

ОТЗЫВ

официального оппонента, доктора медицинских наук, заведующего колопроктологическим отделением Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края Половинкина Вадима Владимировича на диссертацию Борота Александра Александровича на тему: «Реконструктивно-пластика хирургия осложнённых форм язвенного колита», представленную к защите в диссертационный совет Д 01.012.04 на базе Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет – имени М. Горького» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9 «хирургия»

Актуальность диссертационного исследования

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) — наиболее сложные для диагностики и лечения нозологические формы в практике гастроэнтерологов и колопроктологов. Заболеваемость ЯК в мире составляет 0,6-24,3 на 100 тыс. человек, а распространенность достигает 505 на 100 тыс. населения. Основной пик заболеваемости приходится на возраст 20-30 лет, второй пик — на 60-70 лет. В России основной пик начала ЯК приходился на возраст 21-40 лет, а при БК он сдвигается к более молодому возрасту (22,5% заболевают до 20 лет).

Распространенность ЯК в России ориентировочно составляет 16,6 на 100 тыс. населения, ежегодный регистрируемый прирост — 11,3%.

Экономическое бремя ВЗК в России на настоящий момент детально не изучено. Согласно зарубежным исследованиям затраты на 1 пациента с ВЗК в среднем в странах ЕС составляют 697-1397 евро, в Великобритании — 496-1332 евро, а в США достигают 10 226-14 607 долларов США.

При возникновении легкой атаки ЯК современное консервативное лечение в подавляющем большинстве наблюдений позволяет получать удовлетворительные результаты. В то же время консервативное лечение тяжелой и сверхтяжелой форм заболевания далеко не всегда успешно, что

диктует необходимость своевременного принятия решения об оперативном лечения. Развитие сверхтяжелой атаки ЯК (acute severe ulcerative colitis) связано с 30-40% риском колэктомии после одного из нескольких тяжелых обострений, а 10-20% пациентов нуждаются в хирургическом вмешательстве при первом поступлении. Послеоперационная летальность у пациентов с осложнениями ЯК достигает 50%. Стандартная начальная терапия сверхтяжелой атаки состоит в назначении внутривенных кортикоидов. Однако примерно 30% таких пациентов не реагируют на консервативное лечение. Рефрактерный ЯК часто сопровождается ухудшением состояния пациента и является признанным фактором риска плохих послеоперационных исходов. Более того, развитие специфических для ЯК осложнений требует немедленного экстренного хирургического вмешательства.

Несмотря на растущую доступность новых фармакологических методов лечения, многочисленные попытки консервативного лечения и последующие терапевтические неудачи могут повлиять на состояние пациентов с тяжелой, сверхтяжелой атакой, рефрактерным к базисному лечению формами ЯК и значительно повлиять на послеоперационные результаты. Особенно это актуально для регионов, находящихся в изоляции с ограниченной возможностью медицинского обеспечения.

В связи со всеми вышеизложенными фактами научные работы, посвященные разработке эффективных консервативных и хирургических методов лечения осложненных форм, тяжелых и сверхтяжелых атак, рефрактерных к консервативному лечению форм ЯК актуальны и имеют важное научно-практическое значение.

Достоверность и научная новизна положений, выводов и рекомендаций

Диссертация Борота А.А. состоит из введения, обзора литературы и шести глав собственных исследований, представлена большим объемом клинического материала (680 пациентов), использованием широкого спектра

методов исследования, адекватной направленности каждого раздела научной разработки, в том числе методов математической статистики. В процессе выполнения диссертационного исследования автором получены новые важные данные, представляющие научную ценность и практическое значение.

Новизна исследования Борота А.А. заключается в следующем:

- 1) Оптимизированы схемы гормональной терапии и периоперационного ведения пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита.
- 2) Дополнены и уточнены показания к хирургическому лечению этой категории пациентов.
- 3) Разработана и внедрена высокочастотная электротермическая мукозэктомия культи прямой кишки при выполнении колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопоучректального анастомоза, протективной илеостомы, как способ, позволяющий исключить проявления резидуального ЯК в культе прямой кишки.
- 4) Разработан и внедрен способ формирования илеопоучректального анастомоза с наложением кисетного шва на кулью прямой кишки при выполнении колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопоучректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки и протективной илеостомии, который позволяет снизить частоту несостоятельности швов анастомоза.
- 5) В представленном исследовании впервые дана оценка диагностической значимости различных инструментальных методов исследования в послеоперационном наблюдении.

Достоверность полученных результатов диссертации Борота А.А. доказывается представленными материалами, обработанными с использованием адекватных методов статистического анализа данных.

Выводы работы обоснованы и достоверны, соответствуют поставленной цели и задачам исследования, базируются на анализе достаточного количества материала с применением современных методов исследования.

Практическая значимость результатов диссертационного исследования

- 1) В работе на основании выявленных причин неудовлетворительных результатов лечения в исторической группе пациентов (группе сравнения) определены роль и место гормональной терапии в комплексе лечения тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита, оптимизировано periоперационное ведение пациентов этой категории, позволяющее снизить риски ближайших и отдалённых осложнений.
- 2) Уточнены и дополнены показания к хирургическому лечению пациентов с ЯК, которые повышают возможность выполнения вмешательств в реконструктивно-пластическом объёме.
- 3) Разработанный новый способ колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопоуректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомы позволяет избежать развития культита, как проявления резидуального ЯК в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде
- 4) Разработанный новый способ формирования илеоректального анастомоза путём наложения кисетного шва на культию прямой кишки значительно снижает риск несостоятельности швов анастомоза.
- 5) В работе продемонстрирована возможность выполнения лапароскопически-ассистированной колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопоуректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомы.
- 6) Результаты исследования демонстрируют, что новые способы реконструктивно-пластических оперативных вмешательств характеризуются

низкой частотой интраоперационных, послеоперационных осложнений и летальности, обеспечивают удовлетворительное качество жизни.

7) Проведенные в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде эндоскопические, рентгенологические, магнитно-резонансные, гистологические и иммуногистохимические инструментальные исследования морфофункционального состояния культи прямой кишки, зоны J-образного илеального резервуара, илеопоучректального анастомоза после колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопоучректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки демонстрируют отсутствие проявлений резидуального ЯК.

Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертации

В диссертационной работе Борота А.А. проведено теоретическое обобщение и решение актуальной научной задачи – повышение эффективности лечения больных тяжёлыми и осложненными формами язвенного колита за счет комплексного усовершенствования схем консервативной терапии, периоперационного ведения и разработки новых способов реконструктивно-пластических операций, позволяющих улучшить непосредственные, отдаленные, функциональные результаты и качество жизни.

1. Для лечения средних и тяжёлых форм язвенного колита может быть рекомендовано своевременное применение схем гормональной терапии, а при развитии гормонрезистентной формы или при гистологическом подтверждении дисплазии слизистой оболочки стенки кишки средней или тяжёлой степени у пациентов с тяжёлыми формами переход к хирургическому лечению.

2. На этапе хирургического лечения тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита предпочтение следует отдавать реконструктивно-пластическим видам операций, а именно колпроктэктомии с формированием

J-образного илеального резервуара, илеопоуректального анастомоза, протективной илеостомы, хотя многоэтапные операции, заключающиеся в колэктомии с формированием раздельных илео- и сигмостомы на первом этапе также применимы. Хирургическое лечение таких пациентов должно осуществляться хирургами высокой квалификации, обладающими достаточным опытом, при хорошем материальном оснащении и высоком уровне анестезиолого-реанимационной службы.

3. В процессе колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопоуректального анастомоза, протективной илеостомы целесообразно выполнять высокочастотную электротермическую мукозэктомию культи прямой кишки и формировать илеоректальный анастомоз с наложением кисетного шва на культию прямой кишки.

4. При наличии опыта и оснащения показано выполнение лапароскопически-ассистированной колпроктэктомии с реконструктивно-пластическим этапом или колэктомии с формированием раздельных сигмостомы и илеостомы.

5. В комплекс исследований во время динамического послеоперационного наблюдения за пациентами, которые перенесли операции по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита в реконструктивно-пластическом объёме, целесообразно включать МРТ таза.

Материалы диссертации используются для преподавания на кафедре общей хирургии № 1 Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», внедрены в клиническую практику проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения, хирургического отделения ЦГКБ № 1 г. Донецка, проктологического отделения ГБ № 16 г. Донецка, хирургического отделения ИНВХ им. В.К. Гусака, проктологического

отделения ЛРОКД ЛНР, а также проктологического отделения ГУ «ЛРКБ» ЛНР.

Оценка содержания и характеристика работы

Диссертация Борота А.А. изложена на русском языке, построена по традиционному плану и состоит из введения, обзора литературы, шести глав собственных исследований. Завершает работу анализ и обобщение полученных результатов, в котором кратко излагается суть проведенной работы и оценены те результаты, которых удалось достичь. За ним следуют выводы, практические рекомендации, список сокращений и список использованной литературы, насчитывающий 301 публикацию. Вся диссертация изложена на 303 страницах, содержит 33 таблицы, 53 рисунка и

Во **введении** убедительно обоснована актуальность разработки схем консервативной терапии и вариантов хирургического лечения больных с тяжелой атакой ЯК и осложнёнными формами.

В исследовании четко сформулирована **цель**: повысить эффективность лечения больных тяжёлыми и осложненными формами язвенного колита за счет комплексного усовершенствования схем консервативной терапии, periоперационного ведения и разработки новых способов реконструктивно-пластиических операций, позволяющих улучшить непосредственные, отдаленные, функциональные результаты и качество жизни.

Для достижения сформулированной цели соискателем логично выбран алгоритм действий, отражённый в семи последовательно вытекающих друг из друга **задачах**.

Первая глава традиционно посвящена **обзору литературы**, который написан хорошим литературным языком и с интересом читается. В целом обзор литературных данных убедительно обосновывает выбор цели, а также свидетельствует о достаточной теоретической подготовленности диссертанта.

Вторая глава содержит описание дизайна исследования, подробное разъяснения принципа распределения пациентов группы сравнения. Дано исчерпывающая характеристика применяемых методов исследования. Также в этой главе дана характеристика пациентов включенных в основную и контрольную группы.

В третьей главе отображены особенности клинической картины тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита у пациентов группы сравнения, проводил анализ тактики консервативного лечения и вариантов хирургического вмешательства с оценкой полученных результатов лечения по показателям ближайших, отдалённых послеоперационных осложнений, летальности и по факту сохранения естественного пассажа кишечного содержимого.

В четвёртой главе описаны собственные разработки диссертанта применения гормональной терапии, особенностей пред-, интра- и раннего послеоперационного ведения пациентов с тяжёлой атакой ЯК и осложнёнными формами.

Вся **пятая глава** отражает разработки диссертанта в разрезе применения принципиально новых вариантов удаления слизистой культи прямой кишки и технических особенностей формирования илеоректального анастомоза в ходе выполнения реконструктивно-пластиической операции - колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопоуректального анастомоза и протективной илеостомы. Причем эффективность предложенных методик доказана патоморфологическими и иммуногистохимическими исследованиями операционного и биopsийного материала.

В шестой главе описаны результаты применения новых разработанных вариантов консервативного и хирургического лечения пациентов основной группы.

Седьмая глава демонстрирует диагностические возможности различных инструментальных методов исследования сформированной в ходе

реконструктивно-пластической операции резервуарной конструкции. Также в этой главе отражены результаты применения стандартизованных опросников для оценки качества жизни пациентов после реконструктивно-пластических операций выполненных по поводу осложненных форм и тяжелой атаки ЯК.

Диссертация завершается **анализом и обобщением результатов исследования**, в котором соискатель кратко резюмирует основные положения проделанной работы. Все поставленные задачи решены диссертантом в полном объёме.

Выводы работы конкретны, обоснованы, соответствуют поставленным задачам.

Практические рекомендации соискателя логически вытекают из выводов, носят прикладной характер, заслуживают внимания клиницистов и могут быть использованы в учреждениях здравоохранения, которые занимаются хирургическим лечением ЯК.

Автореферат логично структурирован. Отражает основное содержание диссертации и соответствует ее основным положением и выводам.

Результаты диссертационной работы Борота А.А. широко обсуждены в печати и на различных научных форумах. Основные результаты диссертационной работы опубликованы в 45 научных работах, из них: 15 статей в рецензируемых научных изданиях, 3 декларационных патента, 1 рационализаторское предложение.

Общие замечания

Материал диссертации намного легче воспринимался, если бы дизайн исследования был изображен в виде блок-схемы, а характеристика пациентов групп сравнения и большая часть результатов исследования представлены в табличном, а не текстовом варианте. Кроме того, в структуре диссертации было бы целесообразно объединить главы «3. Результаты лечения группы сравнения больных осложненными формами ЯК» и «6. Результаты лечения

основной группы больных осложненными формами ЯК». Такое объединение облегчило бы восприятие полученных результатов.

В целом работа производит хорошее впечатление, а сделанные замечания не влияют на положительную ее оценку.

В ходе изучения работы возник вопрос:

1. В чем заключается предложенная Вами оптимизация гормональной терапии у больных с тяжелой атакой ЯК и осложненными формами?

2. Чем отличаются разработанные Вами показания к оперативному лечению от общепринятых у пациентов с тяжелой атакой ЯК и осложненными формами?

3. Какие преимущества применения высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки при выполнении колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопоуректального анастомоза, протективной илеостомы перед традиционным вариантом мукозэктомии – удалением слизистой оболочки хирургическим, «острым» путём?

Заключение

Диссертация доцента кафедры общей хирургии № 1 Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» Борота Александра Александровича на тему: «Реконструктивно-пластика хирургия осложнённых форм язвенного колита», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9 – хирургия, является завершенной научно-квалифицированной работой, выполненной лично автором, результаты которой имеют существенное значение для современной колопроктологии. Диссертационная работа соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении учёных степеней», утверждённого постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. №842 (в ред. Постановления Правительства РФ от 21.04.2016 г. №335), предъявляемым к докторским

диссертациям. Выводы и рекомендации достаточно обоснованы, а её автор заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9 –хирургия

Заведующий колопроктологическим отделением

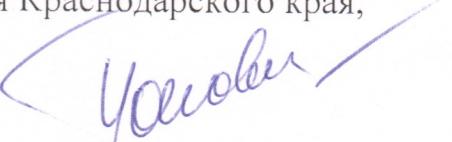
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Научно-исследовательский институт –

Краевая клиническая больница №1

имени профессора С.В. Очаповского»

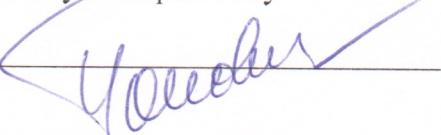
министерства здравоохранения Краснодарского края,

доктор медицинских наук

 B.V. Половинкин

Даю согласие на автоматизированную обработку

персональных данных

 B.V. Половинкин

Краснодарский край, ул. 1 Мая, д. 167

Телефон: +7 (918) 656 67 27

E-mail: vvpolovinkin@gmail.com

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края

Подпись доктора медицинских наук Половинкина В.В. заверяю:

Заместитель главного врача по кадрам

ГБУЗ «НИИ-ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского»

министерства здравоохранения

Краснодарского края

«_____» 2023 г.



M.B. Есауленко