



«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор ФГБОУ ВО ДонГМУ

Минздрава России

чл.-корр. НАМНУ, проф.

П.А. Игнатенко

« 28 » 07 2023 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Апробационного семинара Диссертационного совета Д 01.012.04 при ФГБОУ ВО ДонГМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО МЗ РФ

Диссертация на тему: «Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных коротким пищеводом» выполнена в Федеральном государственном образовательном учреждении высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького» МЗ РФ.

В период подготовки диссертации соискатель **Совпель Игорь Владимирович** являлся доцентом кафедры онкологии и радиологии им. академика Г.В. Бондаря Федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького» МЗ РФ.

В 2007 году окончил медицинский факультет №1 Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького. С 2007 по 2010 год обучался в трехгодичной интернатуре по специальности «Хирургия» на базе онкопроктологического отделения №2 Донецкого областного противоопухолевого центра. В 2010 году был зачислен в аспирантуру с отрывом от производства на кафедру онкологии ДонНМУ им. М. Горького, по окончании которой в 2013 году защитил кандидатскую диссертацию. С 2010 года работал врачом хирургом-онкологом онкопроктологического отделения №2 Донецкого областного противоопухолевого центра. В 2013 году удостоен премии Национальной Академии Медицинских Наук Украины за серию научных работ среди молодых ученых. В 2015 году назначен на должность заведующего операционным отделением Республиканского онкологического центра им. проф. Г.В. Бондаря. В 2020 году получил высшую категорию по специальности онкохирургия. Общий врачебный стаж – 16 лет. Преподавательский стаж 9 лет. В 2022 году присвоено ученое звание доцент.

Научный консультант – заведующий кафедрой хирургии ФИПО ФГБОУ ВО ДонГМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор Гринцов Александр Григорьевич.

Тема диссертационной работы: «Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных коротким пищеводом» утверждена на заседании Ученого Совета ГОУ ВПО

ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО 25.02.2021 года (протокол заседания №2). Работа рассмотрена и обсуждена на расширенном межкафедральном совещании кафедр онкологии и радиологии им. академика Г.В. Бондаря совместно с кафедрой хирургии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО от 03.03.2023 г. (протокол № 7).

Актуальность темы диссертации.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – это заболевание, характеризующееся смещением органов брюшной полости, в первую очередь, абдоминального сегмента пищевода и желудка или другого органа в заднее средостение через пищеводное отверстие диафрагмы (Пучков К.В., 2003; Dallemagne V. et al., 2011; Kohn G.P. et al., 2013; Грубник В.В., 2015). Термин «грыжа пищеводного отверстия диафрагмы» ввел А. Akerlund в 1926 году. Увеличение доступности и усовершенствование методов обследования позволили диагностировать ГПОД почти у 30% взрослого населения (Kahrilas P.J. et al., 2008; Грубник В.В., 2015). ГПОД занимает в структуре хирургической патологии желудочно-кишечного тракта третье место после желчнокаменной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Самым частым осложнением ГПОД является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), распространенность которой в Соединенных Штатах Америки и Западной Европе достигает 20% (Грубник В.В., 2015; Andolfi С., 2016; Gyawali С.P. et al., 2018). Согласно данным многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ), изжога возникает у 47,5% опрошенных, а распространенность ГЭРБ составляет 13,3% (Лазебник Л.Б., 2009). ГЭРБ занимает четвертое место среди гастроэнтерологической патологии после хронического холецистита, хронического панкреатита и язвенной болезни желудка и 12-п кишки (И.В. Маев, 2004).

Единственным методом лечения, позволяющим устранить имеющуюся грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, осложненную гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, является хирургический. Лапароскопический метод на сегодняшний день является "золотым" стандартом в лечении ГПОД и ГЭРБ (Пучков К.В., 2003; Chan E.G. et al., 2019; Kamarajah S.K. et al., 2020). Широкое внедрение лапароскопических методик и появление большого количества хирургических способов коррекции ГПОД не привело к выработке единого унифицированного подхода к диагностике и хирургическому лечению пациентов с данной патологией. Несмотря на имеющийся почти тридцатилетний опыт лапароскопических вмешательств, целый ряд вопросов по-прежнему остается актуальными. Среди них наиболее часто возникают дискуссии – когда оперировать ГПОД и ГЭРБ, а когда лечить консервативно. На сегодняшний день нет определения оптимального объема и техники оперативного пособия, хирургами используются различные варианты трансторакальных, трансабдоминальных, открытых и видеохирургических доступов с использованием различных точек установки троакаров и

расположения операционной бригады. Большие вопросы вызывает выбор способа круорографии и необходимость использования синтетического либо биологического аллотрансплантата для закрытия грыжевого дефекта или укрепления швов при пластике хиатальной грыжи, в особенности, у пациентов с гигантскими ГПОД либо при атрофии ножек диафрагмы. Существует масса различных вариантов формирования фундопликационной манжеты, при этом часть авторов настаивает на ее интраабдоминальном расположении, но некоторые хирурги допускают ее расположение в средостении, отдельные авторы предлагают фиксировать фундопликационную манжету либо сам пищевод к ножкам диафрагмы, отдельные авторы ставят под вопрос необходимость в ее формировании у пожилых пациентов либо при отсутствии клиники гастроэзофагеального рефлюкса (Калинина Е.А. и др., 2014; Зябрева И.А. и др., 2015; Lebenthal A. et al., 2015; Dallemagne V. et al., 2017; Mazer L. et al., 2021). Все это указывает на отсутствие у хирургов полной удовлетворенности результатами вмешательств при ГПОД, осложненной ГЭРБ. В большинстве случаев хирург принимает решение о применении того или иного технического приема на основании личного опыта и субъективных характеристик.

Одной из основных проблем после выполнения пластики ГПОД является высокая частота неудовлетворительных результатов и рецидивов, которые в отдаленном периоде выявляются, в среднем, в 15-25%, а по данным некоторых авторов достигают 50-60% (Dallemagne V. et al., 2011; Oelschlager B.K. et al., 2011; Kohn G.P. et al., 2013; Грубник В.В., 2015; Imai T.A. et al., 2019). Высокая частота рецидивов после первичной пластики ГПОД может быть вызвана различными факторами. Тем не менее, ряд авторов одной из основных причин неудовлетворительного результата после выполненного вмешательства считают наличие нередуцированного интраоперационно короткого пищевода (Kunio N.R. et al., 2015; Hartwig M.G. et al., 2019). Причиной развития укорочения пищевода у пациентов с ГПОД является развитие и длительное существование гастроэзофагеального рефлюкса вследствие нарушения функции нижнего пищеводного сфинктера (Lugaresi M. et al., 2019).

Частота встречаемости короткого пищевода у пациентов с симптомными ГПОД и ГЭРБ в среднем составляет 10-20% (Zehetner J. et al., 2014; Kunio N.R. et al., 2015; Hartwig M.G. et al., 2019), а по данным отдельных авторов достигает 60% (Luketich J.D. et al., 2010; Nason K.S. et al., 2011; Weltz A.S. et al., 2015). Наиболее распространенным методом коррекции укорочения пищевода является гастропластика по Коллису (Chan E.G. et al., 2019; Hartwig M.G. et al., 2019; Dhamija A. et al., 2019). Отдельные авторы настаивают на высокой эффективности высокой мобилизации пищевода в средостении при коррекции его укорочения (Madan A.K. et al., 2004; Грубник В.В., 2015; Migaczewski M. et al., 2015), отдельные хирурги рекомендуют использовать ваготомию (Oelschlager B.K. et al., 2008; Kohn G.P. et al., 2013). В отечественной литературе имеются

публикации по успешному применению гастропластики по Н.Н. Каншину (Черноусов А.Ф. и др., 2019). Следует отметить, что частота применения процедур по удлинению пищевода при пластике ГПОД, по данным литературы, в среднем не превышает 3-4% (Kunio N.R. et al., 2015), что абсолютно не коррелирует с данными о частоте встречаемости короткого пищевода у пациентов с ГПОД.

Важной проблемой является и то, что понятие "короткий пищевод" в литературе четко не определено. Учитывая различия в понимании самого термина, разнятся и показания к выполнению процедур по удлинению пищевода. Хирурги приводят различные цифры минимальной протяженности абдоминального сегмента пищевода перед формированием фундопликационной манжетки, как правило, менее 1,5-2 см (Awad Z.T. et al., 2004; Terry M.L. et al., 2004; Waisbren S.J. et al., 2008; Nason K.S. et al.; Zehetner J. et al., 2014). Более того, в литературе отсутствует четкое обоснование, какая именно минимальная длина интраабдоминального сегмента должна являться показанием к применению процедуры по удлинению пищевода. Также среди хирургов отсутствуют рекомендации к необходимой протяженности формируемого при гастропластике неэзофагуса. Определение четких показаний и совершенствование технических способов выполнения процедур по удлинению пищевода при выполнении операций по поводу ГПОД и ГЭРБ нуждаются в проведении дополнительных исследований для выработки унифицированного подхода к лечению данной категории пациентов.

Представленные краткие литературные данные демонстрируют актуальность проблемы лечения больных ГПОД, осложненной ГЭРБ.

Степень достоверности и апробация результатов.

Диссертация является самостоятельным научным трудом соискателя. Комиссией по проверке состояния первичной документации диссертационной работы установлено, что имеющиеся результаты соответствуют определенным разделам диссертации, объективно подтверждают достоверность исследования. Выводы вытекают из полученных результатов и соответствуют фактическому материалу. В работе использованы современные методы исследований. Проверено наличие рабочих таблиц, графиков, достоверность проведенной статистической обработки материала. Проверка первичной документации свидетельствует о полной достоверности всех материалов, на изучении и обработке которых написана диссертация. Изложенные в диссертации материалы получены в результате исследования и обработки достоверных фактов.

Степень научной новизны полученных результатов

В диссертационном исследовании на основании анализа литературных данных определены основные прогностические факторы, оказывающие влияние на частоту неудовлетворительного результата после лапароскопической пластики ГПОД.

Впервые в диссертационном исследовании на основании

многофакторного анализа неудовлетворительных результатов лечения разработан эффективный алгоритм хирургических действий при лапароскопической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных коротким пищеводом. Разработан и внедрен в клиническую практику способ интраоперационной верификации короткого пищевода при выполнении лапароскопической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы, а также оценена его эффективность в сравнении с возможностями дооперационной диагностики.

В исследовании теоретически обоснована необходимая достаточная протяженность абдоминального сегмента пищевода, а также предложена классификация укорочения пищевода при выполнении лапароскопических вмешательств по поводу ГПОД и ГЭРБ. В исследовании уточнена частота встречаемости короткого пищевода при операциях по поводу ГПОД и ГЭРБ. Разработан оригинальный способ выполнения гастропластики по Коллису без резекции дна желудка при операциях по поводу ГПОД и ГЭРБ с диагностированным укорочением пищевода. Обоснована и определена необходимая достаточная протяженность формируемого неозофагуса при выполнении гастропластики по Коллису.

Впервые в проспективном исследовании на основании сравнительной оценки непосредственных, отдаленных и функциональных результатов доказана эффективность разработанного алгоритма хирургических действий при лапароскопической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных ГЭРБ и коротким пищеводом.

Полнота отображения материалов диссертации в публикациях. Члены семинара, ознакомившись с содержанием работы, установили достаточную полноту изложения достижения поставленных задач, а также полное отображение содержания диссертационной работы в опубликованных автором печатных работах. По материалам диссертации опубликовано 23 печатные работы, из них 9 – в журналах, входящих в перечень ВАК Минобрнауки РФ, в том числе 2 в журналах, входящих в международную базу Scopus, 1 в журналах, входящих в международную базу Web Of Science, 6 в журналах ВАК ДНР, издана 1 монография, а также получено 3 патента Украины на полезную модель.

Опубликованные автором работы и представленный автореферат полностью отображают содержание диссертации. Определен личный вклад диссертанта в каждый научный труд, выполненный вместе с соавторами. Диссертантом не были использованы научные результаты и идеи, которые принадлежат соавторам опубликованных работ.

Личный вклад соискателя

Диссертантом разработана концепция диссертационной работы, проведена разработка основных теоретических и практических положений диссертации, проведен анализ литературных источников. Диссертантом обоснован выбор алгоритма обследования, проведены клинические исследования.

Результаты внедрения научных достижений в практику.

В диссертационном исследовании проведена оценка влияния различных технических приемов при выполнении пластики ГПОД на отдаленные результаты, что позволило отметить одинаковую эффективность способов формирования фундопликационной манжетки по Ниссену и по Тупе, отсутствие преимущества при пластике пищеводного отверстия диафрагмы с использованием аллотрансплантата в сравнении с простым шовным способом.

Одним из ведущих факторов, оказывающих влияние на развитие рецидива после лапароскопической пластики ГПОД в отдаленном периоде, является короткий пищевод.

Внедрение разработанного алгоритма хирургической тактики, основанной на определении протяженности интраабдоминального сегмента пищевода, при лапароскопической пластике ГПОД позволяет добиться лучших отдаленных и функциональных результатов и, несмотря на расширение объема оперативного вмешательства, не оказывает влияния на непосредственные результаты лечения пациентов данной категории.

Повторные операции при рецидиве ГПОД и ГЭРБ являются более технически сложными и травматичными, имеют меньшую эффективность, не гарантируют благоприятный функциональный результат и сопровождаются большей частотой послеоперационных осложнений.

Внедрение результатов диссертационного исследования в клиническую практику повышает эффективность лапароскопических операций у больных с ГПОД, осложненных ГЭРБ.

Материалы диссертации могут послужить основой для подготовки аналитических и статистических сообщений, учебных пособий, могут быть использованы в учебном процессе при преподавании и обучении по курсу хирургии в медицинских вузах.

Обоснованы и внедрены в клиническую практику новые способы лечения ГПОД в сочетании с ГЭРБ: «Способ ретракции печени при лапароскопической фундопликации по Ниссену» (Патент Украины на полезную модель от 25.10.2019 № 137407), «Держатель ретрактора при лапароскопии» (Патент Украины на полезную модель от 25.10.2019 № 137405) и «Способ мобилизации дна желудка при лапароскопической фундопликации по Ниссену» (Патент Украины на полезную модель от 25.10.2019 № 137406).

Замечания:

Имеющиеся замечания и предложенные правки не имеют принципиального значения, носят стилистический, орфографический и корректирующий характер для приведения работы к стандартам. Тем не менее, следует отметить, что необходимо внести некоторые исправления и коррективы:

1. В «Актуальности темы диссертации» из имеющихся 40 источников, менее 50% – отечественные, 56% за последние 8 лет. В работе отсутствуют ссылки на работы проф. Колкина Я.Г.

2. Внести изменения в задаче №4: предложить классификацию укорочения пищевода при операциях по поводу ГПОД.

3. Ссылки на часть таблиц и рисунки отсутствуют в тексте, либо не соответствуют тексту.

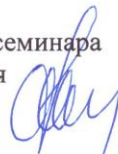
4. Следует подробнее привести в автореферат е авторскую методику удлинения пищевода и технику фундопликации, эти вопросы несколько нивелированы, в том числе недостаточно иллюстрированы.

5. Задачи 6 и 7 целесообразно объединить.

Постановили: диссертационная работа Совпеля Игоря Владимировича на тему: «Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных коротким пищеводом» является завершенным научным исследованием по актуальной медицинской проблеме, полностью соответствует шифру специальности 3.1.9- хирургия. По тематике, критериям новизны, логичности, законченности, методологического единства и доказательности соответствует требованиям, которые предъявляют к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук в соответствии с Положением о присуждении ученых степеней, утвержденного постановлением Совета Министров ДНР от 27.05.2015 № 2-13 (в редакции от 10.08.2018 № 10-45).

Диссертация **Совпеля Игоря Владимировича** на тему: «Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных коротким пищеводом» рекомендуется к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9- хирургия, после устранения оговоренных замечаний и правок. Заключение принято на заседании Аprobационного семинара Диссертационном совете Д 01.012.04 при ФГБОУ ВО ДонГМУ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО МЗ РФ. Присутствовали на заседании 7 членов Аprobационного семинара. Результаты голосования: «за» - 7, «против» - нет, «воздержалось» - нет. Протокол №_9_ от 28 апреля 2023 года.

Председатель Аprobационного семинара
по специальности 3.1.9-хирургия
д.мед.н., профессор



Э.Я.Фисталь

Секретарь:
д.мед.н., доцент



Е.Р.Балацкий