

ОТЗЫВ

на автореферат диссертации Рузбойзода Кахрамона Рузбой на тему «Патогенетически обоснованное и персонафицированное лечение больных с механической желтухой доброкачественного генеза» на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности

3.1.9. Хирургия.

Тема диссертационной работы является современной и актуальной.

Механическая желтуха (МЖ), являясь тяжёлым осложнением заболеваний, вызывающих нарушение проходимости магистральных желчных протоков, значительно ухудшает состояние пациента вследствие возникновения печёчно-почечной недостаточности, тромбогеморрагического синдрома и нередко холангита (Вишневский В. А. и др., 2011; Гальперин Э. И., 2011; Майстренко Н. А. и др., 2011). Лечение МЖ, основанное на современных достижениях медицины, в настоящее время представляет большой раздел хирургии. Выбор открытого или минимально инвазивного вмешательства определяется, прежде всего, первичной патологией и её локализацией в гепатопанкреатобилиарной зоне, а также функциональным состоянием печени (Багненко С. Ф. и др., 2007; Шевченко Ю.Л. и др., 2011). Тем не менее, многообразие и различие тяжести нозологических форм, вызывающих возникновение МЖ, необходимость учёта возраста, а также нередкую отягощённость сопутствующей патологией, не всегда позволяет однозначно высказаться в пользу определенного вида операции. Поэтому ряд вопросов хирургической тактики при МЖ остаются предметом дискуссий (Скипенко О. Г. и др., 2011). Внедрение и совершенствование минимально инвазивных ретроградных рентгеноэндоскопических и антеградных интервенционных технологий кардинально изменило тактику лечения больных с МЖ. С помощью этих методик во многом решается проблема лечения холедохолитиаза, являющегося наиболее частой причиной МЖ (Котовский А. Е. и др., 2010; Шаповальянц С. Г. и др., 2011).

Включение в комплексную предоперационную подготовку современных методик билиарной декомпрессии значительно расширило возможности выполнения сложных высокотехнологичных радикальных хирургических вмешательств у наиболее тяжёлой группы больных (Кононенко С. Н. и др., 2011; Liu F. et al., 2011). Разработка новых приёмов и технических средств, а также усовершенствование инструментария становится очередным поводом для появления публикаций о преимуществах или недостатках различных методов билиарной декомпрессии. До настоящего времени ведутся исследования, направленные на разработку наиболее информативных параметров оценки резервов печени для прогнозирования степени периоперационной печёночной недостаточности, особенно при выполнении сложных радикальных вмешательств (Shoup M. et al., 2013).

Следовательно, результаты многих исследований свидетельствуют, что хирургическая тактика при МЖ остается многовариантной, требующей новых подходов к лечению.

В этой связи представленная диссертационная работа посвящена важной и актуальной теме – патогенетически обоснованного и персонифицированного лечения больных с механической желтухой доброкачественного генеза.

Автором проведен детальный анализ комплексного лечения 430 больных, которым применялись персонифицированный подход с учетом этиологии МЖДГ с применением двухэтапных методов лечения и с использованием миниинвазивных технологий и усовершенствованных методов, а также традиционные, одномоментные радикальные хирургические вмешательства.

Автором применены современные методы исследования, как УЗИ, УЗИ с цветным дуплексным картированием, компьютерная и магнитно-резонансная томография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная чреспеченочная холангиография и эндоскопическая ультрасонография.

В диссертации на большом клиническом материале доказано, что мере прогрессирования тяжести МЖДГ (класс В и С) наблюдаются значительные и выраженные биохимические и морфофункциональные изменения, нарушения кровообращения в печени, прямо коррелирующее с тяжестью печеночной недостаточности.

Автором для клинической практики предложено, что выбор способа и метода миниинвазивного декомпрессивного вмешательства в каждом конкретном случае имеет строго дифференцированный подход и зависит от степени тяжести синдрома механической желтухи, уровня обструкции, причин МЖ, а также наличия или отсутствия выраженности печеночной недостаточности, печеночной энцефалопатии, наличия других осложнений МЖДГ (билиарный сепсис, холангит, абсцессы), возраста пациентов и наличия сопутствующих патологий.

Внедрен в практику алгоритм диагностики МЖДГ, позволяющий уменьшить количество диагностических ошибок, и определить рациональную лечебную тактику.

Предложены объективные критерии пациентоориентированного подхода к лечению больных МЖДГ.

Разработан способ поперечного холедоходуоденоанастомоза для профилактики развития синдрома «слепого мешка» и «регургитационного холангита» и способ формирования регепатикоеюноанастомоза при рубцовых сужениях гепатикоеюноанастомоза, осложненных механической желтухой.

Диссертантом определены критерии способов и темпа декомпрессии желчных путей после проведения миниинвазивных и традиционных вмешательств, снижающих частоту развития синдрома быстрой декомпрессии.

