

## О Г з ы в

*официального оппонента доктора медицинских наук, профессора Анисимова Андрея Юрьевича на диссертационную работу Федачук Натальи Николаевны «Оценка эффективности хирургического лечения осложнении портальной гипертензии», представленную к официальной защите в качестве диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия*

Актуальность исследования.

Уровень передовых высоких медицинских технологий сегодня позволяет пересмотреть целый ряд концептуальных аспектов традиционной хирургии портальной гипертензии и преодолеть серьезный барьер, сложившийся между прогрессивным увеличением числа больных, с одной стороны, и доминированием негативного отношения к хирургическому лечению больных портальной гипертензией - с другой.

Как известно в 70% случаев причиной развития внутripеченочной портальной гипертензии у взрослых является цирроз печени, как конечная стадия многих хронических диффузных ее заболеваний. Анализ многолетней динамики показателей Российской Федерации по классу болезней печени свидетельствует о неблагоприятной эпидемиологической ситуации с выраженной тенденцией к росту смертности от цирроза в наиболее трудоспособных возрастных группах населения. Так, например, в Республике Татарстан, с числом населения 3 млн. 779,3 тыс. человек, за период с 1993 по 2013 годы, коэффициент смертности от цирроза печени имеет выраженный характер роста (+ 6,1%) с ежегодным увеличением в среднем на 12,5%. Оценка тенденции показателя смертности в различных возрастных группах показала ее выраженный рост у всех пациентов с алкогольным циррозом печени ют + 5,2% в группе от 30 до 39 чек до + 1 1,1% в группе старше 70 лет.) и в трудоспособных возрастных группах пациентов с вирусным циррозом печени (от + 7,2% в группе от 30 до 39 лет, до + 10,6% в группе от 20 до 29 лет).

За последние шесть лет в Республике Татарстан в структуре-причин смерти экстренных хирургических больных удельный вес желудочно - кишечных кровотечений стабильно удерживается на цифрах 18,0% - 24,4%. Причем по результатам 2014 года от 4,9% до 15,6% от числа умерших экстренных хирургических больных составляют пациенты с пищеводно - желудочными кровотечениями портального генеза, которые являются основным, но, как правило, запоздалым, показанием к хирургическому лечению синдрома портальной гипертензии.

Несмотря на то. что на рубеже 80 - 90-х годов XX столетия сформировались основные направления хирургической тактики в лечении

пациентов с портальной гипертензией, вопросы выбора наиболее приемлемого метода и срока выполнения хирургической декомпрессии портальной системы, до сих пор остаются дискуссионными.

Данные мировой и отечественной литературы свидетельствуют о различных подходах к лечению острых пищеводно - желудочных кровотечений у больных портальной гипертензией. Так одни авторы отдают предпочтение эндоскопическим методам гемостаза, другие - использованию медикаментозных препаратов терлипрессина, соматостатина или сандостатина, третьи эндоваскулярной эмболизации варикозных вен желудка или трансъюгулярному внутрипеченочному порто - системному шунтированию.

Ию-прежнему, широко) используются экстренные оперативные вмешательства, среди которых как различные виды портокавальных анастомозов, так и прямые вмешательства на венах эзофагокардиальной области.

Как подтверждает клиническая практика последних трех десятилетий, единственным радикальным методом лечения цирроза печени является трансплантация печени. Однако среди высокотехнологичных направлений в медицине Российской Федерации клиническая трансплантация органов, к сожалению, находится на одном из последних мест по темпам развития. Сегодня в России существует всего 12 центров, в которых в 2011 году было выполнено 204 пересадки печени или 1,4 на 1 млн населения при потребовании 20,0 на 1 млн. населения. В Приволжском федеральном округе сегодня по программе трансплантации печени работают всего два центра с трансплантологической активностью 8 операций в год (Поволжский окружной медицинский центр, г. Нижний Новгород) и 1 операция в год (Республиканская клиническая больница, г. Казань). Именно поэтому, серьезно говорить о сколь-либо существенном вкладе трансплантологии в решение проблемы портальной гипертензии в России, к сожалению, не представляется возможным.

Таким образом, в России портосистемное шунтирование было и остается методом выбора, позволяющим не только снизить риск развития кровотечения, но и дать пациенту с внутрипеченочной портальной гипертензией значительную фору во времени для ожидания донорского органа. А при внепеченочной форме портальной гипертензии шунтирующая операция позволяет радикально избавить пациента от страдания. Однако, несмотря на успехи современной клинической хирургии портальной гипертензии, исходы шунтирующих операций, остаются в большинстве случаев непредсказуемыми из-за возможности развития тяжелых послеоперационных осложнений: увеличения степени печеночной энцефалопатии в 12,1%, рецидивов кровотечений в 56%, летальности в 33,7% наблюдений. Неудовлетворенность результатами хирургического портосистемного шунтирования, как нам представляется, во многом

определяет лидирующие позиции на высоте кровотока операций азш ^портального разобщения.

Таким образом, сегодня абсолютно ясно, что больного портальной гипертензией нельзя лечить шаблонно. Однако единой программы лечения подобных больных до сих пор не выработано. Приведенный в отдельных работах алгоритм лечебных действий при кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка дискутабелен прежде всего в аспекте очередности и объема гемостатических пособий.

Не случайно в последнее время мы являемся свидетелями пристального интереса к данной проблеме со стороны исследователей и практикующих врачей. Об этом говорят публикации на страницах журнала «Анналы хир) этической гепатологии», материалы XII Конференции хирургов - гепатологов России и стран СНГ (Ташкент, 2005), I Международной конференции по торако - абдоминальной хирургии (Москва, 2008), XVII Международного Конгресса хирургов - гепатологов стран СНГ (Уфа, 2010), XIX Международного конгресса «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» (Иркутск-, 2012), XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (Ташкент. 2015). XII Съезда хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015). В решениях этих форумов проблемы выбора оптимальных режимов хирургического лечения и оценки его эффективности у больных с осложнениями портальной гипертензии, отнесены к вопросам, требующим дальнейшего изучения в доказательных многоцентровых исследованиях. Решение этих проблем составляет актуальную задачу клинической хирургии.

Исходя из вышеобозначенных позиций, появление комплексного исследования, направленного на глубокую научную проработку) вопросов оценки эффективности хирургического лечения осложнений портальной гипертензии путем использования новых модификаций операций азго-портального разобщения и портосистемного шунтирования у больных с синдромом портальной гипертензии, нам представляется как нельзя более своевременным и необходимым. Все сказанное объясняет высокую актуальность выбранной диссертантом темы, как в теоретическом, так и в практическом аспектах и предопределяет большой интерес к диссертации со стороны клиницистов, в частности хирургов.

Научная новизна.

Автор обладает результатами клинического анализа 99 пациентов с портальной гипертензией различного генеза, позволившими обосновать основные научные положения исследования. 28 из них выполнены различные варианты эндоскопического лечения, а 71 - различные операции. В том числе 51 модифицированная операция Sugiura - Futagawa, а 20 - различные варианты портосистемного шунтирования.

В диссертации Н.Н. Федачук привлекают несколько принципиально важных позиций, убедительно заявленных соискателем.

Прежде всего, на наш взгляд, представляется абсолютно обоснованным заключение диссертанта о том, что эндоскопические способы остановки повторных кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и их профилактики при циррозе печени эффективны и малотравматичны, однако обладают лишь временным эффектом. После эндоскопического цитирования это! эффект более продолжителен (по данным соискателя до  $7,0 \pm 1,6$  месяцев), чем после эндоскопическою паравазального склерозирования этанолом (до  $5,0 \pm 1,5$  месяцев).

Второе принципиальное положение заключается в том, что в результате проведенных исследований уровня выработки оксида азота, содержания эндотелина - !, гиалуроновой кислоты, васкулоэндотелиального фактора, количества десквамированных эндотелиоцитов и концентрации макрофагального хемоаттрактантного белка - 1, автором установлены выраженные изменения эндотелиальной функции у больных циррозом печени в компенсированной (класс А) и субкомпенсированной (класс В) стадиях.

Третья привлекательная сторона диссертации Н.Н. Федачук нам представляется в предложенной соискателем модификации операции Sugiura - Futagawa, менее травматичной, более радикальной, с меньшим риском возникновения послеоперационных осложнений за счет закрытия линии эзофагоэзофагоанастомоза .том желудка. Применение в клинической практике этого оперативного вмешательства позволило диссертанту в 100% наблюдений добиться остановки кровотечения.

Далее автором установлена зависимость одно- и трехлетней выживаемости после операции Sugiura - Futagawa от исходной тяжести печеночной недостаточности, не имеющей значимых различий при циррозе печени в субкомпенсированной (класс В) и декомпенсированноп (класс С) стадиях. Таким образом, соискателем научно обоснована и доказана 100% эффективность в течение 36 месяцев операции Sugiura - Futagawa в профилактике рецидивов кровотечения и коррекции гиперспленизма.

1! наконец, диссертантом впервые обнаружены предикторы коррекции повышенной функции селезенки в отдаленном периоде в виде активности АЛ Г. количества эритроцитов, исходной объемной скорости кровотока в воротной вене, диаметра последней. По данным автора, эффективность дистального спленоренального анастомоза в профилактике рецидивов кровотечения в раннем послеоперационном периоде составила 90%, а в течение года - 100%.

Полученные результаты и выводы достоверны. Это обусловлено, во - первых, тем, что в работе применено помимо традиционных рутинных общеклинических (анамнез заболевания; объективное исследование пациента; консультативный осмотр узкими специалистами: эндокринологом, кардиологом, пульмонологом), лабораторных (общий анализ крови, общий

анализ мочи, биохимический анализ крови на общий белок, альбумин, общий билирубин, активность трансаминаз, глюкозу, креатинин и инструментальных (электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия) методов обследования удачное сочетание современных, объективных и высокоинформативных методов контроля за гомеостазом (комплекс лабораторных тестов для оценки функционального состояния эндотелия методом ИФА с определением общего оксида азота, эндотелина - 1, васкулоэндотелиального фактора роста; подсчет количества десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови по методу Hladovec; концентрации гиалуроновой кислоты и макрофагального хемоаттрактантного белка 1); ультразвуковое исследование органов брюшной полости; ультразвуковая доплерография сосудов брюшной полости; компьютерная томография органов брюшной полости с болюсным усилением; интраоперационная краевая биопсия печени с последующим морфологическим исследованием печёночного биоптата).

Во - вторых, достаточным по объему) (99 пациентов с портальной гипертензией различной генеза, которым были выполнены различные варианты эндоскопической и хирургического лечения) материалом исследования.

В - третьих, использованием для обработки полученных результатов адекватных методов математической статистики, в том числе с использованием теста Вилкоксона, точного критерия Фишера, однофакторного дисперсионного анализа, многофакторного корреляционного анализа с вычислением коэффициентов корреляции Спирмена, Гамма и Кендал - Тау.

Кроме того, соискателем получен патент РФ на изобретение № 2492823 «Способ хирургического лечения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка» от 20 сентября 2013 года.

### **Практическая ценность.**

Несомненным достоинством рецензируемой работы в практическом аспекте является 100% остановка кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода в результате использования предложенной модификации операции Sugiura - Futagawa, а также достижение одногодичной выживаемости у 100% больных циррозом печени в компенсированной (класс А), ) 86,6% в субкомпенсированной (класс В) и у 90,9% с декомпенсированной (класс С) стадиях: трехгодичной выживаемости в 100%, 53,3% и 54.5% соответственно; коррекция всех признаков гиперспленизма через гест после вмешательства.

Предложенное диссертантом использование маркеров эндотелиальной дисфункции, воспаления и фиброза позволило ему более эффективно оценить функциональные резервы печени и помогло в дифференциальной

диагностике цирроза печени и хронического гепатита, а определение перед оперативным лечением степени анемии, активности трансаминаз, диаметра воротной вены и скорости кровотока по ней - обеспечило управление рисками развития гиперспленизма в отдаленном периоде после наложения дистального спленоренального анастомоза, осложнений и летальных исходов.

Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую работу хирургических отделений ГБУЗ «Пермская краевая клиническая больница», а также отделения санитарной авиации, оказывающего urgentную хирургическую помощь в хирургических стационарах Пермского края.

Полученные результаты нашли отражение в материалах учебного курса на кафедре хирургии дополнительного профессионального образования ГБОУ ВК «Пермский государственный медицинский университет им. академика Н.А.Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

По материалам диссертационного исследования опубликованы 9 печатных работ, в том числе - 5 в рекомендованных ВАК РФ журналах.

Основные положения диссертации доложены на краевой научно-практической конференции, посвященной 175-летию Пермской краевой клинической больницы (2008). 18 Российской гастроэнтерологической неделе (2011), научных сессиях ПГМА им. академика Е.А. Вагнера (2012; 2013). краевой научно-практической конференции (2013). заседании Пермского краевого научного общества хирургов (2014).

#### Оценка содержания работы.

Диссертация П.11. Федачук построена по традиционному плану и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, четырех глав собственных исследований, выполненных на клиническом материале. Завершает работу обсуждение, в котором кратко суммируются и обсуждаются основные полученные результаты. За ним следуют заключение, выводы, практические рекомендации, список сокращений и список основной использованной литературы, насчитывающий 10 отечественных и 12 зарубежных источников.

Во *введении* убедительно обоснована актуальность разработки оптимальных подходов к оценке эффективности хирургического лечения у больных с синдромом портальной гипертензии путем совершенствования методики выполнения операций азиго-портального разобщения и изучения непосредственных и отдалённых результатов портосистемного шунтирования.

Для достижения конкретной, четко сформулированной цели автором логично выбран конкретный алгоритм действий, отраженный в четырех последовательно вытекающих друг из друга задачах: оценить эффективность применения эндоскопического склерозирования и цитирования варикозно

расширенных вен пищевода у больных циррозом печени, осложненным портальной гипертензией, для остановки и профилактики первичных и повторных кровотечений: сравнить тяжесть фиброза, эндотелиальной дисфункции и воспаления у больных циррозом печени, хроническим гепатитом, желчнокаменной болезнью и очаговыми заболеваниями печени; усовершенствовать методик)' выполнения разобщающей операции Sugiura - Futagawa, уменьшающую травматичность вмешательства и повышающую его радикальность, определить ее эффективность в лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и гиперспленизма в раннем и отдаленном послеоперационном периоде; изучить результаты наложения энтероренальных анастомозов для коррекции портальной гипертензии и гиперспленизма.

Первая глава традиционно посвящена *обзору литературы*, в котором соискатель успешно избежал очевидной опасности попытаться объять необъятное и «утонуть в море» материала по данной проблеме. Им выбраны несколько аспектов, имеющих непосредственное отношение к собственным исследованиям. Прежде всего, это особенности этиологии синдрома портальной гипертензии и основных патогенетических звеньев формирования последнего и его осложнений, несущих реальную угрозу для жизни больного. Далее - анализ результатов применения различных методов консервативного, эндоскопического, рентгеноэндоваскулярного и хирургического лечения, а также различных их сочетаний. И наконец - характеристика мирового опыта применения операции Sugiura - Futagawa.

Обзор литературы написан хорошим литературным языком и с интересом читается. В целом обзор литературы производит благоприятное впечатление, так как, во-первых, он убедительно обосновывает выбор цели и задач, которые поставила перед собой соискатель Н.Н. Федачук, а, во-вторых, свидетельствует о достаточной теоретической подготовке диссертанта.

*Вторая глава* содержит подробный анализ больных, которые находились под наблюдением автора в клинике хирургии факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБУЗ «Пермская краевая клиническая больница», методов обследования пациентов, алгоритма действий при лечении осложнений портальной гипертензии, вариантов эндоскопического и хирургического лечения и методов статистической обработки полученных цифровых данных. По прочтении главы становится ясным, что соискатель располагает вполне достаточным для обоснования выводов (фактическим материалом, изученным с помощью современных методов контроля).

В *главе 3* диссертант изучил эффективность применения эндоскопического склерозирования и лигирования варикозно расширенных вен пищевода у больных циррозом печени, осложненным портальной

гипертензией, в аспекте остановки и профилактики первичных и повторных кровотечений.

Как следует из материалов, приведенных в *третьей главе*, эффективность эрадикации варикозных вен пищевода под влиянием эндоскопических способов остановки пищеводных кровотечений при портальной гипертензии составила 84% - 89%. Ранние рецидивы кровотечения возникли и 16,7% наблюдений у пациентов с субкомпенсированной (класс В) и в 11,1% наблюдений у пациентов с декомпенсированной (класс С) стадиями цирроза печени. Однако через  $5,0 \pm 1,5$  месяцев после эндоскопического паравазального склерозирования этанолом и через  $7,0 \pm 1,0$  месяцев после эндоскопического титрования у всех наблюдаемых автором пациентов возник рецидив варикозной трансформации вен пищевода, осложненный повторным кровотечением.

Представленные в *главе 3* убедительные фактические данные, свидетельствующие о временном эффекте эндоскопического гемостаза, позволили соискателю сформулировать положение о необходимости динамического (один раз в 3 - 4 месяца; эндоскопического контроля в постманипуляционном периоде для своевременной коррекции лечебной программы.

В *главе 4* диссертант, опираясь на результаты изучения комплекса лабораторных тестов функционального состояния эндотелия (оксид азота, эндотелин-1, васкулоэндотелиальный фактор роста, количество десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови, гиалуроновая кислота и макрофагальный хемоаттрактантный белок - 1) в группах больных циррозом печени, желчнокаменной болезнью, хроническим вирусным гепатитом С и очаговыми заболеваниями печени убедительно показал, что вышеперечисленные маркеры эндотелиальной деструкции, воспаления и фиброза объективно отражают тяжесть функциональных и морфологических изменений в печени.

При циррозе печени с исходе хронического вирусного гепатита С дисфункция эндотелия проявлялась достоверным снижением уровня выработки оксида азота, повышением концентрации эндотелина - 1, количества десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови, гиалуроновой кислоты и васкулоэндотелиального фактора роста, а концентрация макрофагального хемоаттрактантного белка - 1 не отличалась от значений контрольной группы.

Подводя итоги *четвертой главы*, следует признать, что определение вышеперечисленных маркеров эндотелиальной дисфункции, фиброза и воспаления может помочь в комплексной дифференциальной диагностике цирроза печени вирусной этиологии и хронического вирусного гепатита С.

В *главе 5* автором подробно освещены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения 51 больною портальной гипертензией на высоте пищеводно желудочного кровотечения с применением модифицированной операции Sugiura Futagawa. В полном объеме



рассмотрен весь спектр изучаемых вопросов: клиническая характеристика больных; особенности технического исполнения операции Sugiura - Futagawa в модификации клиники: характер осложнений в раннем послеоперационном периоде; основные причины наступления летальных исходов; отдаленные результаты хирургического вмешательства.

В целом по прочтении *пятой главы* становится ясным, что разработанная соискателем модификация операции позволила ему снизить риск: повторных кровотечений за счет' максимально допустимой деваскуляризации желудка с сохранением только правых желудочных и правых желудочно - сальниковых сосудов, Применение циркулярных сшивающих аппаратов позволило упростить операцию в техническом отношении и прошивать варикозно расширенные вены по всей окружности пищевода. Использование на этапе выполнения фундопластики штанги сшивающего аппарата в качестве каркаса для укутывания зоны эзофагоэзофагоанастомоза дало диссертанту возможность уменьшить число послеоперационных осложнений.

Благодаря взвешенной, продуманной лечебной тактике одно- и трехлетней выживаемость у тяжелейших больных циррозом печени составила 90% и 60% соответственно. У всех выживших больных циррозом печени в течение года после выписки и у 60% - в сроки от двух до восьми лет не было рецидивов кровотечения. Это несомненный успех. Вместе с тем хотелось бы знать качество жизни этих пациентов, степень их трудоспособности, зависимость от поддерживающей терапии. Ведь после спасения жизни встает задача достижения приемлемого качества жизни и, по возможности, восстановления трудоспособности.

Как бы то ни было, результаты, приведенные автором в *пятой главе*, убедительно свидетельствуют об эффективности модифицированной операции Sugiura - Futagawa для остановки пищеводно - желудочного кровотечения, возможности достижения удовлетворительных ближайших и отдаленных результатов.

В *главе 6* соискатель очень подробно, с большой тщательностью, изучил результаты оперативного лечения 20 пациентов с синдромом портальной гипертензии, подвергшихся хирургической декомпрессии воротной системы в плановом порядке с целью первичной и вторичной профилактики пищеводно - желудочных кровотечений. Диссертант представил убедительные фактические данные, свидетельствующие о том, что годовичная выживаемость после портокавального шунтирования в исполнении автора составила 100%, а эрадикация варикозных вен в пищеводе и желудке - 84,2%.

Результаты, полученные соискателем, позволяют рекомендовать уровень гемоглобина и общего белка перед хирургическим вмешательством в качестве патогенетически обоснованных предикторов оценки риска возникновения послеоперационных осложнений, а уровень АЛТ до хирургического вмешательства и число эритроцитов после него -

эффективности силеноренальных анастомозов в отдаленном периоде в лечении гиперспленизма.

Диссертационное исследование вполне логично завершается «обсуждением» и «заключением». Хотя, по мнению оппонента, без особого ущерба для диссертации можно было бы объединить оба этих раздела в один «обсуждение полученных результатов», ибо и там и там диссертант повторяет основные положения проделанной работы.

Регистрация в процессе предложенного автором динамического мониторинга лабораторных маркеров эндотелиальной дисфункции, воспаления и фиброза в виде снижения уровня выработки оксида азота, повышения концентрации эндотелина - 1, гиалуроновой кислоты, васкулоэндотелиального фактора роста и количества десквамированных энд./е. тиюцитов при нормальной концентрации макрофагального хемоат грактантного белка - I. позволила соискателю говорить о перестройке сосудистой архитектоники печени, прогрессировании фиброза на фоне эндотелиальной дисфункции и слабо выраженного макрофагального воспалительного процесса.

По мнению, диссертанта, эффект от эндоскопических методов гемостаза носил временный характер и не превышал 5 - 7 месяцев после процедуры.

Не эффективность эндоскопических вмешательств в 'отсутствии условий для портокавального шунтирования, тромбозе шунта и продолжающемся кровотечении побудили автора к выполнению модифицированной операции Sugiura - Futagawa. Суть предложенной модификации заключалась в выполнении вмешательства только через лапаротомный доступ; предельно допустимой деваскуляризации пищевода и проксимального отдела желудка: замене пилоропластики гастроэнтероанастомозом: фундопликации по Ниссену без извлечения циркулярного сшивающего аппарата из пищевода. В руках соискателя модифицированная операция Sugiura Futagawa позволила добиться надежной остановки пищеводно - желудочного кровотечения у всех прооперированных больных с удовлетворительными ближайшими и отдаленными результатами.

Наконец диссертантом получены удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты выполнения портосистемных шунтирующих операций.

Однако в заключительных разделах диссертации хотелось бы увидеть больше материалов, посвященных обсуждению дискуссионных, нерешенных вопросов рассматриваемой проблемы.

Текст всех глав диссертации отражает высокую эрудицию автора по важнейшим вопросам рассматриваемой проблемы.

Все поставленные перед собой задачи соискатель решил в полном объеме.

*Выводы* работы конкретны, обоснованны, соответствуют поставленным задачам и логично вытекают из анализа результатов проведенного исследования,

*Практические рекомендации* диссертанта по использованию разработанных оптимальных подходов к выбору методов эндоскопического гемостаза, хирургической коррекции путем шунтирующих или модифицированной операции азиго-портального разобщения, предикторов недостаточной коррекции явлений гиперспленизма в отдаленном периоде и маркеров эндотелиальной дисфункции, фиброза и воспаления обоснованы, логически вытекают из выводов, носят прикладной характер, заслуживают внимания клиницистов и могут быть использованы в учреждениях здравоохранения, занимающихся хирургическим лечением больных портальной гипертензией различного генеза.

Автореферат и публикации адекватно отражают все основные положения диссертационного исследования.

Принципиальных замечаний по существу представленных в диссертационном исследовании материалов клинических и специальных исследований нет. Однако по ходу изучения диссертации \ оппонента возникли некоторые вопросы:

1. Общеизвестно, что установка зонда - обтуратора Sengstaken - Blakemore в качестве мероприятия первой помощи при пищеводно - желудочном кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода ! авноценна наложению давящей повязки на кровоточащую варикозно расширенную вену нижней конечности. Зонд - обтуратор неэффективен только в случае, если кровоточащая вена расположена в фундальном отделе желудка. Не случайно, видимо, и в решениях Международного консенсуса по перспективным направлениям в диагностике и лечении портальной гипертензии (Baveno V, 2010) злил - обтуратор рекомендуется использовать как временную мер)' при продолжающемся массивном кровотечении. В нашей клинике, например, после эндоскопической верификации пищеводного характера кровотечения зонд - обтуратор Sengstaken - Blakemore устанавливаю! всем пациентам. В Ваших же наблюдениях зонд - обтуратор Sengstaken - Blakemore был применен только у 35 (68,6%) из 51 больного с пищеводно желудочным кровотечением. Это принципиальная позиция или же это связано с какими то организационными проблемами или недоработками?

2. Гиперспленизм в настоящее время не считается настоятельным показанием к спленэктомии, ибо повышение числа тромбоцитов и лейкоцитов после удаления селезенки не влияет на течение портальной тп ертензии, а в ряде случаев ухудшает прогноз болезни. Спленэктомию можно признать оправданной операцией, без которой основное вмешательство оказалось бы неосуществимым в случаях, когда слишком большие размеры селезенки препятствуют прямому вмешательству на варикозно расширенных венах пищевода и желудка, выполняемому с

целью лечения или профилактики гастроэзофагеальных кровотечений, а портокавальный шунт не показан или невыполним. Мы в своей практике сузили показания к спленэктомии, ограничив их наличием сегментарной внепеченочной портальной гипертензии. когда основным проявлением болезни являются профузные кровотечения из варикозно расширенных вен свода желудка в результате непроходимости селезеночной вены и наличием артериовенозной фистулы между селезеночной артерией и селезеночной веной. В Ваших же наблюдениях у 54 (76,1%) из 71 прооперированных пациентов в обязательном порядке выполняли спленэктомию. Насколько оправдан такой радикальный подход?

3. Одной из основных причин послеоперационной летальности больных после наложения дистального спленоренального анастомоза по W. Warren является острый панкреатит, приводящий к тромбозу анастомоза и рецидив) кровотечения из варикозно расширенных вен. Общеизвестно, что это осложнение связано с необходимостью максимальной мобилизации селезеночной вены, часто ведущей к травме поджелудочной железы. На нашем клиническом материале после шунтирующих операций в различных модификациях, выполненных в плановом порядке в связи с высоким риском возникновения пищевода - желудочного кровотечения, острый послеоперационный панкреатит развился в 9,1% наблюдений после дистального спленоренального анастомоза по W. Warren и в 4,5% наблюдений после спленоренального анастомоза «Н» - типа с сосудистой вставкой. При затруднениях, связанных с глубоким расположением селезеночной вены в толще поджелудочной железы от этих видов портокавального шунтирования мы вынуждены отказываться. Как следует из анализа Вашего клинического материала, наложение дистального спленоренального анастомоза Вы целенаправленно дополняли панкреатической дисконнекцией (отделением селезеночной вены от поджелудочной железы) и при этом ни одного острого послеоперационного панкреатита не получили. Все осложнения были связаны с развитием кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, сосудов брюшной стенки и брюшной полости. За счет чего Вам удалось добиться таких замечательных результатов?

4. Портокавальный шунт при внепеченочной портальной гипертензии - в настоящее время общепризнанная операция. Даже при максимальном шунтировании после нее фактически не наблюдается развития печеночной энцефалопатии. Данное вмешательство практически всегда приводит к полному выздоровлению, как правило, молодых, трудоспособных людей. Мы обладаем клиническим опытом девятилетнего наблюдения за 8 больными с внепеченочной портальной гипертензией, которым был наложен мезентерикокавальный анастомоз с верхней брыжеечной веной с полной редукцией клинической симптоматики. Что побудило Вас у 6 (1 1,8%) пациентов с диагностированной внепеченочной портальной гипертензией в результате врожденной аномалии воротной

вены или ее тромбоза выполнить операцию азигопортального разобщения в достаточно травматичном варианте Sugiura - Futagawa, тем более что 0 шн из прооперированных Вами больных все таки погиб? Как с Вашей точки зрения можно патогенетически объяснить достигнутые результаты после операции Sugiura Futagawa у пациентов с внепеченочной портальной гипертензией. У пациента возникло препятствие току крови на уровне воротной вены. Организм нашел обходной путь для снижения портального давления. Вы этот путь искусственно полностью перекрыли и после этого все стало хорошо: ни у одного больного из 35 обследованных в отдаленном периоде рецидива кровотечения не было в сроу: от 3 месяцев до 13 лет и т.п. В то же время при оценке эффективности эндоскопических методов остановки кровотечения, когда обходной путь тока крови перекрывается далеко не в таком полном объеме как при операции Sugiura Futagawa, давление в воротной системе, по Вашим же данным, не снижается, а безрецидивный период составляет в среднем 5 месяцев при "):\ и 7 месяцев при ЭС.

5. На стр. 74 приведено достаточно спорное утверждение автора о том, что в отсутствие условий для шунтирования, тромбозе шунта и при продолжающемся кровотечении модифицированная операция Sugiura - Futagawa позволяет добиться удовлетворительных ближайших и отдаленных результатов даже у крайне тяжелых больных. В связи с этим у оппонента возник еще один вопрос. Почему)', в то время как во всем мире аксимой является постулат о том, что при наличии симптомов декомпенсации функции печени от операции следует воздержаться и необходимо применить малоинвазивные технологии, у 24 (53,3%) пациентов некомпенсированным (класс С по Child-Pugh) циррозом печени, когда операционный риск летального исхода от полиорганной недостаточности был очень высок. Вы сознательно шли на вмешательства, которые по Вашим же данным отличались особой травматичностью и сложностью, со средним объемом кровопотери  $1312,5 \pm 945.6$  мл? Тем более, что полученные Вами результаты говорят сами за себя. Судя по представленным в диссертации данным, наибольшее количество осложнений, а именно 62.5%, автор наблюдал в группе пациентов декомпенсированным (класс С по Child-Pugh) циррозом печени, а легальность после операции Sugiura - Futagawa у этих больных составила 5 12%.

### З А К Л Ю Ч Е Н И Е

Диссертация Федачук Натальи Николаевны «Оценка эффективности хирургического лечения осложнений портальной гипертензии». выполненная под руководством доктора медицинских наук профессора Котельниковой Людмилы Павловны, по своей актуальности, новизне, практической значимости, обоснованности положений и выводов, современному научно -

методическому уровню проведенного исследования и соответствии материалов специальности 14.01.17 - хирургия, является самостоятельной, законченной научной квалификационной работой, в которой содержится решение задачи - улучшения результатов хирургического лечения больных с портальной гипертензией, имеющей существенное значение для клинической хирургии, что соответствует требованиям **ВАК** РФ п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней и присвоения ученых званий» Постановления Правительства РФ № 842 от 24.09.2013 года, предъявляемым к кандидатским диссертациям.

Несомненно, автор Федачук Наталья Николаевна заслуживает присуждения искомой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17- хирургия.

Заведующий кафедрой скорой медицинской помощи,  
медицины катастроф и мобилизационной подготовки  
специалистов здравоохранения

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

главный внештатный хирург Министерства здравоохранения  
Республики Татарстан.

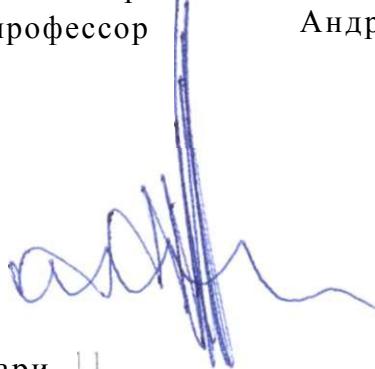
заместитель главного врача по хирургии

ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани,

Заслуженный врач Республики Татарстан.

доктор медицинских наук, профессор

Андреи Юрьевич Анисимов



г. Казань, 420012, ул. Муштары. 11

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

сайт организации в сети интернет: <http://kgma.nTlo/>

контактный тел.: 8 (843) 221 36 70,