

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ**

**АКАДЕМИК М. М. МАМАКЕЕВ
АТЫНДАГЫ
УЛУТТУК ХИРУРГИЯ БОРБОРУ**

720044, Кыргыз Республикасы,
Бишкек ш., 3-линия көч., 25
Тел. (0312) 21-06-42 факс. (0312) 21-92-07
Почта: NSCBishkek@gmail.com



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ АКАДЕМИКА
М. М. МАМАКЕЕВА**

720044, Кыргызская Республика,
г. Бишкек, ул. 3-линия, д. 25
тел. (0312) 21-06-42; факс. (0312) 21-92-07
Почта: NSCBishkek@gmail.com

29.03.2024 № 02-6/84

На № _____ от _____

ОТЗЫВ

доктора медицинских наук, профессора, заведующего отделением хирургии печени Национального хирургического центра имени академика М.М. Мамакеева Министерства здравоохранения, Заслуженного врача Кыргызской Республики Кыргызской Республики Тилекова Эрниса Абдышевича на автореферат диссертационной работы «Мультимодальное лечение альвеококкоза печени» Юрковской Ангелины Иосифовны, представленную к защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия (медицинские науки)

Альвеококкоз печени является грозным паразитарным заболеванием. Первые годы болезнь протекает бессимптомно. Нередко заболевание можно выявить только на стадии развития осложнений, как следствие, болезнь диагностируется на поздних стадиях, в связи с чем в 61,3–70% наблюдений невозможно выполнить радикальную операцию.

Классическая резекционная хирургия печени позволяет радикально оперировать не более 30–40% пациентов. В настоящее время продолжаются дискуссии о целесообразности циторедуктивных резекций, резекций печени, дополненных локальными методами деструкции в сочетании с последующей противопаразитарной терапией при имеющихся возможностях выполнения резекций с любыми вариантами сосудистых реконструкций или трансплантаций печени.

Дискутабельным остается вопрос применения повторных открытых оперативных вмешательств. В отечественной литературе озвучивается мнение, что использование этих операций целесообразно, ввиду возможного повторного проведения радикальной операции, с целью улучшения качества жизни пациентов и их продолжительности жизни.

При вовлечении всех сегментарных сосудисто-секреторных структур с невозможностью их реконструкции и/или тотальном вовлечении печеночных вен и/или дефиците функциональной паренхимы, с резектабельными внепеченочными метастазами пациенту показано выполнение трансплантации печени. В настоящее время во всем мире единственным признанным препаратом для лечения альвеококкоза является альбендазол. Согласно рекомендациям ВОЗ, химиотерапия должна проводиться в течение 2 лет всем пациентам после радикальной резекции печени и на протяжении всей жизни остальной когорте пациентов – с массивным поражением и с наличием рецидивного и резидуального АП.

Несмотря на современные методы и подходы к лечению альвеококкоза печени, его осложнений, как после радикальной резекции возникают рецидивы, так и после трансплантации печени возможно возникновение рецидива заболевания в трансплантате. Проблема резидуального и рецидивного альвеококкоза остается до сих пор открытой. При этом до сих пор отсутствует единая тактика по выбору лечения, а также оптимального алгоритма диагностики и лечения у этой категории больных.

Приведенные в диссертации результаты, а также разработанный мультимодальный алгоритм позволит подойти к лечению персонализировано, за счет чего может увеличить выживаемость и качество жизни пациентов в отдаленном периоде.

Автореферат выполнен по общепринятым научным принципам, четко отражена суть положений, выносимых на защиту, что подтверждается логичностью изложения основных результатов исследования и выводов диссертации, показан личный вклад автора в проведенное исследование, актуальность и значимость которого не вызывает сомнений. Работа выполнена на достаточном объеме наблюдений – 145 пациентов с диагнозом альвеококкоз печени. В диссертационном исследовании пациенты были разделены на следующие группы: 1-я группа – 50 (34,5%) пациентов, которым выполнены радикальные резекции печени; 2-я группа – 19 (13,1%) пациентов, которым выполнены циторедуктивные резекции печени; 3-я группа – 28 (19,3%) пациентов, которым выполнены комбинированные резекции печени, дополненные криодеструкцией, а также изолированная криодеструкция паразитарной ткани при нерезектабельных случаях; 4-я группа – 29 (20%) пациентов, которым были выполнены минимально инвазивные вмешательства (антеградные/ретроградные, чрескожные), как самостоятельный метод

лечения: 5-я группа – динамическое наблюдение и трансплантация печени. В нее вошли 19 (13,1%) пациентов: 10 (6,9%) были отправлены на консервативное лечение (противопаразитарную терапию), а 9 (6,2%) – на трансплантацию печени. Отдельную группу составили пациенты, которые были оперированы повторно, эта группа выделена отдельно в 5-й главе. В исследование также включено 27 (29,3%) пациентов, которым были выполнены повторные открытые хирургические вмешательства.

Основные научные результаты, полученные лично автором в ходе исследования, по последовательности изложения и содержанию полностью соответствуют поставленным задачам. При обследовании пациентов использованы современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы диагностики, а при анализе полученных данных – адекватные статистические методы анализа.

Проведен тщательный анализ групп открытого хирургического лечения. Показаны и проанализированы виды вмешательств в каждой группе сравнения, проведена характеристика интраоперационных показателей и их статистическая значимость. Детально проанализированы как специфические, так и не специфические осложнения для каждой выделенной группы. Все показатели, значения и статистические различия иллюстрированы в виде графиков.

Автором впервые изучено качество жизни пациентов с альвеококкозом печени, как на догоспитальном этапе, так и в отдаленном послеоперационном периоде; полученные данные подтверждаются графиками физического функционирования и шкалой симптомов. Впервые выделена и проанализирована группа пациентов, которым выполнена резекция печени, дополненная криодеструкцией. Показана роль комбинированного метода лечения (резекция+крио), которая несмотря на низкие показатели безрецидивной выживаемости (учитывая, что у этой категории пациентов альвеококкоз носит местно-распространенный характер), в отдаленном периоде показала высокие показатели кумулятивной выживаемости.

Отдельно вынесена и проанализирована одна из самых тяжелых групп пациентов с распространенным нерезектабельным альвеококкозом печени осложненного течения (механическая желтуха, гнойный холангит, стриктуры ЖП, формирование полости распада), которой потребовалось применение минимально инвазивного лечения (антеградные, ретроградные, чрескожные вмешательства). Пациентам данной группы требуются частые госпитализации

для замены транспеченочных дренажей и стентов, что, несомненно, требует более детального обследования, лечения и дальнейшего наблюдения за пациентами данной группы.

Проанализирована группа повторно оперированных пациентов, представлен дизайн для этой группы, оценены ближайшие и отдаленные результаты.

На основе полученных результатов разработан лечебно-диагностический алгоритм при альвеококкозе печени, включающий в себя диагностику, оценку резектабельности АП, выбор метода лечения, длительность наблюдения в отдаленном периоде с использованием диагностических методов, а также длительность приема противопаразитарной терапии для каждого пациента.

Результаты исследования могут служить теоретическим и практическим обоснованием индивидуального мультимодального алгоритма для конкретного пациента с диагнозом альвеококкоз печени. Алгоритм лечения АП сформулирован лаконично и иллюстративно, с показаниями для определения тактики и динамического наблюдения для каждой из групп пациентов с АП.

В автореферате Юрковской Ангелины Иосифовны представлен достаточный объем информации для подтверждения актуальности и практической значимости. Данные исследования обработаны с помощью современных и актуальных статистических методов. Принципиальных замечаний к автореферату нет.

Заключение, выводы и практические рекомендации, изложенные в диссертационной работе, логически обоснованы и закономерно вытекают из научных положений, выносимых на защиту. Полученные автором данные имеют высокую научную ценность и практическую значимость и представлены в 15 печатных работах, среди которых 3 статьи в журналах, рекомендованных ВАК РФ для публикации результатов докторских и кандидатских диссертаций.

Выбранная диссертантом тема и полученные результаты исследования представляют интерес для широкого круга медицинских учреждений, а также для врачей общих хирургов, гепатобилиарных хирургов. Принципиальных замечаний по содержанию автореферата диссертационной работы нет.

Таким образом, анализ автореферата диссертационного исследования позволяет сделать вывод о том, что диссертация является законченной научно-

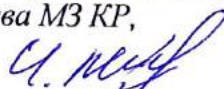
исследовательской работой и соответствует требованиям, установленным пунктом 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства РФ № 842 от 24 сентября 2013 г. (в редакции Постановления Правительства РФ от 20 марта 2021 г. № 426 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации от 26 мая 2020 г. № 751»), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а сам автор, Юрковская Ангелина Иосифовна заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия (медицинские науки).

**Заведующий отделением хирургии печени
Национального хирургического центра
имени академика М.М. Мамакеева
Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики,
Заслуженный врач Кыргызской Республики,
д.м.н., профессор**



Тилеков Эрнис Абдышевич

Подпись д.м.н., профессора Тилекова Э.А. **«ЗАВЕРЯЮ»**
Ученый секретарь НХЦ им. М.М. Мамакеева МЗ КР,
к.м.н., доцент Чапыев М.Б.



Национальный хирургический центр
имени академика М.М. Мамакеева
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики,
Почтовый индекс: 720044, г. Бишкек, ул. 3-линия 25.
тел. (0312) 21-06-42; факс. (0312) 21-92-07
Почта: NSCBishkek@gmail.com

