

О Т З Ы В

официального оппонента доктора медицинских наук, профессора Анисимова Андрея Юрьевича, заведующего кафедрой скорой медицинской помощи, медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главного внештатного специалиста эксперта хирурга Министерства здравоохранения Республики Татарстан, заместителя главного врача по хирургии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани о научно-практической ценности диссертационной работы Любивога Евгения Дмитриевича «Синдром внепеченочной портальной гипертензии у взрослых (патогенез, диагностика, лечение)», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия

Актуальность избранной темы.

Диссертационная работа Евгения Дмитриевича Любивога посвящена одной из наболевших проблем в хирургии органов брюшной полости – совершенствованию методов хирургического лечения больных с синдромом внепеченочной портальной гипертензии вследствие тромбоза воротной вены – второй после цирроза печени причине портальной гипертензии.

Действительно, более столетия прошло со времени, когда в 1877 году, для снижения высокого портального давления в экспериментах на собаках российским хирургом Н.В. Экком был предложен прямой портокавальный анастомоз, а в 1882 году E. Vidal, портокавальный анастомоз был впервые выполнен у больного с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, существенно улучшились наши технические возможности, но мало изменилось представление о драматичном и всегда трудном прогнозе в течении этого заболевания. И хотя внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ) — довольно редкое заболевание, лечение его стало перспективным лишь в последние годы благодаря достижениям хирургии, а также разработке новых инструментальных методов диагностики и лечения (эндоскопия, эходоплерография, контрастные методы исследования сосудов и др.).

И сегодня, в первой четверти XXI века, трудно назвать другую такую проблему в клинической хирургии столь запутанную диаметрально противоположными рекомендациями по лечебной тактике, неоднозначной оценкой эффективности разнообразных методов лечения, как проблема внепеченочной портальной гипертензии.

Следует сразу оговориться, что термин «внепеченочная портальная гипертензия» не совсем правильный, поскольку не отражает причину заболевания, а говорит лишь о его последствиях. Однако, учитывая его

международное признание (extrahepatic portal hypertension), более точное определение «внепеченочная блокада портального кровообращения» сегодня уступает место общепринятой терминологии.

Факторы риска внепеченочного тромбоза воротной вены разделяют на системные: наследственные и приобретенные тромбофилии (60% - 70%); и локальные: воспалительные заболевания брюшной полости, травмы, операции и пр. (20% - 40%).

Не смотря на высокую толерантность к кровотечениям и низкий уровень летальности (уровень 5-летней летальности - ниже 10%), связанный большей частью с сопутствующей патологией, а не с осложнениями портальной гипертензии, лечение острых пищеводно-желудочных кровотечений было и остается одной из наиболее важных проблем ВПГ.

Так в Республике Татарстан, с числом населения 3 млн. 779,3 тыс. человек, за последние шесть лет в структуре причин смерти экстренных хирургических больных до 15,6% составляют пациенты с пищеводно - желудочными кровотечениями портального генеза, которое являются основным, но, как правило, запоздалым, показанием к хирургическому лечению синдрома портальной гипертензии. В отдельных случаях кровотечения могут носить очень агрессивный характер: с трудом удается компенсировать кровопотерю или после временной остановки оно вновь возобновляется. Теоретически лечение таких кровотечений желательно проводить в отделениях реанимации или интенсивной терапии специализированных стационаров, занимающихся этой проблемой. Однако на практике лечение чаще всего проводится в обычном хирургическом отделении.

На рубеже 80 - 90-х годов XX столетия сформировались основные направления хирургической тактики в лечении пациентов с внепеченочной портальной гипертензией. Как известно, портокавальное шунтирование является наиболее радикальным методом лечения, избавляя больного от варикозных кровотечений и других осложнений. Проявления печеночной энцефалопатии являются редким явлением и носят субклинический характер. Эндоскопическое лигирование является эффективным методом первичной и вторичной профилактики варикозных кровотечений и должно быть дополнено назначением неселективных β -адреноблокаторов.

Тем не менее, вопросы выбора наиболее приемлемого метода и срока выполнения хирургической декомпрессии портальной системы, до сих пор остаются дискуссионными.

Таким образом, сегодня абсолютно ясно, что больного внепеченочной портальной гипертензией нельзя лечить шаблонно. Однако единой программы лечения подобных пациентов до сих пор не выработано. Приведенный в отдельных работах алгоритм лечебных действий при кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка дискуссионен 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 хирургической 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 внепеченочной портальной гипертензией, 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 лечебной программы у больных с синдромом внепеченочной 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 исследования.

Автор обладает результатами клинического анализа 285 пациентов с внепеченочной портальной гипертензией, в исходе тромбоза сосудов портальной системы, позволившими обосновать основные научные положения исследования. 95 (33,3%) из них имели различные виды наследственной тромбофилии и их сочетания. 86 (30,2%) – приобретенную тромбофилию. У 104 (36,5%) признаки тромбофилии отсутствовали. Оперативное лечение было выполнено 212 (74,4), эндоскопическое – 38 (13,3%), консервативная терапия – 35 (12,3%) пациентам.

В диссертации Е.Д. Любивога привлекают несколько принципиально важных позиций, убедительно заявленных соискателем.

Прежде всего, на наш взгляд, представляется абсолютно обоснованным заключение диссертанта о том, что комплексное лечение пациентов с ВПГ следует осуществлять в специализированных хирургических центрах с обязательным участием специалистов – гематологов, а при выборе лечебной программы необходимо учитывать исходное наличие у больных фоновых протромботических состояний: наследственной или приобретенной тромбофилии.

Второе принципиальное положение заключается в том, что у больных с ВПГ решающее значение в аспекте профилактики рецидивов тромбозов сосудов воротного бассейна и прогрессирования заболевания имеет длительная антикоагулянтная терапия.

Третья привлекательная сторона диссертации Е.Д. Любивога нам представляется в том, что уменьшение частоты осложнений и повторных оперативных вмешательств возможно благодаря предложенному послеоперационному мониторингу, в том числе эндоскопическому и ультразвуковому, позволяющему своевременно оценивать динамику течения заболевания и эффективность хирургической коррекции.

И наконец, увеличение объемов и качества специализированной хирургической помощи пациентам с ВПГ стало возможным, во – многом, благодаря изменениям, внесенным по инициативе диссертанта в нормативные документы Министерства здравоохранения Российской Федерации, определяющие порядки оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В разделе «**Научная новизна**», на стр. 10 автор в достаточно категоричной форме утверждает, что «...научная новизна исследования заключается в разработке методологических подходов к формированию и дальнейшему совершенствованию системы хирургической помощи контингенту больных с ВПГ». В связи с этим у оппонента возник первый вопрос.

Вопрос 1.

Система оказания помощи больным подразумевает правила ее оказания в медицинских организациях. Правила же оказания хирургической помощи в Российской Федерации законодательно определены в приказе Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия». Позволю себе кратко напомнить, что согласно этого приказа, медицинская помощь по профилю «хирургия» оказывается в виде: первичной медико-санитарной; скорой, в том числе скорой специализированной, и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Она может оказываться в следующих условиях: амбулаторно; в дневном стационаре и стационарно. При наличии медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление больного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации. При наличии медицинских показаний к проведению реабилитационных мероприятий больные направляются в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации. Какие «методологические подходы по

совершенствованию» этой системы автор имел в виду, говоря о научной новизне исследования?

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации.

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), лабораторных (общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови на общий белок, альбумин, свободный и связанный билирубин, активность трансаминаз, глюкозу, креатинин, щелочную фосфатазу, γ -глутамилтранспептидазу, α -амилазу, креатинин; коагулографическое исследование АЧТВ, ПТИ, МНО, фибриногена, агрегации тромбоцитов, тромбоэластографии) и инструментальных (электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия) методов обследования удачное сочетание современных, объективных и высокоинформативных методов контроля за гомеостазом (комплекс лабораторных тестов на наличие фонового протромботического состояния, в том числе, анализ полиморфизма генов системы свертывания крови (мутация G20210A гена II фактора (протромбина), мутация G506A гена V фактора (Leiden), полиморфизма генов ингибитора активатора плазминогена (PAI-I), генов ферментов фолатного обмена (метилентетрагидрофолатредуктазы, метионинсинтазы и редуктазы метионинсинтазы), факторов свертывания VII и XII, фибриногена, тромбоцитарного рецептора фибриногена, тромбоцитарного гликопротеина 1 β , интегрин α -2, P-селектин-лиганда гликопротеина (CD 162), C-реактивного белка. Молекулярно-генетическое исследование ДНК образцов венозной крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Трепанобиопсия красного костного мозга подвздошной кости с окраской гематоксилином и эозином, ШИК-реакция, методом Ван-Гизон, импрегнацией срезов по методу Гомори. Выявление волчаночного антикоагулянта, повышенного титра антикардиолипидных антител классов IgM и IgG, антител классов IgM и IgG к β -2-гликопротеину); ультразвуковое исследование органов брюшной полости; ультразвуковая доплерография сосудов брюшной полости на аппаратах «Aloka» (Япония) и «Siemens» (Германия); МСКТ-ангиография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием на рентгеновских мультиспиральных компьютерных томографах «Toshiba Aquilion One» (Япония) и «Siemens Definition Flash» (Германия); интраоперационная краевая биопсия печени с последующим морфологическим исследованием печёночного биоптата).

Во - вторых, достаточным по объему (285 пациентов с внепеченочной портальной гипертензией, которым были выполнены различные варианты эндоскопического и хирургического лечения) материалом исследования.

В - третьих, использованием для обработки полученных результатов адекватных методов математической статистики, в том числе с использованием критериев Шапиро – Уилка, Колмогорова – Смирнова, U - критерия Манна – Уитни, Н – критерия Крускала – Уоллиса, критерия кси – квадрат, показателя отношения шансов, метода Каплана – Майера и F – критерия Кокса.

- **Значимость результатов для науки и практики.**

Автором систематизированы особенности хирургической тактики данной категории больных, что позволило разработать алгоритм ведения пациентов с внепеченочным тромбозом воротной вены в различных клинических ситуациях: при наличии и отсутствии признаков острого пищевода – желудочного кровотечения.

Диссертантом обосновано определение показаний к операции на основании учета этиологического фактора тромбоза, данных эндоскопического, ультразвукового исследований и ангиотомографии.

По данным соискателя, портокавальное шунтирование является радикальным способом коррекции внепеченочной портальной гипертензии. При отсутствии возможности выполнения шунтирующих операций для профилактики пищевода – желудочного кровотечения целесообразны различные варианты азигопортального разобщения, в том числе эндоскопическое лигирование или склеротерапия, операция М.Д. Пациора.

Автором научно обосновано сочетание антикоагулянтной и цитостатической терапии у пациентов с внепеченочной портальной гипертензией, имеющих заболевание системы крови.

Несомненным достоинством рецензируемой работы в практическом аспекте является снижение в результате использования предложенного диссертантом комплекса лечебно – диагностической программы частоты эрозивных кровотечений в 2,3 раза, варикозных кровотечений – в 2,6 раза, числа тромбоэмболических осложнений – в 14 раз, частоты выполнения повторных вмешательств – в 7,8 раз, увеличение трехлетней кумулятивной выживаемости – на 5,4%, пятилетней выживаемости – на 8,5%.

Рекомендуемая длительная комплексная антикоагулянтная и цитостатическая терапия, судя по данным соискателя, способствовала повышению выживаемости на 25%, снижению частоты пищевода – желудочных кровотечений в 1,5 раза, тромбоэмболических осложнений – в 4 раза, частоты выполнения повторных операций в 3,9 раза.

Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую работу отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ

«Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского» на базе ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А. К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы».

Полученные результаты нашли отражение в материалах учебного процесса отдела научных программ и подготовки кадров ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского» и на кафедре госпитальной хирургии № 1 ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

По материалам диссертационного исследования опубликовано 50 печатных работ, в том числе 10 – в зарубежных изданиях, 10 – в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования РФ для публикаций основных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

Основные положения диссертации доложены на многочисленных конференциях, симпозиумах, съездах, конгрессах и консенсусах регионального, всероссийского и международного уровней за период с 2009 по 2015 годы.

В разделе «**Теоретическая и практическая значимость работы**», на стр. 11, автор утверждает, что им «...разработаны стандарты хирургической помощи данной категории больных, которые используются в практической деятельности специализированного отделения РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского, что позволяет оптимизировать технологию лечебно – диагностического процесса и выполнять экономические расчеты стоимости лечения». При знакомстве с этим тезисом, у оппонента возник еще один вопрос, который носит скорее организационный, управленческий характер.

Вопрос 2.

Разработанная в 2010 году модель стандартов представляет собой средний для каждого заболевания «прейскурант» на диагностику и лечение с обозначением средней востребованности в той или иной медицинской услуге, в том или ином лекарстве или изделии. При этом стандарт не предназначен для использования врачом при принятии решений по лечению конкретного пациента, потому что он не учитывает особенности течения заболевания, разные схемы и тактики лечения, а показывает только возможности применения того или иного компонента лечения. По словам министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой: «Российский опыт также показывает невозможность использования стандартов для тарификации медицинских услуг». Теперь Минздрав ориентируется на оплату медпомощи по клинико-статистическим группам и на лечение по национальным клиническим рекомендациям. 6 июня 2014 года, на заседании Общероссийской согласительной конференции по принятию Национальных клинических рекомендаций в г. Воронеж Российским обществом хирургов и Ассоциацией гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ были приняты «Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно

расширенных вен пищевода и желудка», которые и определяют варианты лечения пациентов в разных ситуациях. О каких конкретно разработанных Вами стандартах хирургической помощи идет речь в диссертации и чем Вас не устраивают официально признанные Минздравом РФ «Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка»?

Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертации.

Полученные автором данные позволяют рекомендовать лечение этой категории пациентов в специализированных хирургических центрах с привлечением специалистов - гематологов.

Целесообразна длительная антитромботическая профилактика с целью предупреждения рецидивов тромбозов портальной системы.

При выборе лечебной тактики следует осуществлять мониторинг данной категории больных, включающий эндоскопический и ультразвуковой контроль.

Целесообразно диспансерно - динамическое наблюдение больных с внепеченочной портальной гипертензией.

Оценка содержания работы.

Диссертация Е.Д. Любивога построена по традиционному плану и состоит из перечня принятых сокращений, введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, трех глав собственных исследований, выполненных на клиническом материале. Завершает работу заключение, в котором кратко суммируются и обсуждаются основные полученные результаты. За ним следуют выводы, практические рекомендации и список литературы, насчитывающий 71 отечественный и 348 зарубежных источников.

Во «**введении**» убедительно обоснована актуальность разработки оптимальных подходов к совершенствованию хирургической помощи больным с синдромом внепеченочной портальной гипертензии в исходе тромбоза воротной вены.

Для достижения конкретной, четко сформулированной цели автором логично выбран конкретный алгоритм действий, отраженный в восьми последовательно вытекающих друг из друга задачах: изучить значимость фоновых протромботических состояний как факторов риска хирургического лечения больных ВПГ и ТВВ; разработать алгоритм ведения пациентов с внепеченочным тромбозом воротной вены в различных клинических ситуациях (при наличии и отсутствии признаков острого желудочно - кишечного кровотечения); оптимизировать варианты хирургической тактики

лечения этого контингента больных; выполнить сравнительную оценку течения раннего послеоперационного периода у больных с ВПГ в зависимости от этиологических факторов заболевания и подхода к лечению; изучить особенности течения отдаленного периода после хирургического лечения больных с ВПГ в зависимости от использованного подхода к лечению; выполнить оценку клинической эффективности разработанного подхода к лечению данного контингента больных по показателям выживаемости и частоты осложнений; оценить значимость антикоагулянтной терапии у больных с ВПГ в отношении эффективности хирургического лечения; разработать предложения по совершенствованию комплекса диагностических исследований для подтверждения диагноза ВПГ.

Первая глава традиционно посвящена «*обзору литературы*», в котором диссертант успешно избежал очевидной опасности попытаться объять необъятное и «утонуть в море» материала по данной проблеме. Исходя из того, что диссертационное исследование Е.Д. Любимого основано на анализе пула больных ВПГ в исходе внепеченочного тромбоза воротной вены, в основу литературного обзора соискателем логично выбраны несколько аспектов, имеющих непосредственное отношение к собственным исследованиям. Прежде всего, это особенности внепеченочного тромбоза воротной вены, этиология и основные патогенетические звенья его формирования, клинические проявления и диагностика последнего и его осложнений, несущих реальную угрозу для жизни больного. Далее – прогноз и современные подходы к применению различных методов консервативного, эндоскопического, рентгеноэндоваскулярного и хирургического лечения, а также различных их сочетаний. И наконец – особенности патогенеза, диагностики и лечения тромбоза воротной вены при отдельных заболеваниях и патологических состояниях.

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 поставил перед собой автор, а, во-вторых, свидетельствует о достаточной теоретической подготовке диссертанта.

Вторая глава содержит подробный анализ 285 больных, которые находились под наблюдением соискателя в отделении экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского» на базе ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А. К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы» за период с 2003 по 2014 годы, методов обследования пациентов, алгоритма действий при лечении внепеченочной 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.

Глава 3 открывает основную часть диссертации и посвящена анализу результатов комплексного клинико – лабораторного и инструментального обследования больных ВПГ. При этом этиологический фактор тромбоза воротной вены удалось установить в 88,1% (251 больной и 285) клинических наблюдений.

Как следует из материалов, приведенных в *третьей главе*, фоновое протромботическое состояние значительно повышает риск возникновения тотального тромбоза сосудов воротного бассейна. Морфологически это манифестируется тотальной варикозной трансформацией III степени вен желудка и пищевода, а клинически – пищеводно - желудочными кровотечениями при сохранных архитектонике печеночной ткани и функции печени.

В *главе 4* диссертант, опираясь на анализ ближайших результатов применения различных методов лечения убедительно показал, что наследственные и приобретенные тромбофилии являются фактором риска развития тромбоэмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Включение в комплексную лечебную программу антикоагулянтной и цитостатической терапии позволило соискателю снизить частоту тромбоэмболических осложнений.

Подводя итоги *четвертой главы*, следует признать, что операция М.Д. Пациора в сочетании со спленэктомией, судя по данным соискателя, является фактором риска развития гнойно – воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде за счет травматичности вмешательства, инфицирования, операционного поля при гастротомии, вероятности повреждения хвоста поджелудочной железы.

Не будет преувеличением сказать, что центральным разделом диссертации является *глава 5*, в которой соискатель очень подробно, с большой тщательностью, изучил особенности отдаленного периода после хирургического лечения больных внепеченочной портальной гипертензией. При этом автором подробно освещены отдаленные результаты хирургического лечения больных внепеченочной портальной гипертензией в аспекте возникновения геморрагических, тромбоэмболических осложнений, частоты выполнения повторных вмешательств, выживаемости больных. В полном объеме рассмотрен весь спектр клинической эффективности разработанного соискателем подхода по ведению больных внепеченочной портальной гипертензией.

В разделе «**5.5. Анализ клинической эффективности разработанного подхода к ведению больных внепеченочной портальной гипертензией**», на стр. 175 и 176, автор приводит алгоритмы ведения больных ВПГ при остром пищеводно – желудочном кровотечении и при отсутствии признаков такового. В связи с этим у оппонента возник еще один вопрос.

Вопрос 3.

Чем предлагаемые Вами алгоритмы принципиально отличаются от рекомендаций раздела «Внепеченочная портальная гипертензия (диагностика и хирургическая тактика)» Резолюции XIX Международного конгресса хирургов – гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» (Иркутск 19-21 сентября 2012 г.)?

В целом по прочтении **пятой главы** становится ясным, что разработанный соискателем комплексный лечебно – диагностический подход позволил ему снизить риск возникновения эрозивных кровотечений в 2,3 раза, варикозных кровотечений - в 2,6 раза, тромбозомболических осложнений – в 14 раз, уменьшить число выполнения повторных вмешательств - в 7, 8 раз.

Диссертант представил убедительные фактические данные, свидетельствующие о том, что благодаря взвешенной, продуманной лечебной тактике трехлетняя выживаемость у больных ВПГ в исходе тромбоза воротной вены увеличилась на 5,4%, а пятилетняя – на 8,5%. 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 о возможности в ряде случаев не только свести к минимуму риск рецидива тромбоза или кровотечения, но и избежать оперативного вмешательства.

Диссертационное исследование вполне логично завершается **«заключением»**. По концепции автора, основанной на данных литературы и результатах собственных исследований, показаниями к хирургической коррекции ВПГ являются варикозное расширение вен пищевода и желудка с эндоскопическими маркерами высокого риска кровотечения, а также впервые возникшее или рецидивирующее пищеводно-желудочное кровотечение. Выбор метода хирургической коррекции ВПГ осуществляется индивидуально с учетом этиологического фактора, данных эндоскопического исследования и состояния портальных сосудов по данным ультрасонографии с доплерографией. При планировании операций портокавального шунтирования более детальная оценка системы воротной вены осуществляется при помощи мультиспиральной компьютерной томоангиографии.

Продолжая логическую цепочку анализа, Е.Д. Любивый вполне обосновано с целью профилактики кровотечения или рецидивов кровотечений из варикозно расширенных вен отдает предпочтение портокавальному шунтированию, как наиболее радикальному методу.

Из материалов диссертации следует прогрессивное увеличение доли современных малоинвазивных эндоскопических технологий с 28% в 2010 году до 53% в 2014 году, как эффективных методов первичной и вторичной

профилактики варикозных кровотечений в сочетании с назначением неселективных β -адреноблокаторов при невозможности портокавального шунтирования.

В случаях неэффективности эндоскопических методов (склерозирование, лигирование) гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка автор вполне обоснованно рекомендует выполнение операции М.Д. Пациора - разобщения гастроэзофагеальных венозных коллекторов в неотложном порядке.

Несколько выбивается из общего контекста клинической диссертации часть раздела *«заключение»*, посвященная обсуждению нерешенных организационных, управленческих вопросов рассматриваемой проблемы. С точки зрения оппонента, представленные здесь рассуждения носят чисто умозрительный характер, не подкрепленный в тексте диссертации фактическим материалом, и вполне могут быть удалены без особого ущерба для диссертации. Однако раз уж автор затронул эту проблему, при знакомстве с этим разделом диссертации, у оппонента возник еще один вопрос, который носит скорее риторический характер.

Вопрос 4.

В свое время стройная система оказания хирургической помощи пациентам с портальной гипертензией различного генеза была сформулирована в приказе Министерства здравоохранения СССР от 13 июля 1979 г. № 728 «О мерах по улучшению хирургической помощи больным хроническими заболеваниями печени и портальной системы, осложненных портальной гипертензией», подписанным министром здравоохранения СССР Б.В. Петровским. Там было четко расписаны положения и об отделениях хирургии портальной гипертензии республиканских, областных (краевых), городских больниц и о Всесоюзном центре хирургии портальной гипертензии. Может быть, имеет смысл «не изобретать велосипед», а обратиться к положительно себя зарекомендовавшему опыту наших великих предшественников?

Как бы то ни было, результаты, приведенные автором, убедительно свидетельствуют об эффективности использования в практике отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского» на базе ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А. К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы» предложенного комплекса лечебно – диагностических мероприятий. Это позволило соискателю снизить число тромбоэмболических и геморрагических осложнений, сократить частоту выполнения повторных вмешательств, достигнуть высоких уровней выживаемости: одногодичной - 100%, трехлетней - 99,3%, пятилетней - 98,6%, десятилетней – 98,2%.

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

Все поставленные перед собой задачи диссертант решил в полном объеме.

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

Практические рекомендации диссертанта по использованию разработанных оптимальных подходов к выбору методов диагностики, эндоскопического гемостаза, хирургической коррекции путем шунтирующих или операций азиго-портального разобщения у пациентов с внепеченочной портальной гипертензией, логически вытекают из выводов, носят прикладной характер, заслуживают внимания клиницистов и могут быть использованы в учреждениях здравоохранения, занимающихся хирургическим лечением этой категории больных.

Автореферат и публикации адекватно отражают все основные положения диссертационного исследования.

Принципиальных замечаний по существу представленных в диссертационном исследовании материалов клинических и специальных исследований нет. Заданные вопросы ни в коей мере не умаляют достоинств рецензируемой работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность, новизна, практическая значимость, обоснованность положений, выводов диссертации, современный научно - методический уровень проведенного исследования и соответствие материалов специальности 14.01.17 - хирургия позволяют считать диссертацию Е.Д. Любивога «Синдром внепеченочной портальной гипертензии у взрослых (патогенез, диагностика, лечение)», самостоятельной, законченной научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных автором исследований разработаны теоретические положения, совокупность которых можно квалифицировать как решение научной проблемы, имеющей важное хозяйственное значение.

В диссертационном исследовании решены вопросы некоторых сторон патогенеза, клинико-функциональных особенностей течения внепеченочной портальной гипертензии с риском развития или рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, намечены перспективные пути диагностики этого заболевания, на основании которых обоснован выбор показаний и методов хирургической коррекции у этой категории больных.

Приведенный перечень вопросов, получивших в целом высокопрофессиональное их решение, имеет, несомненно, большое научное и практическое значение и развивает новое направление исследований в хирургии портальной гипертензии. В связи с этим представленное диссертационное исследование соответствует требованиям п.9 «Положения

о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 года № 842, предъявляемым к докторским диссертациям.

Автор Любимый Евгений Дмитриевич заслуживает присуждения искомой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

г. Казань, 420012, ул. Муштары, 11
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
сайт организации в сети интернет: <http://kgma.info/>
контактный тел.: 8 (843) 221 36 70,
e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru

заведующий кафедрой скорой медицинской помощи,
медицины катастроф и мобилизационной подготовки
здравоохранения

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
главный внештатный специалист эксперт 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

А.Ю. Анисимов



Зав. кафедрой
В.Ю. Анисимов
Директор КГМА

