

Отзыв научного руководителя на диссертацию Королевой Анны Александровны «Диагностика и выбор метода хирургического лечения кистозных трансформаций желчных протоков у взрослых», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия

Актуальность. Кистозная трансформация желчных протоков – одна из редких аномалий развития билиарного тракта, поражающая как внепеченочные, так и внутripеченочные ЖП.

Наиболее часто кистозная трансформация желчных протоков встречается среди жителей Юго-Восточной Азии, причем независимо от расы отмечается явное преобладание данной патологии у лиц женского пола. Соотношение женщин и мужчин составляет от 4:1 до 3:1.

До настоящего времени причины и патогенез кистозной трансформации ЖП окончательно не установлены. В числе факторов, способствующих кистозной трансформации ЖП указываются: врожденное недоразвитие мышечного слоя стенки протоков и аномальное панкреатобилиарное соустье, когда главный панкреатический проток и общий желчный проток соединяются вне ампулы фатерова сосочка и формируют длинный общий канал, где желчь и сок поджелудочной железы смешиваются, и создаются условия для активации панкреатических ферментов, с постоянным рефлюксом панкреатического сока в гепатикохоледох.

В раннем детском возрасте кистозные трансформации ЖП, клинически проявляются триадой: желтуха, опухолевидное образование в правом подреберье, болевой синдром. У взрослых кисты ЖП проявляются рецидивирующим холангитом и желтухой вследствие развития хронического воспаления на фоне холангиолитиаза и стриктур в кистозноизмененной протоковой системе.

Наиболее опасным осложнением кист ЖП является их малигнизация. Частота озлокачествления кист ЖП достигает 30%. Причинами малигнизации

считают хроническое воспаление в ЖП, рефлюкс панкреатического сока в желчные протоки, холелитиаз.

Сложность диагностики кистозной трансформации ЖП обусловлена относительной редкостью патологии, многообразием её форм с поражением различных отделов желчевыводящей системы, наличием осложнений, характерных для других заболеваний гепатобилиарной зоны.

Отсутствие единого подхода к выбору объема операции при кистах желчных протоков (от частичного иссечения стенок кисты до резекции желчных протоков) требует дальнейшего изучения и оценки отдаленных результатов различных операций.

При малигнизации кист желчных протоков представляется весьма важным изучение морфологических особенностей опухоли, а также поиск новых прогностических маркеров малигнизации.

В связи с этим улучшение диагностики кистозных трансформаций желчных протоков и определение хирургической тактики в отношении пациентов с кистами желчных протоков представляется актуальной и требующей дальнейшего изучения проблемой.

Цель и задачи проведенного исследования четко определены и достаточно обоснованы. Они направлены на оптимизацию дифференциальной диагностики и хирургического лечения пациентов с кистозной трансформацией желчных протоков.

Автором изучены возможности методов исследования и проведен анализ различных методов хирургического лечения 38 больных с кистами желчных протоков с 2002 по 2016 годы.

На основе проделанной работы, получены следующие результаты. Изучены специфичность, чувствительность и диагностическая точность методов исследования, из чего следует что скрининговым методом диагностики кистозной трансформации желчных протоков следует считать УЗИ органов брюшной полости, уточняющим – МРТ, дополненную режимом МРХГ.

Были проведен сравнительный анализ операций внутреннего дренирования кисты и радикального иссечения кистозноизмененных желчных протоков, на основании чего сделан вывод, что оперативное лечение с оставлением стенки кисты в последствии приводит к неудовлетворительным результатам, в 38% случаях – к малигнизации. При выполнении радикального иссечения кистозноизмененных желчных протоков (в некоторых случаях дополненная резекцией печени) получены хорошие отдаленные результаты в подавляющем большинстве.

В рамках исследования оптимизирована тактика хирургического лечения при кистозных трансформациях желчных протоках, которая включает резекцию кистозноизмененного желчного протока (дополненную резекцией печени атипичной или анатомической в зависимости от распространенности поражения внутрипеченочных желчных протоков) с использованием интраоперационного УЗИ и срочного гистологического исследования.

Выполненная работа позволила доказать, что операции внутреннего дренирования кисты являются порочными, которые создают мнимое благополучие у пациента на несколько лет. При оставлении стенки кисты так же сохраняется задержка эвакуации желчи, заброс панкреатического сока, плюс присоединяется заброс кишечного содержимого, что способствует продолжению развития воспалительного процесса, приводящего в ряде случаев к малигнизации.

Результаты исследования внедрены в клиническую практику и применяются в практической работе ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России.

Выводы и практические рекомендации логично вытекают из задач исследования, являются лаконичными, информативными и доказательными.

Заключение: Королева А.А. проявила себя как высококвалифицированный и инициативный ученый, способный решать сложные научные задачи в данной области.

Диссертация соответствует всем требованиям, представленным к кандидатским диссертациям и может быть рекомендована к публичной защите на ученом совете Д 208.124.01 ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России.

Научный руководитель

профессор д.м.н. Вишневский В.А.

Подпись заверяю:

Ученый секретарь

ФГБУ «Институт хирургии им.

А.В. Вишневского»

Минздрава России



д.м.н., Чернова Т.Г.