

ОТЗЫВ

официального оппонента Белоконева Владимира Ивановича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой хирургических болезней №2 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на диссертационную работу Идиатуллина Равиля Минахматовича на тему: «Оптимизация хирургического лечения у больных с опухолями щитовидной железы в Удмуртской Республике» по специальности 14.01.17 – хирургия

Актуальность темы исследования

Статистические исследования показывают, что более половины населения нашей планеты страдают заболеваниями щитовидной железы. При этом тенденция увеличения частоты узловых образований в щитовидной железе сохраняется. По данным разных авторов, встречаемость узловых новообразований колеблется от 10 до 62%. Распространенность узловых образований в щитовидной железе зависит от эндемических особенностей зоны проживания населения того или иного района нашей страны и определяется дефицитом йода, радиационным фоном, наследственностью и иммунологическим статусом. Лечение доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы только хирургическое. Расширение диапазона и объема оперативных вмешательств на щитовидной железе сопровождается увеличением количества осложнений, которые являются причинами тяжелого течения раннего послеоперационного периода и нарушений, значительно снижающих качество жизни пациентов в отдаленные сроки. Ранние осложнения наблюдаются у 6-10% оперированных больных, достигая 12-27,5% при расширенных операциях по поводу злокачественных опухолей щитовидной железы. Вопросы выбора способа лечения опухолей щитовидной железы с учетом характера заболевания путем

выполнения расширенных радикальных и органосохраняющих операций имеют важное практическое значение.

Операции на щитовидной железе относятся к вмешательствам высокой степени сложности из-за анатомических особенностей ее расположения в контакте с жизненно важными органами. Тяжелым осложнением после операций на ЩЖ являются парезы и параличи гортани, обусловленные повреждением гортанных нервов. Частота данного осложнения находится в диапазоне от 1 до 23%.

У ряда больных после операции наблюдаются изменения, приводящие к развитию гипотиреоза, а нарушение функции околощитовидных желез сопровождается гипопаратиреозом, являющимся сложной эндокринологической проблемой.

При лечении доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы перед хирургом ставится задача радикального устранения причины заболевания, которую он должен технически решить так, чтобы избежать возможных осложнений. Именно это предостережение и является подчас мотивацией к объему операции на щитовидной железе, когда, даже при злокачественных опухолях выполняют органосохраняющие вмешательства. Правильность или нелогичность такого подхода может быть определена только при оценке результатов проводимого лечения. Поэтому исследования, которые направлены на выработку оптимальной тактики лечения больных с доброкачественными и злокачественными опухолями щитовидной железы являются актуальными в настоящее время.

Автор диссертационного исследования поставил перед собой цель: улучшение результатов хирургического лечения у пациентов с опухолями щитовидной железы путем оптимизации лечебного и реабилитационного алгоритма при периоперационных осложнениях. Для ее решения автором сформулировано 5 задач, которые характеризуются научной новизной и практической значимостью.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций

Научные положения, сформулированные в работе, обоснованы анализом 230 клинических наблюдений пациентов, оперированных по поводу узловых образований щитовидной железы, проведенными клиническими и специальными исследованиями, статистическим анализом полученных результатов.

Автором доказана необходимость проведения мониторинговой компьютерной пульсоксиметрии у пациентов с опухолями щитовидной железы с целью объективизации гипоксемии. Выявлены значимые изменения показателей мониторинговой компьютерной пульсоксиметрии у пациентов с гипокальциемией.

Разработанный автором способ профилактики и лечения лимфореи у пациентов, перенесших лимфодиссекцию по поводу онкологических заболеваний с применением сочетания введения дексаметазона с транексамовой кислотой, позволили снизить объем и сократить длительность лимфореи.

Полученные результаты проведенного научного исследования показывают целесообразность применения положений диссертации в практической хирургии, что в большинстве наблюдений позволяет улучшить результаты хирургического лечения у пациентов с узловой патологией щитовидной железы.

Достоверность и новизна научных положений, выводов и рекомендаций

Достоверность и новизна научных положений, изложенных автором в диссертационной работе, подтверждены анализом значительного числа клинических наблюдений, статистическими методами, современными методами лабораторного и специального обследования пациентов, изучением и критическим анализом результатов научных исследований по изучаемой

проблеме, опубликованных в отечественной и зарубежной специальной литературе.

Работа характеризуется научной новизной. Впервые дана эпидемиологическая характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы с определением прироста и прогноза развития заболеваемости в Удмуртской Республике за последние 10 лет. В работе на значительном клиническом материале приведены обобщенные результаты обследования и хирургического лечения пациентов с опухолями щитовидной железы. Определены клиничко-функциональные особенности проявлений специфических послеоперационных осложнений хирургического лечения опухолей щитовидной железы в различные сроки. Обоснована необходимость проведения мониторинговой компьютерной пульсоксиметрии у пациентов с опухолями щитовидной железы с целью объективизации гипоксемии. Впервые предложен способ профилактики и лечения лимфореи у пациентов, перенесших лимфодиссекцию по поводу онкологических заболеваний (патент РФ №2721781 от 27.11.2019). Выявлены основные предикторы лимфогенного метастазирования в региональные лимфатические узлы при раке щитовидной железы.

Таким образом, сформулированные в диссертации научные положения, выводы и практические рекомендации обоснованы, опираются на результаты статистического анализа и отвечают цели и задачам, поставленным в исследовании.

Оценка практической значимости

Выявлены территориальные особенности распространенности патологии щитовидной железы в Удмуртской Республике с выделением зон повышенного риска. Определен прогноз заболеваемости раком щитовидной железы на ближайшие 5 лет, что может быть использовано при проведении организационных и профилактических мероприятий. Выявлены факторы, повышающие риск развития послеоперационных осложнений хирургического лечения у пациентов с опухолями щитовидной железы,

установлена возможность прогнозирования развития осложнений. Определены предикторы лимфогенного метастазирования рака щитовидной железы в региональные лимфатические узлы. На основании предложенного комплекса мероприятий усовершенствован алгоритм послеоперационного ведения пациентов с осложнениями хирургического лечения опухолей щитовидной железы.

Основные положения работы внедрены в учебный процесс кафедр факультетской хирургии, хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск, БУЗ УР «Республиканский клинический онкологический диспансер им. С.Г. Примушко МЗ УР» г. Ижевск, медицинского центра ООО «Вита-Д» г. Чайковский Пермский край.

Оценка структуры диссертации и содержания работы

Диссертация изложена на 117 страницах машинописи, состоит из введения, обзора научной литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 26 рисунками и 22 таблицами.

Во введении автором освещена актуальность проблемы, цели и задачи исследования, научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен обзор отечественной и зарубежной медицинской литературы, включающий 192 источника, из них 90 – отечественных и 102 – зарубежных авторов. В ней рассмотрены следующие вопросы: эпидемиология и патогенез опухолей щитовидной железы; гистологическая классификация и диагностика опухолей щитовидной железы; тактика и хирургическое лечение опухолей щитовидной железы; осложнения хирургического лечения. Обзор литературы написан логично,

последовательно и критично, что свидетельствует о достаточно полном знании автором научных публикаций по избранной теме.

Глава 2. Материал и методы исследований. Работа основана на анализе лечения 230 пациентов с патологией ЩЖ, оперированных в плановом порядке, в группу исследования вошли пациенты с узловым зобом, ФА, РЩЖ, получившие первичное хирургическое лечение. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа – 55 пациентов с доброкачественными опухолями ЩЖ, 2 группа – 175 пациентов со злокачественными опухолями ЩЖ, которые разделены на три группы в зависимости от способа лечения.

В структуре операций у пациентов с узловыми образованиями ЩЖ преобладали органосохраняющие вмешательства. При РЩЖ у 79 (45,1%) больных выполнялась гемитиреоидэктомия с паратрахеальной лимфодиссекцией (ПЛ), у 43 (24,6%) тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией (ЦЛ) и у 37 (21,2%) с фасциально-футлярной лимфодиссекцией (ФФЛ). У 36 (94,7%) пациентов с фолликулярной аденомой (ФА) ЩЖ выполнена гемитиреоидэктомия, у 2 (5,3%) – субтотальная резекция; у 14 (82,3%) с узловым зобом выполнена гемитиреоидэктомия, у 1 (5,9%) – субтотальная резекция ЩЖ, у 2 (11,8%) – тиреоидэктомия.

Дооперационное обследование пациентов включало сбор анамнеза, клиническое исследование, регистрацию антропометрических показателей (массы тела и роста), общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, определение уровня кальция сыворотки крови, электрокардиографию, исследование уровня гормонов ЩЖ (ТТГ, Т4, АТ к ТПО), УЗИ ЩЖ, региональных лимфатических узлов и органов брюшной полости, ТАПБ с цитологическим исследованием, рентгенографию органов грудной клетки, при необходимости КТ шеи. Число больных, включенных в исследование, и использованные методы их обследования достаточны для обоснования сформулированных научных положений и выводов.

Третья глава посвящена оценке эпидемиологической ситуации в Удмуртской Республике по заболеваниям щитовидной железы. Установлено, что частота доброкачественных заболеваний щитовидной железы в Удмуртской Республике за последние 10 лет выросла в 1,56 раза, прирост заболеваемости составил 56,5%, при среднегодовом темпе прироста в 5,1%.

Заболеваемость РЩЖ за исследованный период возросла в 2,53 раза, прирост заболеваемости составил 156,8 %, что выше, чем в ПФО (39,3%) и РФ (37,4%). Среднегодовой темп прироста составил в УР 9,9%. По прогнозу СП, заболеваемость РЩЖ в УР в 2023 г. может составить 10,2 на 100 тыс. населения

В четвертой главе представлена структура послеоперационных осложнений, которые из 230 пациентов развились у 67 (29,1%). Нарушение подвижности голосовых связок гортани диагностировано у 11 (4,7%) пациентов: у 8 (72,7%) парез ВГН был односторонним, у 3 (27,3%) – двусторонним, что потребовало наложения трахеостомы из-за развившегося стеноза гортани. Послеоперационный гипопаратиреоз и гипокальциемия развились у 54 (23,5%), кровотечение – у 5(2,2%), хилорея – у 1(0,4%), флегмона шеи – у 1(0,4%). Автор проанализировал причины развития осложнений у пациентов с опухолями щитовидной железы и особенно подробно при лечении рака щитовидной железы, где их частота была больше. Отмечено, что при повышении степени инвазии капсулы ЩЖ опухолью частота развития послеоперационных осложнений увеличивается. При анализе объема операции на ЩЖ - гемитиреоидэктомии и тиреоидэктомии - также отмечен рост частоты послеоперационных осложнений. Этому способствует объем лимфодиссекции: так при паратрахеальной лимфодиссекции осложнения зарегистрированы у 18%, при центральной лимфодиссекции – у 31,2% и при фасциально-футлярной лимфодиссекции – у 50,8%. Не выявлено достоверного влияния на частоту осложнений сопутствующей патологии и объема щитовидной железы, что имеет важное значение при определении показаний к хирургическому лечению больных. В

главе представлены клинико-функциональные особенности проявлений у больных послеоперационной гипокальциемии, нарушений подвижности голосовых складок гортани. Представляют значительный интерес данные о динамике восстановления после гемитиреоидэктомии подвижности голосовых связок. Наибольшие сроки восстановления были после тиреоидэктомии с фасциально-футлярной лимфодиссекцией, что обусловлено распространенностью опухоли и травмой мягких тканей. Показана эффективность предложенного способа лечения длительной лимфореи после лимфодиссекции путем применения комбинации транексамовой кислоты с дексаметазоном (патент РФ №2721781 от 27.11.2019).

Пятая глава содержит данные о предикторах лимфогенного метастазирования при раке щитовидной железы. У 80 пациентов после тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией и у 95 после гемитиреоидэктомии с паратрахеальной лимфодиссекцией у 68 (38,9%) больных были выявлены метастазы в VI группе лимфатических узлов. Это потребовало фасциально-футлярной лимфодиссекции, после которой в 25 (36,8%) наблюдениях выявлены метастазы в II-V группах лимфатических узлов.

Установлено, что с ростом степени инвазии РЩЖ повышается риск метастатического поражения региональных лимфатических узлов, но отсутствие инвазии капсулы ЩЖ не исключает метастазирования РЩЖ в пре- и паратрахеальные лимфатические узлы. В группе пациентов с метастазами в лимфатические узлы II-V групп достоверно больше больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией и заболеваниями пищеварительной системы. Увеличение объема щитовидной железы влияет на развитие метастазов в региональных лимфоузлах. Микрокарциномы ЩЖ чаще наблюдаются в группах пациентов без региональных метастазов и с метастазами в VI группе лимфатических узлов, чем в группе больных с метастазами во II и V группах. Сделан вывод, что между размерами

первичной опухоли и региональным метастазированием РЦЖ имеется прямая связь. С увеличением размеров опухоли увеличивается частота метастазирования в региональные лимфатические узлы.

В заключении рассмотрены и проанализированы результаты работы, полученные автором согласно поставленной цели и задачам исследования. Сформулированные выводы и практические рекомендации отвечают поставленным в работе задачам и полностью вытекают из полученных результатов.

Опубликованы 23 печатные работы, из них 8 – в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, в том числе 1 – в журнале, входящем в МБД Scopus; получены патент РФ на изобретение и свидетельство регистрации рационализаторского предложения, что полностью отражает содержание диссертационной работы.

Соответствие автореферата и диссертации требованиям

Работа Р.М. Идиатуллина имеет строго выдержанную последовательность, оформлена в соответствии с требованиями ВАК. Текст диссертации написан хорошим литературным языком. Указатель литературы оформлен в соответствии с требованиями и содержит достаточное количество источников. В автореферате изложены основные положения диссертации.

Оценивая содержание диссертации в целом, следует отметить, что достоинством работы является, прежде всего, выбор темы для исследования. У пациентов с опухолями щитовидной железы по мере увеличения числа выполняемых операций увеличиваются и осложнения, которые требуют оценки и переосмысления для выработки способов их профилактики и исключения повторения. Автором сделаны предложения, имеющие практическое значение. При знакомстве с диссертацией были выявлены грамматические и стилистические ошибки, которые, однако, не повлияли на содержание работы. Принципиальных замечаний нет. С учетом важности

проблемы при знакомстве с работой возникли некоторые вопросы, требующие разъяснения.

При описании техники операции указано, что «после мобилизации, лигирования и пересечения сосудистых пучков связка Берри пересекается, и в зависимости от генерализации и морфологической картины опухолевого процесса производится гемитиреоидэктомия или тиреоидэктомия» (стр. 42). На какие ориентиры расположения связки Берри приходилось обращать внимание, и какие приемы были использованы, чтобы не повредить ВГН?

С какими вариантами взаимоотношения ВГН и веточками нижней щитовидной артерии приходилось сталкиваться? Чем обусловлен процент повреждений ВГН среди оперированных пациентов?

Во время операций перевязывался ли ствол нижней щитовидной артерии или только ее веточки?

Больных с раком щитовидной железы информировали о планируемой гемитиреоидэктомии до операции, или о таком объеме сообщалось после вмешательства?

Какие методы рецидивного рака щитовидной железы после гемитиреоидэктомии можно использовать и какова их достоверность, если ткань ЩЖ сохраняется и метод радиоизотопной диагностики при этом не может дать полную информацию?

Хотя формально лечение пациентов с раком щитовидной железы основывалось на клинических рекомендациях, после выполнения работы поменялось ли у Вас отношение к органосохраняющим операциям при данной патологии?

Заключение

Диссертация Идиатуллина Рауиля Минахматовича на тему: «Оптимизация хирургического лечения у больных с опухолями щитовидной железы в Удмуртской Республике», представленная к защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 –

