

РЕЦЕНЗІЯ

На дисертаційну роботу

наукового співробітника відділу торако-абдомінальної хірургії ДУ
«Національного Наукового Центру хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова
НАМН України»

Виноградова Романа Ігоровича

**«Лапароскопічне довгопетлеве шунтування шлунку з одним
анастомозом в лікуванні хворих на морбідне ожиріння»,**

поданої на апробацію для здобуття наукового ступеню доктора філософії
(PhD).

Науковий керівник головний науковий співробітник відділу торако-
абдомінальної хірургії, доктор медичних наук, професор Тивончук О.С

1. Актуальність теми дисертації.

Результати хірургічного лікування та якість життя пацієнтів після бариатричної хірургії все ще потребують дослідження та покращення. Пошук «ідеальної» бариатричної операції в усьому світі продовжується, нові оперативні втручання все ще мають свої недоліки які пов'язані з мальабсорбцією жиророзчинних вітамінів, мікроелементів та інших мікронутрієнтів. Хронічна гіпопротеїнемія, мальабсорбція жиророзчинних вітамінів та порушення мінерального обміну є основними важкими ускладненнями в віддалені терміни після комбінованих операцій. Тому і на теперішній час серед основних питань бариатричної хірургії залишається задача вибору первинної та «безпечної» метаболічної операції у хворих на морбідне суперожиріння. Такі фактори як гепатомегалія на фоні стеатогепатозу, великий обхват талії, абдомінальний тип ожиріння та спайковий процес органів черевної порожнини після перенесених операцій достовірно обтяжують хід операції, спонукають навіть досвідчених хірургів припинити лапароскопічну операцію та перейти до конверсії, що прямопропорційно збільшує ризик післяопераційних ускладнень. Розробка та впровадження в практику «спрощеного» оперативного втручання в поєднанні з великим шлунковим резервуаром

та одним анастомозом дозволяють більш простіше та безпечніше виконувати шунтуючі операції у хворих з екстремальними показниками маси тіла. Продовжуються наукові дискусії щодо спостережуваного внеску кожної бариатричної операції в частоту вище зазначених ускладнень і довгострокових результатів лікування. Тому роботи з порівняння різних оперативних втручань набувають надзвичайної ваги.

2. Новизна дослідження та одержаних результатів.

В дисертаційній роботі представлені результати обстеження та хірургічного лікування 75 хворих на морбідне ожиріння. Основну групу склали 25 пацієнтів, що перенесли довгопетлеве шунтування шлунку з одним анастомозом з лапароскопічного доступу. Групу порівняння склали 25 пацієнтів, що перенесли дистальне шунтування шлунку з одним анастомозом та 25 пацієнтів, що перенесли міні-шунтування шлунка. Проаналізовані безпосередні результати впливу цих видів оперативних втручань на перебіг цукрового діабету, втрати надлишкової маси тіла, розвиток нутритивних порушень та якість життя хворих в різних термінах спостереження. Проведена статистична обробка даних.

Виявлено найбільш поширені та стійкі дефіцитні стани до та периопераційного періоду у хворих на морбідне ожиріння - недостатність та дефіцит вітаміну D25-(ОН) та встановлено, що значне виключення тонкої кишки призводить до стійкого дефіциту D25-(ОН) та вимагає постійного динамічного лабораторного контролю біохімічних показників та збільшення дози суплементарної терапії.

Проаналізовано вплив операції лапароскопічного довгопетлевого шунтування шлунку з одним анастомозом на перебіг порушень вуглеводного, ліпідного та білково- електrolітного обмінів після досліджуваних операцій.

Розроблена модель ожиріння в експерименті. Проведене експериментальне дослідження моделювання шунтування шлунку з одним анастомозом у щурів з виключенням 50% та 70% тонкої кишки з пасажу показало незначну різницю втрати маси тіла тварин. Виключення 70% тонкої кишки призводило до достовірно

нижчих показників мікроелементів, а різниця втрати маси у щурів була незначною в порівнянні з групою у якої було виключено 50% тонкої кишки.

Морфологічні та морфометричні зміни слизової оболонки загальної та біліопанкреатичної петель після шунтування шлунку з одним анастомозом показують наявні відмінності показників довжини кишкової ворсини у загальній та біліопанкреатичній петлях тонкої кишки, при чому довжина кишкової ворсини виявилась більшою у загальній петлі. Саме такі зміни притаманні структурній адаптації кишківника.

3. Практичне значення результатів дослідження.

Можливість застосування довгопетлевого шунтування шлунку у лікуванні хворих на морбідне ожиріння із супутніми метаболічними порушеннями, в якості первинної бариатричної операції підтверджені отриманими результатами впливу операції на ремісію цукрового діабету, дисліпідемії та втрати надлишкової маси тіла.

Розроблені методики пересічення шлунку та формування гастроентероанастомозу з різною довжиною біліопанкреатичної петлі були впроваджені в клінічну практику.

Досліджувані бариатричні операції покращують перебіг супутніх ожирінню захворювань, таких, як ЦД 2 типу, дисліпідемія та доведено, що довгопетлеве шунтування шлунку з одним анастомозом не призводить до важких нутритивних порушень та дефіцитних станів та не потребує постійного динамічного лабораторного контролю. Результати роботи впровадженні в лікувальний процес ДУ «Національний Науковий Центр хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України.

Ще однією перевагою операції є її технічна простота в порівнянні з загальноприйнятими операціями, не потребує специфічної укладки хворого на операційному столі, що особливо технічно складно у хворих з морбідним супероожирінням. З економічної точки зору довгопетлеве шунтування шлунку потребує менших затрат для виконання трансекції шлунку та формування гастроентероанастомозу. Все це дозволяє рекомендувати дану методику до

застосування в клінічній практиці, в якості первинної бариатричної операції в особливості при морбідному суперожирінні.

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

Матеріали та методи досліджень та статистичної обробки результатів, є обґрунтованими та достовірними. Висновки взаємопов'язані з результатами власних клінічних досліджень, сформульовані в повній мірі, вірно відображають суть, наукову новизну, теоретичну і практичну значимість дисертаційної роботи.

Кількісна оцінка показників під час обробки результатів у всіх без винятку розділах досліджень дозволили здобувачеві обґрунтовано та достовірно формулювати положення роботи та надавати рекомендації.

5. Повнота викладу матеріалів дисертації в опублікованих працях.

Основні результати дисертації опубліковані у співавторстві у 4 статтях фахових наукових періодичних виданнях, що індексуються міжнародними науково-метричними базами даних, 1 стаття опублікована у закордонному науковому фаховому виданні, включеного до міжнародних наукометричних баз даних Scopus, рекомендованих МОН України. За темою дисертації опубліковано 8 тез. Матеріали дисертаційного дослідження були представлені на 7 Національних та зарубіжних конференціях і конгресах.

6. Аналіз структури роботи.

Дисертаційна робота оформлена в традиційній формі з наявністю вступу, огляду літератури, матеріалів і методів, характеристики результатів власних досліджень, узагальнення результатів та висновків, переліку використаних літературних джерел. Основна частина дисертаційної роботи представлена на 161 сторінках друкованого тексту з класичною структурою оформлення дисертаційної роботи. Робота написана правильною літературною мовою.

У розділі Вступ автор чітко та правильно окреслює беззаперечну актуальність теми дослідження, визначає коло невирішених питань сучасної

баріатричної хірургії, що визначає доцільність та необхідність виконання дисертаційного дослідження.

Мета роботи сформульована чітко й грамотно. Задачі дослідження структуровані та відповідають обраній меті.

В огляді літератури автором проаналізовано сучасний стан проблеми хірургічного лікування ожиріння та результати таких операцій. Розділ включає в себе 4 підрозділи з висвітленням сучасного стану епідеміології ожиріння, еволюцію шунтування шлунку, висвітлює питання дефіцитних станів, які часто виникають у хворих з морбідним ожирінням як до оперативного втручання, так і в периопераційному періоді. Дисертант ретельно описує специфічні дефіцитні ускладнення після баріатричних операцій, широко висвітлює проблему метаболічного впливу даних втручань, порушення гормонального стану, та як наслідок розвиток патологічних станів. Огляд літератури займає 40 сторінок, читається дуже цікаво, але на мій погляд, даний розділ потрібно дещо скоротити, за рахунок, в першу чергу, зменшення історичної інформації, яка є достатньо цікавою, однак не несе важливої інформації для дисертаційного дослідження, а також деяких повторів, що зустрічаються. В даному розділі, як і по всій дисертаційній роботі зустрічається багато абревіатур, які не розшифровані при першому згадування та в списку скорочень.

Розділ 2 (матеріали та методи дослідження), в даному розділі представлено дизайн дослідження, загальна характеристика хворих, наведені діагностичні алгоритми, ретельно описані методики оцінки ефективності виконаних оперативних втручань, оцінка дефіцитних станів та якості життя пацієнтів, представлені методи статистичної обробки отриманих результатів. Розділ викладений на 29 сторінках, причому останні 4 сторінки це висновки до даного розділу, в яких автор скорочено повторно висвітлює матеріали всього розділу, даний підрозділ потрібно скоротити до 1-2 абзаців.

Розділ 3 присвячений експериментальній частині роботи. В ньому представлено результати шунтування шлунку у щурів з ожирінням, з різною довжиною біліопанкреатичної петлі. Автор описує технічні особливості виконання

баріатричних операцій на щурах та доводить вплив довжини виключеної з пасажу ділянки тонкої кишки на розвиток патологічно дефіцитних станів, таких як недостатність заліза, фосфору, кальцію, магнію, загального білка та альбуміну. Розділ гарно проілюстрований рисунками та таблицями та на мій погляд є важливою прикрасою наукового дослідження автора.

Розділ 4 описаний на 21 сторінці та поділений на 7 підрозділів з описом методик шунтування шлунку основної та груп порівняння. Описані особливості перебігу раннього післяопераційного періоду та віддалені післяопераційні ускладнення - дефіцитні стани серед яких - дефіцит заліза, дефіцит вітамінів B9, B12, вітаміну D 25(OH) з розвитком транзиторної гіпокальціємії та вторинного гіперпаратиреозу. Даний розділ автор завершує об'ємними висновками на 3 сторінки, в яких вказує на отримання двох патентів на корисну модель на методики оперативних втручань, описаних в даному розділі. На мій погляд дана інформація є вкрай важливим науковим дослідженням дисертанта, і повинна бути наведена в основній частині розділу, при описі даних оперативних втручань. Також доцільно навести клінічні приклади пацієнтів, яким виконали розроблені дисертантом оперативні втручання, що дасть змогу оцінити практичні результати операцій та прикрасить розділ. В висновках на сторінці 135 автор повторно описує методику дистального шунтування шлунку, яку він вже ретельно висвітлив в основній частині розділу.

В п'ятому розділі роботи представлені результати хірургічного лікування пацієнтів з ожирінням. Оцінено метаболічний вплив операцій шунтування шлунку основної та груп порівняння на перебіг вуглеводного обміну, а саме, компенсацію та ремісію цукрового діабету II типу. Описані результати впливу на компенсацію перебігу дисліпідемії, білковий обмін та артеріальну гіпертензію. Проведено аналіз результатів морфологічних змін слизової оболонки біліопанкреатичної та загальної петлі тонкої кишки, які вказують на структурну адаптацію слизової оболонки тонкої кишки після шунтування шлунку з одним анастомозом, а саме - збільшення довжини кишкової ворсини загальної петлі в порівнянні з біліопанкреатичною петлею. Даний розділ написаний автором в гарному аналітичному стилі, підводить

підсумки результатів роботи, добре проілюстрований рисунками та графічним матеріалом. Принципових зауважень до даного розділу у мене немає.

Розділ 6 присвячений оцінці якості життя пацієнтів з ожирінням та після бариатричних операцій. Розділ написаний автором занадто лаконічно, менш ніж на двох сторінках, що суттєво відрізняється з представленням основного матеріалу дисертації. В даному розділі слід навести таблиці результатів анкетування пацієнтів, в залежності від перенесених операцій, а не лише обмежуватися наведенням загальних показників, бо постає питання звідки ви їх взяли. В даному розділі автор доводить переваги в якості життя пацієнтів після довгопетлевого та міні-шунтування шлунку в порівнянні з групою дистального шунтування, де індекс якості життя знизився за рахунок розвитку кісткових ускладнень.

Висновки логічно витікають зі змісту дисертаційної роботи, чітко сформульовані відповідно до поставлених завдань та відповідають суті та результатам проведеного дослідження. Основні положення і висновки, що містяться у дисертації, повністю висвітлені в опублікованих наукових роботах.

7. Недоліки дисертації, щодо їх змісту та оформлення.

Дисертаційна робота в своєму оформленні, змістовному навантаженні, та логіки висвітлення інформації не має суттєвих зауважень. Основними недоліками, які слід допрацювати є стилістичні та орфографічні помилки. Вказані недоліки в жодній мірі не знижують цінності роботи, та можуть бути легко усунені.

В якості дискусії хотілося б задати дисертанту наступні питання:

1. В висновках до розділу 4 ви вказуєте, що розроблена вами методика ушивання технологічного отвору після накладання гастроентероанастомозу є методом профілактики явищ гастростазу, яким чином?
2. При виборі операції для пацієнта з ожирінням та ІЦД II тип, якій методиці операції ви віддасте перевагу?

8. Рекомендації щодо використання результатів дисертаційного дослідження в практиці.

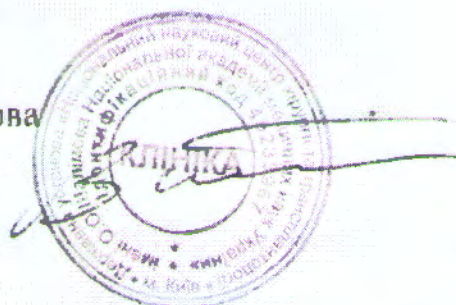
Практичні рекомендації можуть бути використані високоспеціалізованих медичних закладах, в хірургії шлунку та кишківника, а також в навчальній програмі на кафедрах хірургії медичних університетів та академії післядипломної освіти.

9. Відповідність дисертації встановленим вимогам, які пред'являються до наукового ступеню доктора філософії (PhD).

Дисертація виногорова Р.І. «Лапароскопічне довгопетлеве шунтування шлунку з одним анастомозом в лікуванні хворих на морбідне ожиріння» є завершеною науковою працею, яка вирішує актуальну проблему в медицині, виконана на високому методологічному рівні та достатньому фактичному матеріалі.

Дисертація за своєю науковою новизною та практичними значеннями повністю відповідає вимогам МОН України, що пред'являються до дисертаційних робіт поданих на здобуття наукового ступеню доктора філософії (PhD) та після виправлення виявлених недоліків може бути подана до офіційного захисту.

Провідний науковий співробітник
відділу хірургії підшлункової залози
та реконструктивної хірургії
жовчовивідних проток
ДУ «ННЦХТ ім. О.О. Шалімова»
НАМН України»
д. мед. н., професор



Шкарбан В. П.

01.04.2024 р.