

ВІДЗИВ

офіційного опонента доктора медичних наук, професора Кондратенка Петра Геннадійовича на дисертаційну роботу Гончарової Наталі Миколаївни «Діагностика та хірургічне лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози», поданої на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія.

Актуальність обраної теми дисертації

Проблема хірургічного лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози є актуальною у сучасній панкреатології. Тяжкість вирішення проблеми зумовлена різноманітністю операцій, складними топографо-анатомічними умовами їх проведення та значною технічною складністю. Загальна летальність при псевдокістах підшлункової залози становить 14%, післяопераційна – 11%, а при таких ускладненнях, як сепсис, кровотеча, перфорація у черевну порожнину, вона досягає 40 – 60%.

Пріоритетними напрямками сучасних досліджень у панкреатології є вивчення механізмів втрати функціонуючої тканини підшлункової залози та її заміщення сполучною тканиною. В основі розвитку фіброзних змін підшлункової залози при хронічному панкреатиті, як наслідок дії динамічного каскаду цитокінів, хемокінів, факторів росту та інших, лежать порушення балансу між процесами синтезу та розпаду протеїнів екстрацелюлярного матриксу з його накопиченням та деградацією. Матриксні металопротеїнази відіграють центральну роль у обміні білків сполучної тканини здорових та пошкоджених органів, приймаючи участь у протеолітичній деградації різних компонентів позаклітинного матриксу, які здійснюють регулюючу та моделюючу функцію у ангіогенезі. В останні роки активно проводиться вивчення ендотеліальної дисфункції у хворих при гострому та хронічному панкреатитах та їх ускладненнях. Незважаючи на поширене впровадження у програму обстеження хворих із захворюваннями

підшлункової залози високоінформативних методів дослідження, перед хірургами все ж постають питання у виявленні ускладнень підшлункової залози, зокрема відсутність єдиного алгоритму доопераційної та інтраопераційної діагностики пацієнтів.

Наявність різноманіття хірургічних операцій, та широке впровадження у практику «малоінвазивних» втручань, створює дилему, щодо вибору методу оперативного лікування хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози.

Прикладні дослідження проблеми, яка розглядається, направлені на вирішення наступних ключових питань: патогенез розвитку фіброзу підшлункової залози, діагностика морфологічних змін та стану спланхнічного кровотоку, показання до проведення різних лікувальних заходів, у тому числі й малоінвазивних, при лікуванні цієї категорії хворих та вивчення якості життя хворих після оперативних втручань.

Ступінь обґрунтованості основних наукових положень і висновків, сформульованих у дисертації

Сформульовані у дисертаційній роботі Гончарової Н.М. основні положення і висновки базуються на достатній кількості спостережень – 505 хворих на ускладнені псевдокісти підшлункової залози, які знаходились у хірургічних відділеннях Комунального закладу охорони здоров'я «Харківська обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» та відділі хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних протоків ДУ Національної академії медичних наук України «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова».

До методів описової статистики залучено оцінку середнього арифметичного (M), середнього квадратичного відхилення (σ), коефіцієнти достовірності Стюдента, Спірмена, τ -Кендалла; критерії Шапіро-Уїлка, Манна-Уїтні, Краскела-Уолліса, та емпіричний коефіцієнт η^2 . Використані методики є загальноживаними, адекватними щодо поставлених задач,

відображують сучасний методичний рівень досліджень. До обговорення залучено достатню кількість літературних джерел (432). Великий клінічний та лабораторний матеріал в сукупності з застосуванням новітніх методів дослідження дозволяє вважати отримані результати і висновки дисертації достатньо обґрунтованими і достовірними.

Зв'язок теми дисертації з державними та галузевими науковими програмами

Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи Харківського національного медичного університету у хірургічних відділеннях Комунального закладу охорони здоров'я «Харківська обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» (база кафедри хірургії №2) та у відділі хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних протоків ДУ Національної академії медичних наук України «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова» (на основі договору № 622/05-13 від 29.05.2013 р. про науково-практичне співробітництво), і є фрагментом науково-дослідної програми «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм органів очеревини та її ускладнень, грудної клітки і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком» – реєстраційний номер 0113U002537.

Достовірність і новизна наукових положень і висновків, сформульованих у дисертації

Визначені здобувачем основні наукові положення і висновки ґрунтуються на результатах лікування хворих на ускладнені псевдокісти підшлункової залози, що були отримані шляхом використання сучасних інформативних методів дослідження.

В роботі автором доповнено наукову гіпотезу, що в умовах гіпоксії та ішемії підшлункової залози відбувається активація та проліферація ендотеліоцитів, яка завершується процесами неоваскуляризації, а

накопичення позаклітинного матриксу є основною причиною прогресування фіброзу та ремоделювання підшлункової залози з розвитком ускладнень захворювання.

Встановлено, що гемодинамічні реакції на рівні печінково-спланхнічного кровотока пов'язані з різними механізмами: з паралітичним розширенням резистивних венул у відповідь на гіпоксію та розвиток внутрішньопечінкових портокавальних шунтів зі збідненням артеріального живлення та зменшенням притоку крові за ворітною веною; змінами периферичного опору в різних артеріальних басейнах спланхнічної ділянки.

Уточнена роль профібротичних цитокінів у розвитку інтра- та перилобулярного фіброзу підшлункової залози, їх залежність між станом хворих та рівнями TGF- β 1, IL-6, IL-8, IL-10 і IL-18 у сироватці крові зі зниженням співвідношення IL-18/IL-10, з глибокою депресією антиоксидантного захисту, виснаженням його резервів в результаті активації перикисного окислення ліпідів і оксидативного стресу.

Вперше встановлено, що при різних типах ускладнених псевдокістах підшлункової залози має місце порушення балансу ММП-9 та його інгібітору ТІМП-2, що має визначальне значення для швидкості протеолізу позаклітинних матриксних компонентів з переважанням процесів їх утворення та накопичення.

Морфологічні дослідження стінок псевдокіст та прилеглої паренхіми підшлункової залози підтвердили роль колагенів різних типів у формуванні та визначенні напрямку ремоделювання органу із різною здатністю ендотеліоцитів судин експресувати рецептори до ендотеліну-1 та високу ступінь експресії клітинами HLA-DR-антигену при III типі псевдокіст із максимально вираженою макрофагальною реакцією.

В роботі доповнені дослідження щодо доцільності використання різних методів малоінвазивних хірургічних втручань, проведено їх порівняльний аналіз, а на основі отриманих даних оптимізовані методи лікування хворих з

ускладненими псевдокістами підшлункової залози, шляхом індивідуалізації хірургічної тактики.

Отже, основні наукові положення та висновки автора є достовірними.

Практичне значення отриманих результатів

В роботі представлений комплексний підхід до діагностики та хірургічного лікування хворих на ускладнені псевдокісти підшлункової залози. Використання розробленої раціональної програми комплексної діагностики у хворих з різними типами ускладнених псевдокіст підшлункової залози із використанням сучасних методів обстеження хворих сприяло покращенню результатів доопераційної діагностики. Обґрунтовані та математично доведені переваги застосування малоінвазивних методів хірургічного лікування. Дисертантом було удосконалено та отримано патенти України на спосіб формування панкреатоентероанастомозу, панкреатогastroанастомозу, спосіб хірургічного лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози, ускладнених нагноєнням, спосіб хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози, ускладнених арозивною кровотечею у порожнину псевдокісти, спосіб хірургічного лікування псевдокіст позаочеревної локалізації на фоні хронічного панкреатиту, спосіб прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного панкреатиту. Отримано галузеве нововведення на розроблений спосіб лікування хронічного панкреатиту, ускладненого непрохідністю термінальної частини холедоуху. Розроблені способи лікування дозволили знизити кількість післяопераційних ускладнень та покращити якість життя хворих.

Результати роботи впроваджено у медичні спеціалізовані заклади України.

Повнота відображення результатів роботи в опублікованих роботах

Положення дисертації у повній мірі відображені в 49 публікаціях, серед яких 23 наукових праці надруковані у фахових журналах, рекомендованих ДАК МОН України, 7 – у зарубіжних виданнях, 14 – тез у матеріалах симпозіумів, з'їздів та конференцій, 4 – у виданнях, які додатково

відображають наукові результати; отримано 6 патентів України на корисну модель, 1 заявку на патент України на винахід. Матеріали дисертаційної роботи доповідалися в матеріалах конгресів та науково-практичних конференцій в Україні та закордоном.

Автореферат дисертації повністю відображає зміст самої дисертації та оформлений згідно вимогам до докторських дисертацій.

Оцінка змісту дисертації

Дисертаційна робота оформлена за вимогами ДАК та викладена на 360 сторінках комп'ютерного тексту. Її структура складається зі вступу, огляду літератури, 9 розділів власних клінічних досліджень, аналізу та обговорення результатів дослідження, висновків, покажчика літератури та додатку. Список використаних джерел нараховує 432 роботи, з них – 298 надруковано кирилицею, 134 – латиницею. Робота ілюстрована 128 рисунками та 45 таблицями, які демонструють ознаки клінічного перебігу, морфологічні та імуногістохімічні зміни у підшлунковій залозі, програми діагностики та лікування, статистичні підрахунки якості життя хворих.

У вступі автор розкриває актуальність дослідження, наукову новизну і практичну значимість, визначає мету та завдання роботи.

В аналітичному огляді літератури проаналізовані питання етіології та патогенезу псевдокіст підшлункової залози та формування їх ускладнень, а також розглянуті існуючі методи діагностики та хірургічного лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози.

У розділі 2 *«Матеріали та методи дослідження»* здобувачем викладено застосовані клінічні, клініко-лабораторні, інструментальні методи дослідження. Описана методологія етапів роботи та визначені напрямки у дослідженні. Отримані показники було опрацьовано сучасними статистичними методами, що доводить їх достовірність.

У розділі 3 *«Особливості клінічної, лабораторної та інструментальної діагностики псевдокіст підшлункової залози та їх ускладнень»* автор проводить детальний аналіз клінічних та клініко-лабораторних проявів

ускладнених псевдокіст підшлункової залози, з подальшим аналізом даних, отриманих під час інструментальної діагностики. Дисертантом було встановлено, що у 476 (94,3%) хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози клінічна картина характеризувалася наявністю болю у верхніх відділах живота, лівому підребер'ї, яка періодично посилювалася після вживання їжі, з іррадіацією в лопатку, поперекову ділянку; наявністю в 390 (77,2%) пацієнтів диспепсичних явищ (нудота, блювота); у 377 (74,7%) хворих – загальної слабкості. Ультрасонографічними ознаками псевдокіст підшлункової залози були інтраорганна локалізація, «правильна» сферична або овальна форма, рівний край (86,2%), дистальне акустичне посилення (90,7%), а також крайове затінення внаслідок критичного кута відображення (у 52,1%). Загальна чутливість методу в діагностиці ускладнених псевдокіст становила 67,3%, специфічність – 98,7%. Низька частота візуалізації стінки псевдокісти (32,4%) та ознак інфікування, кровотечі в її порожнину потребувала додаткового використання мультиспіральної комп'ютерної томографії, чутливість якої при дослідженні таких ускладнень, як: інфікування вмісту псевдокісти, механічна жовтяниця, компресія суміжних органів, перфорація та розрив була 98,8% та специфічність сягала 100%. Чутливість мультиспіральної комп'ютерної томографії у діагностиці кровотеч була дещо нижчою, сягаючи 70,9%, та специфічність сягала 86,3%. Чутливість магнітно-резонансної томографії для діагностики ускладнених псевдокіст становила 99,4%, специфічність – 100%. Застосування ендоскопічної ультрасонографії компенсувало деякі недоліки ультразвукової діагностики, її використання було остаточним методом верифікації діагнозу, з метою подальшого ендоскопічного лікування хворих.

У розділі 4 *«Особливості патогенетичних механізмів розвитку ускладнених псевдокіст підшлункової залози»* автором проведено дослідження динаміки змін рівня деяких показників системи пероксидації крові, деяких цитокінів крові, матричних протеаз (ММП-9), їх інгібіторів

(ТІМП-2) та функціонального стану ендотелію у хворих з різними типами ускладнених псевдокіст підшлункової залози.

Дисертантом встановлено, що у процесі перебігу захворювання в кожній групі хворих рівень малонового діальдегіду підвищувався порівняно із контролем у середньому відповідно на 136,2%, 100,5% та 32,9% ($p < 0,05$). Рівень глутатіонпероксидази-1 був найбільш підвищеним у хворих I групи в середньому на 128,2%, у хворих II групи цей показник був у середньому на 82,8% вище показників контрольної групи, але нижче на 19,9% ніж у хворих на I тип псевдокіст. У хворих III групи показник, що вивчався, був на 63,2% вище показників контрольної групи, але відповідно на 28,5% та на 10,7% був нижчим ніж показники, що отримані в I та II групах хворих.

Дисертантом встановлено, що рівень TGF- β 1 був значимо підвищений у всіх групах хворих на псевдокісти у середньому відповідно на 584,4%, 476,5% та на 363,5% порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Рівень ІЛ-18 був вищим у I групі хворих у середньому на 86%, в II – на 24,1% і в III – на 27,2% порівняно з контролем ($p < 0,05$). Подібна тенденція відзначена й для ІЛ-6 та ІЛ-8 на тлі підвищення ІЛ-10 відповідно в середньому в 30,2 рази (I тип псевдокіст), в 30,9 рази (II тип псевдокіст) та в 23,6 рази при III типу псевдокіст ($p < 0,05$). Проведений кореляційний аналіз показав, що між станом хворих та рівнями TGF- β 1, ІЛ-6, 8, 10 і 18 у сироватці крові були позитивні зв'язки, причому для всіх показників рівні коефіцієнта кореляції Спірмена були відповідно 0,69, 0,68, 0,57, 0,73 та 0,82 ($p < 0,001$).

При дослідженні динаміки змін рівнів матриксних металопротеїназ, автором було встановлено, що у хворих з I типом псевдокіст рівень ММП-9 був підвищеним у середньому на 284,5%, при II типу – на 176,9% і при III типу – на 91,7% відповідно до контрольної групи ($p < 0,05$). Концентрація тканинного інгібітору матриксних металопротеїназ (ТІМП-2) була в середньому на 40,4% вище у хворих з I типом псевдокіст, ніж у контрольної групи ($p < 0,001$); у хворих з II типом відмінності були недостовірними; у хворих на III тип псевдокіст рівень ТІМП-2 був у середньому на 12% нижче,

ніж показник у групі контролю ($p < 0,05$). При дослідженні встановлено, що середній рівень VEGF був найбільш підвищеним у хворих I типу псевдокіст та на 685% перевищував показники контролю ($p < 0,001$). У хворих на II та III типи псевдокіст цей показник був на 14,3% та на 36,4% нижчим показника, що був зареєстрований у хворих на I тип псевдокіст ($p < 0,05$), але відповідно на 572,4% і на 399,8% був вищим за показники контрольної групи ($p < 0,001$). На основі отриманих даних дисертантом сформульована власна гіпотеза, що в умовах гіпоксії та ішемії підшлункової залози унаслідок її ушкодження, під дією ангіогенних факторів відбувається активація та проліферація ендотеліоцитів, яка завершується процесами неоваскуляризації, а недостатня деградація позаклітинного матриксу, що накопичується, є основною причиною прогресування фіброзу та ремоделювання підшлункової залози із розвитком ускладнень, у тому числі внаслідок повторної дії факторів екзогенної та ендогенної природи.

У розділі 5 «*Стан печінкового та спланхнічного кровотока при різних типах псевдокіст підшлункової залози*» дисертантом на основі аналізу даних доплерівської флуометрії було встановлено, що за ускладнених псевдокіст підшлункової залози компенсаторно-приспосувальні реакції на рівні печінково-спланхнічного кровотока спрямовані на обмеження притоку крові в системі ворітної вени. Це явище супроводжувалося підвищенням загального периферичного опору судин у басейні великої брижової артерії, та залежало від тяжкості стану хворих, зумовлювало зменшення об'ємного кровотока у відповідному судинному колекторі. Кисневу заборгованість печінки компенсувало збільшення об'ємного кровотока за загальною печінковою артерією, при цьому загальний периферичний опір судин у її басейні знижувався тільки за середньої тяжкості перебігу захворювання, за вкрай тяжкого стану хворих загальний периферичний опір судин у цьому басейні достовірно підвищувався. Отже, зменшення кровотока в системі ворітної вени із захисної реакції трансформувалося в патологічну, для якої були характерні прогресуючі ішемія та гіпоксія, порушення функціональної

активності клітин ретикулоендотеліальної системи печінки. У таких хворих не відбувалася компенсація зменшеного кровотока в системі ворітної вени шляхом збільшення припливу крові за загальною печінковою артерією, що зумовлювало сумарне зменшення печінкового кровотока. Ці порушення свідчили про захисну спрямованість, що обмежувала потрапляння мікроорганізмів і токсинів з кишечника в печінку. Такий підхід до діагностики та диференційної діагностики порушень кровообігу в спланхнічній зоні дозволяв найбільш точно виявити порушення й на підставі цього прогнозувати фатальні ускладнення.

У розділі 6 *«Патоморфологічні та імуногістохімічні зміни в стінці різних типів псевдокіст та в паренхімі підшлункової залози»* дисертантом було встановлені зміни, які відбуваються у стінках псевдокіст та у прилеглий паренхімі підшлункової залози. Було визначено, що сполучнотканинний компонент хронічної псевдокісти більш зрілий, ніж гострої. У той же час, переважання колагену III типу вказувало на більш активний синтез фібробластами й фіброцитами саме колагену III типу, тоді як ці клітини менш активно синтезували колаген I типу. Поява колагену I типу в складі сполучнотканинного компоненту стінки псевдокіст була пов'язана з дозріванням молодого колагену III типу в більш зрілий – I типу. У стінці псевдокісти III типу помітно переважав колаген I типу, що вказувало на наявність зрілої волокнистої сполучної тканини. При дослідженні ступеню експресії рецепторів до ендотеліну-1, визначено, що як дефіцит, так і надлишок колагену IV типу в складі базальних мембран судин стінки псевдокісти проявлявся порушенням процесів експресії ендотеліну-1 рецепторами ендотеліоцитів. Дисертантом проведено дослідження популяції клітин, здатних експресувати рецептори до HLA-DR-антигену, у якому встановлено різке збільшення кількості цих клітин у стінці псевдокісти і в паренхімі підшлункової залози у спостереженнях III групи, що свідчило про наявність аутоімунної ланки в морфогенезі патологічного процесу.

У розділі 7 «Хірургічне лікування хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози першого типу» відображені основні результати хірургічного лікування хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози першого типу з використанням малоінвазивних методик. Автором був застосований диференційований індивідуальний підхід, з урахуванням загального стану хворого, виду ускладнення, ступеню дисфункції органа SOFA. Застосування малоінвазивних технологій дозволяло відтермінувати «відкриті» втручання та суттєво зменшити терміни перебування хворих у стаціонарі, що мало економічне та соціальне значення.

Розділ 8 «Хірургічне лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози другого типу» присвячений результатам хірургічного лікування хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози другого типу. Дисертантом було встановлено, що у хворих з ускладненими псевдокістами II типу у 81,5 % випадків малоінвазивні методики були заключним етапом в їх лікуванні. У 18,5 % випадків ці методики використовувалися з метою «вичікувальної» тактики, для полегшення загального стану хворого, з подальшим виконанням лапаротомного втручання. Виконання радикальних оперативних втручань залежало від важкості стану пацієнтів, розповсюдженості ХП, локалізації ПК, стану протокової системи, а також наявністю ускладнень з боку суміжних органів. Використання запропонованого алгоритму дозволило дисертанту досягти летальності в 0,4%.

У розділі 9 «Хірургічне лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози третього типу» відображені результати хірургічного лікування, отримані у хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози третього типу. При лікуванні ускладнених псевдокіст III типу (n=177), малоінвазивні втручання виконані у 36 (20,3%). Лапаротомні оперативні втручання при ускладнених псевдокістах III типу виконані у якості I етапу у 141 (79,7%) хворих. У зв'язку з особливістю анатомії головної панкреатичної протоки при псевдокістах III типу, переважну більшість у структурі втручань

складали повздовжні панкреатоентероанастомози – 46 (32,6%). Ускладнення при «відкритих» оперативних втручаннях спостерігалися у 9 (6,4%), летальність склала 0,7%. Лапаротомні втручання у хворих з псевдокістами III типу, які виконувалися після малоінвазивних втручань, спостерігалися у 9 (25%) хворих.

При лікуванні хворих на ускладнені псевдокісти запропоновані власні модифікації для поліпшення результатів лікування, проведений аналіз результатів лікування у різні терміни після операцій. Використання малоінвазивних методів, в комплексі хірургічного лікування пацієнтів на ускладнені псевдокісти, дозволило знизити загальний розвиток післяопераційних ускладнень до 17,4%, летальність до 0,79%: при I типі – до 34,6% і до 2,5% відповідно; при II типі – до 16,2 і до 0,4% відповідно; при III типі – до 11,3% і до 0,56% відповідно ($\chi^2=16,319$, $p=0,003$).

У розділі 10 *«Визначення ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень у хворих, оперованих із приводу ускладнених псевдокіст підшлункової залози»* дисертантом була розроблена математична модель прогнозування ранніх післяопераційних ускладнень у хворих. При дослідженні якості життя 120 хворих, оперованих з приводу ускладнених псевдокіст за допомогою опитувача SF-36 було встановлено, що при малоінвазивних операціях хворі значимо ($p < 0,05$) вище оцінювали своє: фізичне функціонування – при псевдокістах I та II типів, загальне здоров'я – при псевдокістах II типу, соціальне функціонування – при всіх типах псевдокіст, емоційне функціонування – при псевдокістах II та III типів, психологічне здоров'я – при псевдокістах I та II типів. Тип операції впливав на фізичне функціонування, соціальне функціонування, емоційне функціонування та психологічне здоров'я. Для малоінвазивних операцій були характерні не тільки більш високі оцінки душевного стану, а й частково фізичного.

У розділі *«Аналіз та обґрунтування отриманих результатів»* представлені основні концепції автора відносно стратегії діагностики та хірургічного лікування хворих на ускладнені псевдокісти підшлункової

залози.

«Висновки» дисертаційної роботи сформульовані чітко, логічно впливають з результатів дослідження і відповідають поставленим меті та задачам.

У «Додатку А» автором наведений список публікацій здобувача та перелік апробацій результатів дисертації.

Зауваження до змісту дисертаційної роботи

Оцінюючи зміст, оформлення дисертації, слід підкреслити, що матеріал досліджень, заключна частина, висновки викладені послідовно і логічно, простежується широка літературна обізнаність та наукова ерудиція автора, тому принципів зауважень немає.

Однак, ознайомлення з дисертаційною роботою викликало запитання, що потребують обговорення:

1. У яких випадках при ускладнених псевдокістах підшлункової залози були застосовані панкреатодуоденальні резекції?
2. Про що свідчило підвищення ферменту глутатіонпероксидази-1 у всіх групах хворих?
3. Яка була тактика лікування хворих з компресією органів травного каналу?
4. Чи були протипоказання до застосування рентгеновааскулярної оклюзії судин при кровотечах у порожнину псевдокіст підшлункової залози?

Висновок про відповідність дисертації вимогам, які пред'являються до наукового ступеня доктора медичних наук

Дисертаційна робота Гончарової Наталі Миколаївни на тему: «Діагностика та хірургічне лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози» є закінченим самостійним дослідженням, у якому міститься нове вирішення актуальної проблеми сучасної хірургії – поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози, з урахуванням прогнозування і індивідуалізації хірургічної тактики, шляхом підвищення точності діагностики при використанні сучасних методів

обстеження хворого, розробки та впровадження в клінічну практику диференційованого підходу до вибору методів оперативного лікування при різних видах ускладнень та стадії формування псевдокісти. За своїм обсягом та рівнем досліджень, теоретичною та практичною цінністю, науковою новизною результатів, об'єктивністю та обґрунтованістю висновків дисертаційна робота Гончарової Н.М. «Діагностика та хірургічне лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози» відповідає вимогам п.11 «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого Постановами Кабінету Міністрів України №567 від 24.07.2013 р. та №656 від 19.08.2015 р., що пред'являються до дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, а її автор заслуговує присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.03 «хірургія».

Офіційний опонент:

Перший проректор, професор кафедри хірургії, ендоскопії і реконструктивно-відновної хірургії Донецького національного медичного університету МОЗ України, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії України, доктор медичних наук, професор



П.Г. Кондратенко

Власноручний підпис	<i>П.Г. Кондратенко</i>
ПІДТВЕРДЖУЮ	<i>[Signature]</i>
« 26 » 09 2017 р.	

