

## ВІДГУК

офіційного опонента,

директора Навчально-наукового інституту медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця,  
професора, доктора медичних наук Земскова Сергія Володимировича  
на дисертаційну роботу Мотельчука Сергія Олександровича  
«Вибір способу формування дуодено- та гастроентеростомії при виконанні панкреатодуоденектомії для попередження виникнення уповільнення спорожнення шлунка», поданої в разову спеціалізовану раду PhD 12522 при ДУ «Національний науковий центр хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України» на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – «Медицина», спеціалізація – «Хірургія».

### **I. Актуальність теми дисертації.**

За останні роки відзначається стійке зростання захворюваності на злоякісні новоутворення панкреатобіліарної зони, що супроводжується збільшенням кількості виконуваних радикальних оперативних втручань. Основним методом хірургічного лікування резектабельних пухлин цієї локалізації залишається панкреатодуоденектомія, яка, незважаючи на значний прогрес у техніці виконання, анестезіологічному забезпеченні та післяопераційному веденні, і надалі характеризується високою частотою ускладнень, що за даними літератури сягає 40–60%.

Серед післяопераційних ускладнень особливе місце займає уповільнення спорожнення шлунка (гастростаз), яке є одним із найбільш частих і клінічно значущих наслідків панкреатодуоденектомії. Розвиток гастростазу призводить до пролонгації назогастральної декомпресії, затримки відновлення ентерального харчування, збільшення тривалості госпіталізації та відтермінування ад'ювантного лікування, що в сукупності

негативно впливає як на ранні, так і на віддалені результати лікування пацієнтів.

Незважаючи на значну кількість досліджень, патогенез порушення моторно-евакуаційної функції шлунка після панкреатодуоденектомії залишається остаточно не з'ясованим. Очевидно, що формування гастростазу має мультифакторний характер і обумовлене поєднанням нейрогуморальних змін, порушенням іннервації та моторики гастродуоденальної зони, а також локальними факторами, такими як післяопераційне запалення, набряк, ішемія та технічні особливості реконструктивного етапу втручання.

Окремої уваги заслуговує питання вибору способу формування гастро- або дуоденоентероанастомозу. Незважаючи на існування великої кількості технічних варіантів, відсутня єдина стандартизована методика, що забезпечувала б мінімальний ризик розвитку гастростазу. Зокрема, дискусійним залишається вплив ручних та механічних способів формування анастомозів, їх топографії, конфігурації та умов кровопостачання на відновлення моторно-евакуаційної функції шлунка у ранньому післяопераційному періоді.

Паралельно з удосконаленням хірургічної техніки активно впроваджуються мультимодальні програми прискореного відновлення (ERAS), які довели свою ефективність у зниженні частоти ускладнень, тривалості госпіталізації та вартості лікування. Одним із ключових компонентів цих програм є раннє ентеральне харчування, яке розглядається як потенційний фактор профілактики гастростазу. Водночас питання оптимальних термінів його початку, а також доцільності та тривалості використання назогастральної декомпресії після панкреатодуоденектомії залишаються остаточно не визначеними.

Таким чином, незважаючи на значний обсяг накопичених даних, у сучасній хірургії панкреатобіліарної зони відсутнє цілісне уявлення про

взаємозв'язок між технічними аспектами формування дигестивних анастомозів, особливостями післяопераційного ведення та ризиком розвитку гастростазу, що обумовлює необхідність подальших досліджень у цьому напрямку.

У зв'язку з цим актуальним є комплексне, патогенетично обґрунтоване вивчення поєданого впливу раннього ентерального харчування та різних технічних підходів до формування дигестивних анастомозів у межах мультимодальних програм прискореного відновлення (ERAS) на частоту розвитку гастростазу, структуру післяопераційних ускладнень і безпосередні клінічні результати лікування. Такий підхід дозволяє перейти від ізольованого аналізу окремих факторів до системного розуміння механізмів порушення моторно-евакуаційної функції шлунка після панкреатодуоденектомії та створює підґрунтя для обґрунтованої стандартизації реконструктивного етапу операції. Це визначає наукову новизну і практичну значущість дослідження та обґрунтовує доцільність впровадження оптимізованих ERAS-протоколів із урахуванням технічних особливостей формування гастро- та дуоденоентероанастомозів.

## **II. Зв'язок теми дисертації з державними чи галузевими науковими програмами.**

Дисертаційне дослідження виконано в межах тематичного плану науково-дослідних робіт ДУ «Національний науковий центр хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» НАМН України та відповідно до індивідуального плану підготовки аспіранта. Автором самостійно здійснено відбір та формування клінічних груп, безпосередню участь у лікуванні пацієнтів, а також проведено збір, систематизацію і статистичну обробку отриманих клінічних даних.

## **III. Новизна дослідження та одержаних результатів.**

У дисертаційній роботі вперше проведено системний клініко-морфологічний аналіз факторів розвитку уповільненого спорожнення шлунка після панкреатодуоденектомії з позицій поєданого впливу технічних, функціональних та локальних тканинних змін, що дозволило сформувавши цілісне уявлення про механізми формування даного ускладнення.

На підставі ретроспективно-проспективного дослідження виконано порівняльну оцінку різних способів формування гастро- та дуоденоєюноанастомозів (ручного і механічного) з урахуванням частоти та ступеня гастростазу відповідно до класифікації ISGPS, інтраопераційних параметрів, морфологічних особливостей тканин та структури післяопераційних ускладнень. Встановлено, що технічні характеристики реконструктивного етапу мають визначальний вплив на перебіг раннього післяопераційного періоду та ризик розвитку порушень моторно-евакуаційної функції шлунка.

Уточнено роль нейрогуморальних механізмів у патогенезі гастростазу після резекційних втручань на панкреатодуоденальній зоні та показано їх взаємозв'язок із локальними запально-ішемічними змінами в ділянці анастомозів. Це дозволило обґрунтувати патогенетично спрямовані підходи до профілактики даного ускладнення у структурі післяопераційного ведення пацієнтів.

Науково обґрунтовано доцільність диференційованого вибору способу формування дуодено- та гастроентероанастомозів із урахуванням морфофункціонального стану тканин і умов реконструкції, що забезпечує зниження частоти гастростазу та оптимізацію післяопераційного перебігу.

Отримані результати поглиблюють сучасні уявлення про патогенез уповільненого спорожнення шлунка після панкреатодуоденектомії, формують доказову основу для раціонального вибору техніки формування

дигестивних анастомозів та можуть бути використані для подальшої стандартизації хірургічної тактики в гепатопанкреатобіліарній хірургії.

#### **IV. Теоретичне значення результатів дослідження.**

Теоретичне значення роботи полягає у формуванні на основі комплексного аналізу та узагальнення клінічних результатів цілісного уявлення про механізми розвитку уповільненого спорожнення шлунка після панкреатодуоденектомії. У дослідженні визначено та теоретично обґрунтовано загальні підходи до профілактики і лікування гастростазу з урахуванням впливу технічних, нейрогуморальних та локальних морфологічних чинників. Отримані результати доповнюють наукові дані щодо причин виникнення післяопераційних ускладнень і формують підґрунтя для подальшого розвитку теоретичних підходів до оптимізації реконструктивного етапу панкреатодуоденектомії.

#### **V. Практичне значення результатів дослідження.**

Практична цінність дослідження полягає у розробці та впровадженні раціонального підходу до вибору методики формування дуодено- та гастроєюноанастомозів під час панкреатодуоденектомії, спрямованого на зменшення частоти та вираженості уповільненого спорожнення шлунка згідно з критеріями ISGPS.

Встановлено доцільність індивідуалізованого вибору ручної або механічної техніки анастомозу з урахуванням локальних тканинних умов і особливостей інтраопераційної ситуації, що забезпечує більш сприятливий перебіг раннього післяопераційного періоду.

Реалізація запропонованих підходів дозволяє відмовитися від рутинного застосування назогастральної декомпресії та сприяє більш ранній активації ентерального харчування.

Отримані результати можуть бути використані для вдосконалення хірургічної тактики та впровадження сучасних принципів післяопераційного ведення пацієнтів у спеціалізованих хірургічних відділеннях.

#### **VI. Ступінь обґрунтованості та достовірності положень, висновків та рекомендацій, сформульованих у роботі.**

Ступінь обґрунтованості та достовірності отриманих результатів забезпечується достатнім обсягом клінічного матеріалу, ретроспективно-проспективним характером дослідження та чітко сформованими критеріями включення і виключення пацієнтів.

Аналіз виконано з використанням сучасних підходів доказової медицини, із застосуванням стандартизованих класифікацій (зокрема ISGPS для оцінки гастростазу), що забезпечує коректність порівняння отриманих результатів.

Достовірність висновків підтверджується використанням адекватних методів статистичної обробки даних, зіставністю досліджуваних груп та узгодженістю отриманих результатів із даними сучасної наукової літератури.

Сформульовані положення, висновки та практичні рекомендації логічно випливають із отриманих результатів, є науково обґрунтованими та мають практичну спрямованість.

#### **VII. Повнота викладу матеріалу дисертації в опублікованих працях.**

Дисертацію викладено на 130 сторінках тексту комп'ютерного набору, ілюстровано 33 таблицями, 10 рисунками та 3 діаграмами. Робота складається із вступу, 6 розділів, висновків, практичних рекомендацій та списку літератури. Список літератури включає 198 джерел, у тому числі 61

вітчизняних та 137 — іноземних авторів. Автореферат за структурою та змістом повністю відповідає тексту дисертації.

### **VIII. Недоліки дисертації.**

У роботі наявні поодинокі стилістичні та термінологічні неточності, які мають несуттєвий характер, не впливають на змістовну частину дослідження, не знижують його наукової цінності та не змінюють загальної позитивної оцінки дисертації.

У якості наукової дискусії вважаю за необхідне запропонувати дисертанту відповісти на такі запитання:

1. У роботі Ви обґрунтовуєте доцільність відмови від рутинної назогастральної декомпресії. Чи не супроводжується такий підхід підвищенням ризику аспіраційних ускладнень або необхідністю відтермінованого встановлення зонда?
2. З огляду на отримані результати, які практичні критерії Ви рекомендуєте використовувати під час операції для вибору між ручною та механічною технікою формування анастомозу?
3. У Вашому дослідженні загальна частота уповільненого спорожнення шлунку знизилась з 25,5% до 14,7%, однак ця різниця не продемонструвала статистичної значущості ( $p=0,242$ ). Водночас Ви робите висновки про ефективність методики. Як Ви обґрунтовуєте клінічну значущість отриманих результатів при відсутності статистично значущих відмінностей?

### **IX. Практичне втілення результатів дисертації.**

Дисертаційна робота виконана на сучасному методологічному рівні із застосуванням актуальних клінічних та аналітичних методів дослідження. Обсяг і якість представленого клінічного матеріалу є достатніми для обґрунтування основних положень і висновків, що виносяться на захист.

Ілюстративний матеріал викладений чітко, інформативно та логічно доповнює зміст роботи. Сформульовані висновки є послідовними, узгоджуються з поставленою метою та завданнями дослідження і впливають із отриманих результатів.

Практичні рекомендації мають прикладне значення і можуть бути впроваджені у діяльність відділень абдомінальної хірургії, хірургії підшлункової залози, гастроентерології, а також використані в освітньому процесі на кафедрах хірургічного профілю медичних закладів вищої освіти та установ післядипломної підготовки лікарів.

## **X. Висновки.**

Дисертаційна робота Мотельчука Сергія Олександровича «Вибір способу формування дуодено- та гастроентеростомії при виконанні панкреатодуоденектомії для попередження виникнення уповільнення спорожнення шлунка» є актуальним, завершеним науковим дослідженням, виконаним на належному методологічному рівні з використанням сучасних клінічних та аналітичних підходів.

У роботі вирішено важливе науково-практичне завдання — визначено значення технічних аспектів реконструктивного етапу панкреатодуоденектомії у розвитку уповільненого спорожнення шлунка та обґрунтовано доцільність диференційованого підходу до вибору способу формування дуодено- та гастроентероанастомозів у поєднанні з принципами сучасного післяопераційного ведення пацієнтів.

Отримані результати характеризуються науковою новизною, теоретичною значущістю та практичною спрямованістю, а також відсутністю у роботі академічного плагіату, фабрикації та фальсифікації. Положення, висновки та рекомендації є логічно обґрунтованими, базуються на достатньому обсязі клінічного матеріалу та повністю відповідають меті і завданням дослідження.

За актуальністю, рівнем наукової новизни, теоретичним і практичним значенням дисертаційна робота відповідає вимогам «Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої ради закладу вищої освіти, наукової установи про присудження ступеня доктора філософії, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 р. № 44».

Автор роботи заслуговує на присудження наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина».

**Офіційний опонент:**

Директор Навчально-наукового  
інституту медицини  
Національного медичного  
університету імені О.О.  
Богомольця, професор,  
доктор медичних наук

Земсков С.В.