значимости работа Эльдаровой З. Э. полностью соответствует требованиям п. 16 Положения о присуждении ученых степеней в ФГАОУ ВО Первый Московский государственный

