

ОТЗЫВ

**на автореферат диссертации Бедина Владимира Владимировича
«Хронический панкреатит и его осложнения. Персонализированный подход к
диагностике и хирургическому лечению»,
представленной на соискание учёной степени доктора медицинских наук
по специальности 14.01.17 – Хирургия (медицинские науки)**

Лечение больных хроническим панкреатитом (ХП) является одним из важных разделов медицины и абдоминальной хирургии. По данным медико-социальной экспертизы 2012 г. ХП составляет от 5 до 9% заболеваний органов пищеварения, инвалидность занимает 3 место среди гастроэнтерологических больных. Лечение ХП, как обоснованно представлено в мировой литературе, является сложной головоломкой для врача. Необходимо учитывать множество факторов, связанных с увеличенной фиброзно измененной головкой поджелудочной железы, приводящей к сдавлению терминального отдела общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки и последующему формированию синдрома механической желтухи, дуоденостаза, нарушением проходимости панкреатического протока, обусловленной развитием стриктур и вирсунголитиаза, персистирующими псевдокистами, осложненными кровотечением, перфорацией и нагноением, рецидивирующими панкреатическими свищами, распространяющимися в брюшную и плевральную полость, псевдоаневризмами сосудов, сегментарной портальной гипертензией. На фоне фиброза железы манифестирует экзокринная и эндокринная недостаточность, развивается мальабсорбция и мальдигестия, иммунодефицит, прогрессирующая кардиомиопатия, энцефалопатия, периферическая полинейропатия и мышечная атрофия. Летальность после установления диагноза в течение первых 10 лет составляет до 20% (Маев И.В., 2003г).

Одной из главных задач успешного лечения больных ХП является правильный выбор диагностических и лечебных методов с учетом проявлений заболевания у каждого конкретного больного. В настоящее время для лечения больных ХП предложены различные виды резекционных и дренирующих операций и миниинвазивных вмешательств, однако отсутствует четкий алгоритм диагностического поиска и выбора вида вмешательства, направленного на

максимально возможную коррекцию всех проявлений заболевания. Отсутствие такого подхода значительно снижает эффективность лечения, приводит к последующим осложнениям, необходимости проведения повторных операций, что способствует дальнейшему прогрессированию фиброза.

Все изложенное выше определяет актуальность диссертационной работы В.В. Бедина. Цель исследования - усовершенствование диагностики и персонализированный подход к выбору способа оперативного вмешательства, обеспечивающего улучшение результатов хирургического лечения больных хроническим панкреатитом и его осложнений. Автору удалось реализовать цель исследования на основании комплексного подхода к решению поставленных задач. Объектом исследования были 386 больных ХП.

Автор показал, что причинами неудовлетворительных отдаленных результатов лечения ХП и его осложнений, является неточная дооперационная диагностика всех проявлений заболевания.

В работе сформулирована новая идея персонализированного подхода к диагностике и выбору способа хирургического лечения хронического панкреатита и его осложнений. Разработана концепция такого подхода, основанная на выделении наиболее специфических клинико-инструментально-морфологических признаков ХП и определении оптимального комплекса методов исследования. Показана роль мультидисциплинарного консилиума в определении тяжести состояния больного и тактики лечения.

В данном исследовании разработана и успешно внедрена идея диагностического моделирования патологического процесса. На основании специфических диагностических признаков определены шесть принципиальных диагностических «Моделей» ХП, использование которых позволяет индивидуально подойти к выбору различных резекционно-дренирующих операций и миниинвазивных вмешательств (эндобилиарных, рентгенэндоваскулярных, чрескожных, транслюминальных), что способствует улучшению результатов лечения и качества жизни пациентов.

Разработана и внедрена в хирургическую практику усовершенствованная методика Бернского варианта дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы в модификации хирургической клиники Боткинской больницы при 1 и 2 моделях ХП. Она включает проведение всего комплекса лабораторно-инструментального обследования (УЗИ, ЭГДС, КТ с

контрастированием, МРТ с МРХПГ и ЭУС). Для профилактики кровотечения производят пересечение и прошивание верхней панкреатодуоденальной артерии на протяжении вне зоны резекции железы и формирования панкреатовирсунгоеюноанастомоза. Используют интраоперационное УЗИ для оценки адекватности объема резецированной железы, состояния панкреатического и терминального отдела общего желчного протоков. Ликвидируют все стриктуры ГПП путем продольной тотальной панкреатовирсунготомии до хвоста поджелудочной железы с вирсунголитозэкстракцией из ГПП и протоков второго порядка, восстанавливают отток панкреатического сока в ДПК через БСДПК. При билиарной гипертензии и стенозе терминального отдела общего желчного протока формируют гепатикоеюноанастомоз «бок в бок» на выключенной по Ру петле кишки вместо холедохопанкреатоеюноанастомоза. Показаны преимущества предложенной методики перед существующей.

Пациентам со стенозом двенадцатиперстной кишки (дуоденальная дистрофия), а также при невозможности исключения опухоли ПЖ (Модель 3) рекомендовано проводить ПДР. Если при этом наблюдается панкреатическая гипертензия, обусловленная стриктурами ГПП и вирсунголитиозом, имеются псевдокисты ПЖ дополнительно выполняют продольный панкреато(цисто)вирсунгоеюноанастомоз.

При наличии подпеченочной портальной гипертензии (Модель 4) используют 2 тактических подхода: если фиброзно-воспалительные изменения присутствуют в головке ПЖ выполняют операцию Бегера, если они определяются в теле и хвосте, в том числе псевдокисты ПЖ - выполняют дистальную резекцию ПЖ, спленэктомию. При наличии показаний в том и другом вариантах производят формирование продольного панкреато (цисто)вирсунгоеюноанастомоза.

У больных с панкреатической гипертензией без увеличения и выраженных фиброзно-воспалительных изменений в головке ПЖ (Модель 5), в том числе при наличии или отсутствии множественных стриктур главного панкреатического протока, вирсунголитиоза и псевдокист, выполняют продольную панкреато (цисто) вирсунгоеюноанастомию. При наличии единичной стриктуры и вирсунголитиоза возможна эндоскопическая литотрипсия и стентирование панкреатического протока.

При симптомных псевдокистах более 5 см при отсутствии увеличенной фиброзно измененной головки ПЖ и протоковой гипертензии (Модель 6) рекомендовано выполнять эндоскопическое транслуминальное стентирование

псевдокисты под контролем ультрасонографии. При этом в зависимости от размеров псевдокисты используют либо нитиновые самораскрывающиеся стенты, либо несколько пластиковых. В связи с тем, что панкреатические псевдокисты и панкреатические свищи часто не являются единственным проявлением ХП, а чаще фигурируют как одно из многочисленных осложнений заболевания, разработан четкий алгоритм этапного лечения, первой линией которого являются миниинвазивные вмешательства, при их неэффективности выполняют операцию.

В работе большое внимание уделено угрожающему жизни пациента осложнению ХП – ложным аневризмам сосудов. Включение в алгоритм лечения в качестве первого этапа миниинвазивного рентгенэндоваскулярного вмешательства позволило достоверно улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения.

Автор провел сравнительный анализ миниинвазивных способов лечения болевого синдрома при неэффективности многокомпонентной консервативной терапии у больных ХП: эндоскопического трансгастрального нейролизиса и разработанного и внедренного в хирургическую практику рентгенэндоваскулярного способа радиочастотной абляции симпатических нервов чревного сплетения. Полученные данные свидетельствовали, что рентгенэндоваскулярная радиочастотная денервация ветвей чревного сплетения является более безопасным способом лечения, обеспечивает схожие результаты уменьшения болевого синдрома и повышения качества жизни в первые 6 месяцев после вмешательства и достоверно лучше купирует боль и улучшает качество жизни в период до 36 месяцев наблюдения.

Автореферат содержит все основные положения диссертационной работы, выводы и практические рекомендации. Все научные положения, выводы и практические рекомендации обоснованы, достоверны, значимы, исходят из результатов исследований. Работа основана на достаточном числе клинических наблюдений, методы исследования современны, проведен корректный статистический анализ результатов.

Автором по результатам работы опубликовано 27 научных работ, из них из них 25 – в научных рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК РФ, 2 – в научных изданиях, входящих в международные реферативные базы данных (Web of Science, Scopus, PubMed), 3 патента РФ на изобретения. Разработанный персонафицированный подход к лечению больных ХП внедрен в практику работы

отделения хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ имени С.П. Боткина ДЗМ и отделения хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ №1 имени Н.И. Пирогова. Полученные данные используются в учебном процессе кафедры хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России и в Медицинском симуляционном центре ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ.

На основании автореферата, можно сделать заключение, что диссертация Владимира Владимировича Бедина «Хронический панкреатит и его осложнения. Персонализированный подход к диагностике и хирургическому лечению» по актуальности, объему проведенных исследований, новизне полученных результатов, научно-практической значимости полностью соответствует пункту 9 «Положения о присуждении учёных степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 года № 842 (в редакции от 28.08.2017 № 1024), предъявляемых к диссертациям на соискание ученой степени доктора наук, а её автор В.В. Бедин заслуживает присуждения искомой ученой степени доктора наук по специальности 14.01.17 – хирургия (медицинские науки).

Профессор кафедры госпитальной хирургии
Института клинической медицины
Федерального государственного автономного
образовательного учреждения высшего образования
«Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации (Сеченовский Университет),
доктор медицинских наук, профессор
по специальности 14.01.17 - хирургия

Дюжева Т. Г.

Подпись д.м.н., профессора Дюжевой Татьяны Геннадьевны заверяю.

« 20 » января 2021 г.

