

Рецензія
на дисертаційну роботу

Скумса Анатолія Анатолійовича

«Оцінка результатів імплементації програми прискореного відновлення при
панкреатодуоденектомії в залежності від способу формування шлунково-
кишкового співустя»,

поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD),
за спеціальністю 222 – «Медицина», спеціалізація – «Хірургія».

1. Актуальність теми дисертації.

На сьогоднішній день панкреатодуоденектомія є основним методом радикального лікування злоякісних новоутворень головки підшлункової залози та периампулярної зони. Не дивлячись на значне зменшення післяопераційної летальності у спеціалізованих центрах, частота післяопераційних ускладнень залишається високою (30–60%).

Виникнення післяопераційних ускладнень продовжує перебування пацієнтів в стаціонарі, потребує додаткових лікувальних заходів та є основною причиною летальності. Крім того ускладнення унеможливають своєчасне проведення ад'ювантної хіміотерапії та мають негативний вплив на віддалені результати.

Протягом останнього десятиріччя перспективним напрямком покращення результатів післяопераційного лікування є програма прискореного відновлення (ERAS), яка довела зменшення кількості післяопераційних ускладнень та тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі після операцій на шлунково-кишковому тракті. В той же час впровадження програми ERAS при операціях на ПЗ та безпосередньо панкреатодуоденектомії є досить обмеженим через значні відмінності протоколів лікування, неоднорідні групи пацієнтів, відсутності значного досвіду лікування даної патології в неспеціалізованих хірургічних центрах.

Важливим чинником подовженого лікування пацієнтів після панкреатодуоденектомії є затримка евакуації зі шлунку, даному питанню присвячено достатньо велика кількість досліджень з пошуку оптимальної методики реконструкції при панкреатодуоденектомії, з метою зменшення частоти виникнення панкреатичної фістули та затримки евакуації зі шлунка. Однак до теперішнього часу не прийнятий єдиний консенсус і в цьому питанні, проведенні за останні роки рандомізовані мультицентрові дослідження, не змогли довести переваги жодного способу реконструкції після панкреатодуоденектомії.

Таким чином, проблема профілактики ускладнень при виконанні ПД є актуальною та потребує пошуку шляхів її вирішення.

Все це доводить актуальність теми, мети та завдань дисертаційної роботи вибраної автором.

2. Новизна дослідження та одержаних результатів.

Робота базується на даних результатів лікування 92 пацієнтів, яким виконана панкреатодуоденектомія в клініці нашого інституту, з приводу доброякісної та злоякісної патології головки підшлункової залози та периампулярної зони. Кількість пацієнтів включених в дану роботу є достатньо значною, що можливо лише в високоспеціалізованих центрах та достовірно покращує результати лікування.

В роботі проаналізовані показники імплементації компонентів прискореного відновлення у хворих після панкреатодуоденектомії, визначені основні причини та терміни відмови від конкретних пунктів даної програми в післяопераційному періоді. Визначений вплив недотримання по кожному пункту даної програми на найближчі результати хірургічного лікування.

Доведено ефективність формування додаткового міжкішкового анастомозу за Брауном, для покращення результатів дотримання пунктів програми прискореного відновлення та, як наслідок достовірного

покращення результатів лікування, за рахунок зменшення післяопераційних ускладнень та перебування пацієнтів в стаціонарі.

Важливим моментом роботи є аналіз причин відхилення або відмови від різних пунктів програми прискореного відновлення, що обумовило достовірну різницю в результатах післяопераційного лікування в різних групах пацієнтів.

3. Практичне значення результатів дослідження.

Результати дослідження дозволили впровадити в клінічну практику методи, що забезпечують стандартизацію пери операційного лікування при панкреатодуоденектомії.

4. Ступінь обґрунтованості та достовірності положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації.

Матеріали та методи досліджень, а також статистичної обробки результатів, дозволяють судити про обґрунтованість та достовірність отриманих результатів. Висновки взаємопов'язані з результатами клінічних досліджень, сформульовані в повній мірі, вірно відображають суть, наукову новизну, теоретичну і практичну значимість дисертаційної роботи.

В дослідженні використані сучасні методи біостатистики, які дозволяють оцінити вірогідність запропонованих гіпотез. Кількісна оцінка показників під час обробки результатів у всіх розділах досліджень дозволили здобувачеві обґрунтовано і достовірно формулювати положення роботи і надавати рекомендації.

5. Повнота викладу матеріалів дисертації в опублікованих працях.

Основні результати дисертації опубліковані у 5 статтях надрукованих в фахових виданнях, що індексуються міжнародними наукометричними базами даних, рекомендованих МОН України. За темою дисертації опубліковано 7

тез доповідей. Матеріали дисертаційного дослідження були представлені 6 разів на національних та міжнародних конгресах та конференціях.

6. Аналіз структури роботи.

Дисертація написана правильною, літературною мовою. Побудовано за класичною схемою. Роботу викладено на 120 сторінках структурованого тексту, ілюстровано 13 таблицями та 7 малюнками. Існуючі стилістичні помилки можуть бути легко усунуті.

У вступі автор правильно визначає актуальність проблеми, вказує на невирішені питання. Мета роботи сформульована чітко, грамотно. Задачі дослідження структуровані та відповідають обраній меті.

Огляд літератури написаний на основі значної кількості джерел інформації, звертає на себе увагу досить обмежена кількість вітчизняних джерел, практично весь огляд представлений англomовною літературою. Даний розділ написаний в аналітичному плані, із огляду літератури чітко впливає актуальність та необхідність проведеного дослідження. Початок огляду літератури є повним дублюванням вступу роботи, це потрібно відкорегувати, також звертає на себе увагу досить об'ємна таблиця «Відмінності протоколів ERAS», яка займає майже 3 сторінки, дуже важко сприймається та на мій погляд безболісно може бути виключена з цього розділу, присутні деякі орфографічні помилки та русизми, що потрібно виправити. Термін смертність у всій роботі, я б замінив на летальність, однак це на розсуд автора та наукового керівника.

Розділ 2 Матеріали та методи дослідження викладений на 13 сторінках, написаний повно та розкриває суть кожного методу дослідження. Докладно представлена характеристика груп пацієнтів включених в роботу. Представлений діагностичний алгоритм пацієнтів з хірургічною патологією головки підшлункової залози та периампулярної зони. По пунктах розібраний план програми прискореного відновлення при панкреатодуоденектомії. Детально описана техніка панкреатодуодектомії та

відмінності у формуванні гастроентероанастомозу в різних групах. На сторінці 47 цього розділу є пояснення терміну реадмісія з бібліографічним посиланням, та повне дублювання цього на наступній сторінці, що потрібно відкорегувати. На мій погляд даний термін варто змінити на україномовний. Також в цьому розділі автор вказує на виключення двох пунктів програми ERAS в своєму дослідженні, без пояснень чому він це зробив. В подальшому автор це пояснює в узагальненні результатів, однак доцільно все ж таки було це вказати в розділі матеріали та методи. Розділ написаний повно, принципових зауважень не виявлено.

Розділ 3. Результати власних досліджень, є основою роботи, що містить 5 підрозділів: порівняльна характеристика груп пацієнтів, аналіз результатів імплементації програми прискореного відновлення в I групі пацієнтів, статистичний аналіз взаємозв'язку імплементації програми прискореного відновлення та розвитком післяопераційних ускладнень, порівняльний аналіз показників імплементації програми прискореного відновлення в I та II групах пацієнтів, результати застосування програми прискореного відновлення при панкреатодуоденектомії при різних способах формування шлунково-кишкового співустя. Автором продемонстрований аналіз показників імплементації програми прискореного відновлення в залежності від способів формування шлунково-кишкового анастомозу (термінів мобілізації пацієнтів, початку перорального харчування, видалення дренажів та інше). Проведений аналіз даних післяопераційних ускладнень, в тому числі специфічних, таких, як частота затримки евакуації зі шлунка та панкреатична фістула в різних групах пацієнтів. Проаналізований вплив ентеронтероанастомозу за Брауном на частоту ранніх післяопераційних ускладнень та на можливості імплементації програми прискореного відновлення при панкреатодуоденектомії, проведений порівняльний аналіз зі стандартною методикою. Розділ доповнений клінічними прикладами, що достатньо показово ілюструють переваги запропонованих методик. В даному розділі дуже потужно представлений статистичний аналіз взаємозв'язку

імплементції програми прискореного відновлення з розвитком післяопераційних ускладнень, що однак значно переобтяжує розділ та втрачається цінність такого ретельного аналізу. На мій погляд статистичний аналіз в даній роботі слід було б зробити окремим розділом. Дещо не вистачає малюнків в даному розділі, однак дана робота, як я вже сказав, побудована на математично-статистично аналізі, представленому графічними ілюстраціями.

Розділ написаний ґрунтовно, принципів зауважень немає.

Розділ 4, Аналіз та узагальнення результатів дослідження побудовано згідно вимог, підводить підсумок роботи. В даному розділі проведена дискусія з іншими авторами, що доводить важливість, актуальність та своєчасність даного дослідження. Даний розділ зауважень не викликає.

Висновки є логічним підсумком даної роботи, погоджені з автором та вимагають деякої корекції.

9. Відповідність дисертації встановленим вимогам, які пред'являються до наукового ступеня кандидата медичних наук.

Дисертація Скумса А.А. “Оцінка результатів імплементції програми прискореного відновлення при панкреатодуоденектомії в залежності від способу формування шлунково-кишкового співустя» є завершеною науковою працею яка вирішує актуальне питання в медицині, виконана на високому методологічному рівні та достатньому фактичному матеріалі.

Вказані недоліки можуть бути легко усунуті і ні в якій мірі не впливають на цінність поданої роботи.

Дисертаційна робота за своєю науковою новизною та практичним значенням повністю відповідає вимогам МОН України, що пред'являються до дисертаційних робіт поданих на здобуття наукового ступеня доктора

філософії (PhD) та після виправлення виявлених недоліків може бути подана до офіційного захисту.

Рецензент:

д.мед.н., проф. Шкарбан В.П.