

До спеціалізованої вченої ради Д 64.600.01

при Харківському національному

медичному університеті

### **ВІДГУК**

офіційного опонента доктора медичних наук, професора Тамм Тамари Іванівни на дисертаційну роботу Бобро Валерія Валерійовича «Хірургічне лікування псевдокіст підшлункової залози та їх ускладнень», представлену до захисту на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.03 – хірургія.

#### **Актуальність**

За даними сучасних авторів, поширеність псевдокіст підшлункової залози становить 11- 18 % від усіх хворих на деструктивний панкреатит, якість лікування якого значно покращилась завдяки досягненням фармакології. Удосконалення променевих методів діагностики дозволило виявляти псевдокісти підшлункової залози на етапах їх початкового формування.

Питання термінів оперативного лікування значною мірою залежить від морфологічних особливостей псевдокісти підшлункової залози. Наразі визнано, що для виконання внутрішнього дренирування псевдокісти її стінка повинна бути сформованою. При несформованій стінці псевдокісти хірурги вимушені нерідко дотримуватися очікувальної тактики. Але саме в період такого вимушеного очікування і виникають різного роду ускладнення, які можуть призвести до смерті пацієнта або потребують екстреного хірургічного втручання. За даними літератури, з моменту виникнення ПКПЗ кількість ускладнень щомісяця зростає на 20%.

Тому робота доктора Бобро В.В., яка присвячена індивідуальній тактиці лікування псевдокіст підшлункової залози і розробці способу прискорення їх «дозрівання» є актуальною. А враховуючи той факт, що постнекротичні псевдокісти формуються на ґрунті деструктивного панкреатиту, яким хворіють переважно молоді люди, робота є соціально значимою.

Дисертаційна робота виконана у відповідності до тематичного плану Харківського національного медичного університету МОЗ України і є складовою частиною науково-дослідної роботи кафедри хірургії №1

Харківського національного медичного університету «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини» (держ. реєстраційний № 0110 П 000649).

### **Ступінь обґрунтованості та достовірності наукових положень, висновків і рекомендацій, що сформульовані в дисертації**

Робота ґрунтується на достатній кількості клінічного матеріалу, що дозволило дисертанту отримати статистично вірогідні результати. Піддано аналізу результати комплексного обстеження та хірургічного лікування 103 хворих на псевдокісти підшлункової залози, які відповідно до мети і завдань дослідження розподілені на 2 групи: першу (групу порівняння) склали 55 (53,4%) хворих, у яких була застосована загальноприйнята активно-очікувальна тактика хірургічного лікування псевдокіст, другу (основну групу) - 48 хворих (46,6%), які були проліковані згідно з розробленою активно - індивідуалізованою тактикою лікування. Крім того, для визначення діагностичної та прогностичної значущості клінічних, лабораторних та інструментальних даних хворих обох груп розподілили на 2 підгрупи залежно від наявності або відсутності доопераційних ускладнень. Контрольні показники отримані за даними обстеження 20 практично здорових осіб.

В роботі використовувались стандартні, сучасні та високоінформативні методи дослідження, включаючи обмін кальцію, гормональний стан щитовидної залози, ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, ендоскопія, фістулографія та гістологічне дослідження. Отримані у цифровому вигляді результати досліджень опрацьовані з використанням методів математичної статистики. Це дало змогу авторові отримати достовірні висновки за отриманими результатами дослідження.

### **Наукова новизна досліджень**

В дисертаційній роботі є як оригінальні дослідження, які виконані вперше, так і розробки, в яких найшли подальший розвиток існуючі уявлення про патофізіологічні зсуви в організмі хворого на кісти підшлункової залози.

Наукова новизна полягає у застосуванні запропонованої здобувачем методики прискорення формування стінки псевдокісти. Розширені наукові

уявлення про патофізіологічні зміни в організмі хворого на псевдокісти підшлункової залози: вперше автором представлені дані про особливості обміну кальцієм і гормонів щитовидної залози у пацієнтів із ПКПЗ та оцінено предиктивне значення виявлених змін у прогнозі післяопераційних ускладнень.

В наукову новизну слід зарахувати і запропонований автором метод стратифікації пацієнтів на групи ризику післяопераційних ускладнень на догоспітальному етапі за допомогою розроблених математичних моделей, що в свою чергу призвело до вироблення нової, більш досконалої хірургічної тактики.

### **Практичне значення роботи**

Практичній охороні здоров'я запропоновано спосіб прогнозування післяопераційних ускладнень у пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози, який дозволяє проводити стратифікацію хворих за ризиком післяопераційних ускладнень ще на догоспітальному етапі.

Запропоновано патогенетично обґрунтована необхідність корекції кальцієвого і тиреоїдного гомеостазу з використанням препаратів кальцію і трийодтироніну при високому ризику післяопераційних ускладнень.

Розроблено спосіб лікування пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози, який дозволяє достовірно ( $p < 0,05$ ) скоротити період формування стінки ПК до товщини, придатної до оперативного втручання.

Запропоновано алгоритм активно-індивідуалізованої хірургічної тактики лікування псевдокіст підшлункової залози, що дає змогу обирати найбільш доцільним метод хірургічного втручання з урахуванням ступеня стратифікаційного ризику.

Наведені рекомендації можуть бути впроваджені в практичну діяльність хірургічних відділень лікувальних закладів та в учбовий процес кафедр хірургії вищих навчальних закладів, а також закладів післядипломної освіти.

### **Структура і обсяг дисертації**

Дисертаційна робота Бобро В.В. побудована згідно з вимогами ДАК України. Робота викладена українською мовою на 152 сторінках друкованого тексту і складається зі вступу, розділів огляду літератури, опису матеріала та методів дослідження, 3 розділів, у яких викладені результати власних

досліджень, розділу обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних літературних джерел, з яких 137 робіт українських вчених і 133 закордонних джерела. Результати роботи проілюстровано 40 таблицями та 47 малюнками.

**Вступ** дисертації розкриває актуальність обраної теми, тут же визначена мета роботи та завдання для її досягнення, а також об'єкт і предмет дослідження.

В якості зауваження: бажано було б більш конкретизувати предмет дослідження, т.к. все перераховане можна віднести до будь-якої іншої патології крім кіст підшлункової залози.

Далі, бажано б більш чіткіше сформулювати 1 і 2 завдання: в першому не вивчити, а визначити фактори ризику і в другому завданні уточнити предиктори післяопераційних ускладнень саме чого?

В **першому** розділі представлені огляд літератури, стан проблеми етиопатогенеза ложних кіст підшлункової залози, та погляди на лікування пацієнтів з патологією такого роду. З огляду літератури впливають невирішені питання, які автор поклав в основу дослідження.

Зауваження: на стор. 19 йдеться промова про інструментальні методи дослідження, а насправді це променеві - УЗД, КТ та рентген дослідження.

В **другому** розділі дана достатня характеристика клінічного матеріалу та методів дослідження. Широкий спектр використаних сучасних методів, на підставі яких проводився аналіз, цілком відповідає завданням дисертаційної роботи. Статистичну обробку отриманих даних проведено за допомогою різних параметричних і непараметричних критеріїв, що надало змогу дисертанту об'єктивно оцінити отримані результати. При аналізі даного матеріалу виникло питання: на стор. 48 написано, що ступінь зрілості кісти визначали за класифікацією Карагюляна Р.Д. і по УЗД критеріями (2004). Це дві абсолютно різних класифікації. Який з них Ви надавали перевагу?

Основна частина роботи викладена у 3 розділах власних досліджень.

**Третій** розділ присвячено ретроспективному вивченню предикторів ускладненого перебігу доопераційного періоду у пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози, залози, на підставі чого створено прогностичну математичну модель експрес- діагностики ризику післяопераційних ускладнень.

Шляхом складних математичних розрахунків автором встановлено основні предиктори ускладнень: незрілість кісти ПЗ, похилий вік, жіноча стать і високий індекс коморбідності, Використання цієї моделі для статифікації пацієнтів автор пропонує у перші часи госпіталізації. Зауваження: в табл. 3.11 види операцій розділені «...на лапаротомні і резекційні способи...», але ж ПДР виконують через лапаротомію.

**У четвертому розділі** для підвищення специфічності створеної експрес моделі підрахунку стратифікаційного індексу післяопераційних ускладнень вивчено предиктивний потенціал деяких показників кальцієвого і тиреоїдного гомеостазів, прокальцитоніну, лейкоцитарних індексів інтоксикації. Було встановлено, що найбільш чутливим предиктором післяопераційних ускладнень є зниження трийодтироніну у крові, а найбільш специфічним предиктором гнійно-септичних ускладнень є підвищення у крові прокальцитоніну. При цьому відносний показник вмісту йонізованого кальцію щодо загального має високі показники як чутливості, так і специфічності, і його введення в формулу підрахунку стратифікаційного ризику, на думку автора, найбільш доцільне. Зауважень немає, але є питання: Який вміст в кісті виявлено після повторної аспірації?

**У п'ятому розділі** наведено аналіз результатів лікування пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози в досліджуваних групах. Шляхом численних математичних розрахунків і наглядних ілюстрацій автор показав перевагу запропонованого ним алгоритму лікування ложних кіст ПЗ. Зауваження: не коректна підпис під рис. 5.15.

Є питання для обговорення.

1. Яка різниця між незрілою хибною кістою підшлункової залози і гострим рідинним скупченням?

2. На стор. 97 написано: "... терапія у хворих псевдокістами не відрізнялася від лікування гострого панкреатиту запальної етіології? Що таке «запальна етіологія гострого панкреатита?»

3. Чому хворим з псевдокістами підшлункової залози не пов'язаними з протоковою системою призначали інгібітори протеаз?

Дисертаційна робота завершена аналізом і узагальненням отриманих результатів дослідження і коротко відображають суть роботи. Зауважень немає. Висновки за своїм змістом і кількістю повністю відповідають поставленим завданням.

#### **Повнота викладення матеріалів дисертації в опублікованих працях**

За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 13 наукових праць, із них 5 статей у фахових наукових виданнях (1 – в іноземних), усі у моноавторстві; 6 тез у матеріалах науково – практичних конференцій, отримано 2 Деклараційні патенти України на корисну модель. В опублікованих наукових працях повністю відображені матеріали дисертації.

Автореферат оформлений за стандартними вимогами, і його суть відображає зміст дисертації. Додаткових питань, крім тих які виникли в ході рецензування немає. Висловлені зауваження не є принциповими і не відносяться до суті роботи, а скоріше до її оформлення і носять дискусійний характер, та не зменшують наукової та практичної значимості роботи.

Додаткових питань, крім тих які виникли по ходу рецензування, немає.

**Висновок.** Дисертаційна робота Бобро Валерія Валерійовича «Хірургічне лікування псевдокіст підшлункової залози та їх ускладнень» є завершеною науковою працею, в якій отримано нові науково обгрунтовані дані, що в сукупності вирішують суттєву наукову задачу абдомінальної хірургії - покращення результатів хірургічного лікування у пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози.

Таким чином, по актуальності обраної теми, методологічному рівню, сучасним методам досліджень, кількості клінічного матеріалу, науковій новизні та практичній значимості, дисертаційна робота Бобро В.В. повністю відповідає вимогам п. 11 «Порядку присудження наукових ступенів...», затвердженого постановою Кабінету міністрів України від 24.07.2013 № 567, а її автор заслуговує присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.03 - хірургія.

Завідувач кафедри хірургії  
та проктології ХМАПО  
доктор медичних наук, професор

