

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ФГБОУ ВО Тюменский

ГМУ Минздрава России,

доктор медицинских наук,

доцент Петров И.М.



«____» _____ 2023 г.

ОТЗЫВ ВЕДУЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

по диссертации **Борота Александра Александровича** на тему:
«Реконструктивно-пластическая хирургия осложнённых форм язвенного колита», представленной к защите в диссертационный совет Д 01.012.04 на базе Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» на соискание ученой степени доктора медицинской наук по специальности 3.1.9 - хирургия

Актуальность диссертационного исследования

Язвенный колит и его осложнения — одна из самых актуальных проблем в современной колопроктологии, с очевидной тенденцией увеличения случаев выявляемости. Радикальной операцией при тяжелом язвенном колите является колонпроктэктомия, при которой излечение достигается ценой наложения постоянной илеостомы. Учитывая калечащий характер данного хирургического вмешательства, и малоутешительные результаты хирургического лечения, не говоря о возникающей инвалидизации пациентов, большинство хирургов считают операцией выбора при лечении ЯК тотальную колонпроктэктомию с одномоментной илеоректостомией путем формирования илеоанального анастомоза с J-образным резервуаром из подвздошной кишки.

Достижение максимально быстрой и стойкой клинической ремиссии у пациентов с тяжелой формой язвенного колита за счет оптимизации тактики

консервативного лечения, определение оптимальных сроков хирургического этапа вмешательства, уменьшение количества интра- и послеоперационных осложнений и увеличение вероятности выполнения первичных и отсроченных реконструктивно-восстановительных операций с достижением полной ремиссии в отдаленном периоде и представляет собой актуальную проблему.

Проведенный соискателем анализ современной отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о том, что у пациентов с тяжелым течением язвенного колита используется эмпирический подход как к необходимости оперативного вмешательства, так и в выборе оперативного пособия. Это позволяет утверждать, что тактика хирургического лечения осложненных форм язвенного колита практически не разработана. Остаются не изученными отдаленные результаты как двухэтапного, так и одномоментного хирургического лечения, крайне мало данных о функциональном состоянии сформированного в ходе реконструктивно-пластических вмешательства илеоректоанастомоза.

Решение этих вопросов позволит обосновать необходимость целенаправленной разработки способов консервативного и оперативного лечения больных с тяжелыми и осложненными формами язвенного колита, расширить показания к реконструктивно-пластическим операциям и, тем самым, улучшить результаты их лечения.

Научная новизна диссертационного исследования

В ходе исследования на основании системного подхода изучены и оптимизированы схемы гормональной терапии и периоперационное ведение пациентов с тяжёлыми и осложненными формами язвенного колита.

В работе дополнены уточненные показания к хирургическому лечению пациентов с тяжёлыми и осложненными формами язвенного колита.

Впервые разработана и применена высокочастотная электротермическая мукозэктомия культи прямой кишки при выполнении колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара,

илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией, как эффективный способ, который позволяет исключить проявления резидуального язвенного колита в культе прямой кишки, что доказано при динамическом патогистологическом и иммуногистохимическом исследованиях.

Впервые разработан и применен способ формирования илеопouchректального анастомоза с наложением кисетного шва на культю прямой кишки при выполнении колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки и протективной илеостомии, который позволяет исключить несостоятельность швов анастомоза.

Дана оценка диагностической значимости различных инструментальных методов обследования в послеоперационном наблюдении за пациентами, которые перенесли реконструктивно-пластические операции по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита.

В исследовании изучено качество жизни пациентов, оперированных в реконструктивно-пластическом объёме по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита.

Практическая значимость результатов диссертационного исследования

На основании выявленных причин неудовлетворительных результатов предшествующего лечения в клинике определены роль и место глюкокортикостероидной терапии в комплексе лечения тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита.

Автором уточнены и дополнены показания к своевременному хирургическому лечению пациентов с язвенным колитом, которые приводят к повышению возможности выполнения вмешательств в реконструктивно-пластическом объёме.

Определен оптимальный вариант реконструктивно-пластического вмешательства при язвенном колите – колонпроктэктомия с формированием

J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией, который позволяет пациентам восстановить естественный пассаж кишечного содержимого, что существенно улучшает качество жизни, социальную адаптацию и эстетический эффект в сравнении с вариантами постоянной илеостомии.

Соискателем оптимизировано периоперационное ведение пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита, что позволяет снизить риски ближайших и отдалённых осложнений.

Разработанный новый способ колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией позволяет полностью удалить слизистую оболочку культи прямой кишки, что исключает риск возникновения культи, как проявлений резидуального язвенного колита, в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде, и это доказано путём патогистологического и иммуногистохимического исследований. Функциональные результаты при этом не ухудшаются.

Разработанный новый вариант формирования илеоректального анастомоза путём наложения кисетного шва на культю прямой кишки при колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией позволяет исключить риск несостоятельности швов анастомоза. Функциональные результаты при этом не ухудшаются.

Показано, что непосредственные, отдаленные и функциональные результаты у пациентов при выполнении одноэтапной реконструктивно-пластической операции не отличаются от таковых при выполнении операции в несколько этапов.

Показана возможность выполнения лапароскопически-ассистированного этапа колонпроктэктомии с формированием J-образного

илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией при тяжёлых и осложнённых формах язвенного колита, результаты лечения которого не отличаются от традиционного хирургического пособия.

На основании результатов исследований доказано, что новые способы реконструктивно-пластических оперативных вмешательств характеризуются низким процентом интра- и послеоперационных осложнений и летальности, удовлетворительным уровнем медико-социальной реабилитации, удовлетворительным качеством жизни, что позволяет расширить показания к оперативному лечению язвенного колита.

Проведенные эндоскопические, рентгенологические, магнитно-резонансные, гистологические и иммуногистохимические инструментальные обследования морфофункционального состояния культи прямой кишки, зоны J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза после колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки показывают отсутствие проявлений резидуального язвенного колита в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде.

Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертации

В диссертации Борота А.А. показано, что для лечения средних и тяжёлых форм язвенного колита целесообразно своевременное применение схем глюкокортикостероидной терапии. А при развитии гормонрезистентной формы или при гистологическом подтверждении дисплазии слизистой оболочки стенки кишки средней или тяжёлой степени у пациентов с тяжёлыми формами язвенного колита целесообразно переходить к хирургическому этапу лечения.

Определено, что на этапе хирургического лечения предпочтение следует отдавать реконструктивно-пластическим видам операций.

Оптимальное хирургическое вмешательство у данной категории пациентов – колонпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией. Показано, что реконструктивно-пластические операции должны выполняться хирургами высокой квалификации, обладающими достаточным техническим опытом, при хорошем материальном оснащении и высоком уровне анестезиолого-реанимационной службы с адекватным ведением периоперационного периода.

В исследовании доказано, что в процессе колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеопouchректального анастомоза, протективной илеостомией целесообразно выполнять высокочастотную электротермическую мукозэктомию культи прямой кишки и формировать илеоректальный анастомоз с наложением кисетного шва на культю прямой кишки.

В случае технической невозможности одномоментного восстановления естественного пассажа кишечного содержимого следует разделять реконструктивно-восстановительное оперативное вмешательство на несколько этапов с формированием отдельных илео- и сигмостомы на первом этапе. В случае наличия достаточного технического опыта и оснащения можно выполнять лапароскопически-ассистированный этап.

А также показано, что в комплекс динамического послеоперационного наблюдения за пациентами, которые перенесли операции по поводу тяжёлых и осложнённых форм язвенного колита в реконструктивно-пластическом объёме, стоит включать МРТ прямой кишки.

Материалы диссертационной работы внедрены в практическую деятельность ДОКТМО МЗ ДНР г. Донецка, проктологического отделения ГБУ ЦГКБ № 16 г. Донецка МЗ ДНР, хирургического отделения ИНВХ имени В.К. Гусака МЗ ДНР г. Донецка, проктологического отделения №1 РОЦ имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР г. Донецка и проктологического отделения ГУ «ЛРКБ» МЗ ЛНР г. Луганска.

Полученные теоретические и практические данные используются в учебном процессе кафедры общей хирургии №1 Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького».

Оценка содержания и характеристика работы

Достоверность полученных результатов диссертации Борота А.А. доказывается представленными материалами, обработанными с использованием адекватных методов статистического анализа данных. Выводы работы обоснованы и достоверны, соответствуют поставленной цели и задачам исследования, базируются на анализе достаточного количества материала с применением современных методов исследования.

Аннотация логично структурирована. Отражает основное содержание диссертации и соответствует ее основным положениям и выводам. Результаты диссертационной работы Борота А.А. широко обсуждены в печати и в различных научных форумах. Результаты диссертационного исследования опубликованы в 45 научных работах, из них 15 статей в рецензируемых научных изданиях, 1 статья в специализированном научном издании, 3 декларационных патента, 1 рационализаторское предложение, 25 публикаций в материалах и тезисах конгрессов, съездов, конференций.

Структура и содержание работы

Структура и содержание диссертации находятся в логическом единстве и соответствуют поставленной цели. Диссертационная работа Борота А.А. изложена на 303 страницах машинописного текста. Состоит из введения и 7 разделов, анализа и обобщения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений, списка использованной литературы, содержащего 301 источник, из них 129 отечественных и 172 иностранных, и приложения.

В главе 1 (обзор литературы) детально проанализированы современные проблемы диагностики, консервативного и хирургического лечения язвенного колита. Приведены показатели распространённости заболевания,

этиологические и патогенетические аспекты факторы развития язвенного колита. Рассмотрены клинические критерии, современные диагностические методы обследования и приведены варианты медикаментозного и хирургического лечения, затронуты аспекты оценки качества жизни после операции.

Раздел проработан и представлен достаточным списком использованной литературы, который включает преимущественно статьи в ведущих изданиях до последние 5-10 лет. Это свидетельствует о том, что теоретические предпосылки диссертационного исследования основываются на самых последних достижениях современной медицины.

В главе 2 «Материалы и методы исследования» изложены характеристика пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита, который проходили лечение в клинике за 20-летний период с 2001 по 2021 годы. Описаны методы диагностики, которые применялись у данной категории пациентов в ходе проведенного исследования, а также методы статистического анализа.

В 3 главе детально описаны применяемые методы и варианты консервативной терапии и хирургического лечения у пациентов группы сравнения, проведен анализ и оценка результатов лечения, на основании которых было принято решение о необходимости смены тактики как консервативного, так и хирургического лечения.

Глава 4 посвящена подробному описанию предложенными автором изменениям в схемах консервативной терапии и особенностям ведения периоперационного периода у пациентов с тяжёлыми и осложнёнными формами язвенного колита.

В 5 главе диссертант детально описывает модификации и технические особенности реконструктивно-пластических вариантов операций при вышеуказанной патологии, которые защищены патентами на полезную модель, и имеют гистологическое и иммуногистохимическое подтверждение их эффективности.

В 6 главе подробно описано лечение данной категории пациентов с применением предложенных разработок в сфере как консервативного лечения, периоперационного ведения, так и хирургического этапа. Проанализированы результаты. Проведен анализ зависимости исхода операции от схем консервативного ведения.

Глава 7 показывает варианты инструментального объективного и субъективного наблюдения за пациентами, которые перенесли хирургическое лечение в реконструктивно-пластическом объёме. Поведена оценка эффективности различных методов обследования, анализ качества жизни и функциональных результатов.

Завершает диссертационную работу обобщение и анализ результатов исследования. Выводы соответствуют поставленным задачам, предложены практические рекомендации.

Общие замечания

В работе есть некоторые опечатки. Послеоперационные осложнения в группах возможно представить в виде сравнительного графика для наглядности. Но эти замечания не снижают научную ценность работы.

Заключение

Диссертация доцента кафедры общей хирургии № 1 Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» Борота Александра Александровича на тему: «Реконструктивно-пластическая хирургия осложнённых форм язвенного колита», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9 - хирургия, является завершённой научно-квалифицированной работой, выполненной лично автором, результаты которой имеют существенное значение для современной колопроктологии.

Выводы и рекомендации достаточно обоснованы.

По своей актуальности, научной новизне, объёму исследования, значению для теоретической и практической медицины диссертация

полностью соответствует требованиям п.9 «Положения о присуждении учёных степеней», утверждённого постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. №842 (в ред. Постановления Правительства РФ от 21.04.2016 г. №335), предъявляемых к диссертациям на соискание учёной степени доктора медицинских наук, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9 – хирургия.

Отзыв обсужден и одобрен на заседании кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России (протокол № 5 от 16.12.2022 г.).

Заведующий кафедрой общей хирургии
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор

 Ф.Ш. Алиев

Даю согласие на автоматизированную обработку
персональных данных _____

 Ф.Ш. Алиев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тюменский государственный медицинский
университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации
625023, г. Тюмень, Одесская ул. Д. 54
Телефон: +7 (3452) 20-21-97; факс: +7 (3452) 20-62-00
Электронный адрес: tgmu@tyumsmu.ru

Подпись заведующего кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО Тюменский
ГМУ Минздрава России, д.мед.н., профессора Алиева Фуада Шамильевича
заверяю:

Ученый секретарь ФГБОУ ВО
Тюменский ГМУ Минздрава России



 С.В.Платицына