

## РЕЦЕНЗІЯ

### на дисертаційну роботу

молодшого наукового співробітника відділу торако-абдомінальної хірургії  
ДУ «Національного науковий центр хірургії та трансплантології ім. О.О.

Шалімова» НАМН України Савенка Георгія Юрійовича

### **«Мініінвазивна езофагектомія за I. Lewis в лікуванні захворювань стравоходу»,**

Науковий керівник заступник генерального директора, доктор медичних наук,  
професор А. В. Сидюк.

#### **1. Актуальність теми дисертації.**

Травматичність оперативних втручань на стравоході, частота післяопераційних ускладнень у вигляді крововтрати, післяопераційної пневмонії, неспроможності стравохідно-шлункового анастомозу, його рубцеві стриктури та, як наслідок, зниження якості життя хворих в післяопераційному періоді спонукають до вивчення та оптимізації хірургічних підходів в лікуванні захворювань стравоходу по всьому світі. Тому на теперішній час дослідження результатів мініінвазивної езофагектомії є актуальним питанням.

Крововтрата під час відкритої езофагектомії складає в середньому 500-900 мл, та потребує спеціального лікування. Частота легеневих ускладнень складає велику частку серед всіх ускладнень в післяопераційному періоді, і хоча, захворювання легень та неспроможність стравохідно-шлункового анастомозу, як зазначають науковці, є незалежними факторами ризику розвитку легеневих ускладнень після езофагектомії, проте, при виконанні мініінвазивною езофагектомією ризик розвитку легеневих ускладнень достовірно нижчий в порівнянні з відкритою езофагектомією.

Науковці зазначають про необхідність вивчення та стандартизування адекватного контролю ризиків, включно із хірургічною технікою, периопераційними профілактичними заходами та терапією респіраторних ускладнень.

Особове місце серед ускладнень при операціях на стравоході займають легеневі, серед котрих пневмонія, пневмоторакс, емпієма плеври та респіраторний дистрес-синдром. Огляд літератури свідчить про 18% при мініінвазивній езофагектомії та 26%

при відкритій. Суперечки щодо прогнозування ризиків розвитку, профілактиці та курації легеневих ускладнень продовжуються і дотепер.

Частота ускладнень з боку анастомозу сягає від до 80% випадків за даними різних авторів, а рівень смертності досягає 30 %. На виникнення цього ускладнення можуть впливати як загальні фактори ризику (літній вік, супутні патології обміну речовин – цукровий діабет, гіпопротеїнемія, зниження репаративних процесів), так і технічні фактори ризику. Завдяки анатомічним особливостям будови стравоходу, зони формування кондуїту, технічним особливостям оперативного втручання основною причиною неспроможності стравохідно-шлункового анастомозу вважають саму конструкцію анастомозу та недоліки в формуванні анастомозу. І хоча, проблема ускладнень анастомозу є поліетіологічною, та виникає в комбінації несприятливих умов, як з боку коморбідності та загального стану пацієнта, так і з несприятливими умовами в яких формується анастомоз, проте головною причиною є технічні особливості формування кондуїту.

Широке застосування сшиваючо-ріжучих апаратів дозволили зменшити частоту неспроможності анастомозів, але не вирішили питання стриктури анастомозу, і навпаки, спостерігається тенденція до зростання частоти цього ускладнення. Стриктура анастомозу хоча і менш складна проблема в порівнянні з неспроможністю, проте призводить до значного погіршення якості життя хворого у післяопераційному періоді. В формуванні ручного анастомозу головну роль відіграє кваліфікація хірурга, застосування механічного шва дозволяє стандартизувати техніку формування анастомозу, забезпечити рівномірне та щільне співставлення тканин. Проте, як правило, форма та розмір анастомозу лімітовані варіантом сшиваючо-ріжучаго апарату

Інвагінаційний напівмеханічний анастомоз, із застосуванням лінійних сшиваючо-ріжучих апаратів, вигідно відрізняється від інших анастомозів своєю здатністю до попередження неспроможності швів за рахунок широкої зони дотику стінок стравоходу і шлунку, антирефлюксними властивостями та захистом анастомозу шляхом його занурення в просвіт шлункового трансплантату, що має значення для профілактики рефлюкс-езофагіту.

Станом на теперішній час, в Україні та в світі залишаються невирішеними питання, що пропонуються до вивчення та розгляду в наведеній темі. Сучасні підходи в хірургії стравоходу мають чітку тенденцію до зменшення травматичності, уніфікації хірургічних доступів, оптимізації формування внутрішньогрудних анастомозів та підбір коректного варіанту формування кондуїту задля зменшення типових, та вкрай загрозливих ускладнень.

Наведене вище доводить актуальність дослідження Савенка Георгія Юрійовича «Мініінвазивна езофагектомія за I. Lewis в лікуванні захворювань стравоходу», в якому поставлена мета: покращити результати хірургічного лікування захворювань стравоходу шляхом впровадження та удосконалення методу мініінвазивної езофагектомії за I. Lewis.

## **2. Новизна дослідження та одержаних результатів.**

В роботі проаналізовано результати лікування 92 пацієнтів, яким була виконана езофагектомія за I. Lewis з приводу доброякісної та злоякісної патології стравоходу. Досліджені результати імплементації мініінвазивної езофагектомії з різними варіантами стравохідно-шлункового анастомозу, вивчені групи ризику розвитку пневмонії в післяопераційному періоді та оцінена якість життя хворих. Проаналізовані безпосередні та ранні результати лікування даних груп пацієнтів.

Збільшений рівень виконання мініінвазивної езофагектомії та доведена її ефективність з боку покращення безпосередніх результатів оперативного втручання, зменшення загальної частоти післяопераційних ускладнень та післяопераційної пневмонії. Впроваджений лінійний напівмеханічний інвагінаційний стравохідно-шлунковий анастомоз з доведеним зниженням ризику розвитку післяопераційних ускладнень та стриктури анастомозу. На основі проведеного дослідження розроблено та впроваджено прогностичну модель ризику розвитку пневмонії в післяопераційному періоді.

## **3. Практичне значення результатів дослідження.**

Оптимізована мініінвазивна езофагектомія за I. Lewis при захворюваннях стравоходу з розробленим лінійним напівмеханічним інвагінаційним стравохідно-шлунковим анастомоз дозволили зменшити кількість ускладнень і скоротити тривалість лікування.

Результати роботи впровадженні в лікувальний процес ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України.

Збільшення кількості мініінвазивної езофагектомії за I. Lewis дозволило досягти поліпшення безпосередніх результатів оперативного втручання, зниження частоти ранніх післяопераційних ускладнень та скоротити термін стаціонарного перебування.

Результати дослідження дозволили впровадити в клінічну практику методи, що забезпечують стандартизацію мініінвазивної езофагектомії за I. Lewis при захворюваннях стравоходу.

Отримані результати лікування дозволили розрахувати індекс ризику розвитку пневмонії та розробити відповідну ком'ютерну програму задля прогнозу та виділення пацієнтів з високим ризиком розвитку пневмонії в післяопераційному періоді.

#### **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 власних клінічних досліджень, сформульовані в повній мірі, вірно відображають суть, наукову новизну, теоретичну і практичну значимість дисертаційної роботи.

В дослідженні використані сучасні методи біостатистики, які надають достатню можливість оцінювати вірогідність запропонованих гіпотез. 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 3 статтях фахових наукових періодичних виданнях, що індексуються міжнародними науково-метричними базами даних, рекомендованих МОН України. За темою дисертації опубліковано 4 тези. Матеріали дисертаційного дослідження були представлені 5 разів на Національних та зарубіжних конференціях і конгресах.

#### **6. Аналіз структури роботи.**

В дисертації використана традиційна форма: вступ, огляд літератури, матеріал і методи дослідження, характеристика результатів власних досліджень, висновки, список використаних літературних джерел. Дисертаційну роботу викладено на 150 сторінках структурованого тексту, ілюстровано 27 таблицями та 47 малюнками. Написана правильною літературною мовою.

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

В першому розділі (огляд літератури) дисертаційної роботи висвітлено сучасний стан хірургії стравоходу в Україні, основні історичні етапи розвитку хірургії стравоходу, розвиток та види мініінвазивної езофагектомії з їх результатами, основні проблеми цього напрямку та види стравохідно-шлункових анастомозів з їх основними ускладненнями. Розділ написаний на основі значної кількості джерел інформації, чітко проведена актуальність та дискусійність проблеми хірургії стравоходу.

Матеріали та методи дослідження в 2 розділі викладені на 18 сторінках, написані повно та докладно представляють характеристику та опис двох груп хворих, діагностичні алгоритми, методи передопераційного обстеження. Детально описані методи оцінки якості життя та періопераційного лікування онкологічних хворих. Розділ написаний ґрунтовно та добре висвітлений.

Розділ 3 представлений на 27 сторінках та містить 4 підрозділи: підготовка до оперативного втручання за I. Lewis, абдомінальний етап езофагектомії за I. Lewis, відеоасистований торакоскопичний етап езофагектомії за I. Lewis, етап анастомозування та закінчення. Автором представлений детальний опис технічних особливостей виконання езофагектомії за I. Lewis та стравохідно-шлункового анастомозу з ілюстрацією основних етапів втручання. Наголошені ключові моменти з детальним описом хірургічних маніпуляцій та покроковим їх виконанням.

В розділі 4 присвячений результатам хірургічного втручання та висвітлений на 30 сторінках в яких автор демонструє безпосередні результати хірургічного втручання, проводить порівняльний аналіз способів формування стравохідно-шлункового анастомозу, аналізує післяопераційні ускладнення за класифікацією Clavien-Dindo, проводить аналіз післяопераційних втручань в залежності від статі,

віку, діагнозу, стадії захворювання, локалізації ураження, виду операції та анастомозу, ступеню дисфагії та нутритивного статусу, тривалості операції та інтраопераційної крововтрати, проводить аналіз ризику виникнення пневмонії та описує побудований індекс прогнозування ризику розвитку пневмонії для хворих з захворюваннями стравоходу, яким було проведено езофагектомію з наведенням трьох клінічних випадків.

Автором доведений позитивний вплив мініінвазивної езофагектомії за I. Lewis, розробленого стравохідно-шлункового анастомозу на поліпшення безпосередніх результатів хірургічного втручання, зменшення кількості загальних та анастомотичних ускладнень в післяопераційному періоді, доведена прогностична цінність програми розрахунку індексу ризику розвитку пневмонії.

П'ятий розділ дисертаційної роботи висвітлений на 11 сторінках та присвячений оцінці якості життя хворих досліджуваних груп за опитувальником EORTC QLQ – C30 V.3 за результатами котрого автор наголошує на перевагах мініінвазивної езофагектомії за I. Lewis в лікуванні захворювань стравоходу по основним показникам опитувальної системи. Розділ написаний докладно та обґрунтовано.

У висновках дослідження автор наводить обґрунтовані аргументи переваг мініінвазивної езофагектомії за I. Lewis, розробленого лінійного напівмеханічного інвагінаційного стравохідно-шлункового анастомозу при езофагектомії за I. Lewis, розробленої комп'ютерної програми прогнозування ризику розвитку пневмонії після езофагектомії та якості життя хворих після езофагектомії за I. Lewis.

## **7. Недоліки дисертації, щодо їх змісту та оформлення.**

Значних принципівих зауважень по написанню та оформленню дисертаційної роботи немає. Слід відзначити окремі недоліки дисертаційної роботи, які в жодній мірі не знижують цінності роботи. В усіх розділах зустрічаються окремі стилістичні та орфографічні помилки. Є деякі зауваження щодо форматування тексту та таблиць. Однак, вказані недоліки можуть бути легко усунені з урахуванням наданих рекомендацій та не впливають на наукову цінність поданої роботи.

## **8. Рекомендації щодо використання результатів дисертаційного дослідження в практиці.**

Практичні рекомендації можуть бути використані в відділеннях торако-абдомінальної хірургії, хірургії стравоходу, 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 Савенка Г. Ю. «мініінвазивна езофагектомія за I. Lewis в лікуванні захворювань стравоходу» 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 збуття наукового ступеню доктора філософії (PhD) та після виправлення виявлених недоліків може бути подана до офіційного захисту.

Головний науковий співробітник  
відділу торако-абдомінальної хірургії  
ДУ «НІХТ імені О.О. Шалімова» НАМН України,  
д. мед. н., професор

Тивончук О. С.