

**ВІДГУК**

**офіційного опонента про дисертаційну роботу  
Троценка Сергія Миколайовича «Профілактика  
резидуальних поліпів шлунка та методи їх лікування»,  
подану до спеціалізованої вченої ради Д64.600.01 при  
Харківському національному медичному університеті  
МОЗ України на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 –  
хірургія.**

**Актуальність обраної теми.**

Поліпи шлунка є актуальною медико-соціальною проблемою сучасної хірургії. Поліпи шлунка виявляються в 1-7% дорослого населення, частіше розвиваються в людей у віці 40-60 років.

Не рідкими є обставини, коли у пацієнтів наявні множинні поліпи та поліпи великих розмірів, які часто можуть спричиняти ускладнення – запалення, кровотечу; випадання поліпа вихідного відділу шлунка в дванадцятипалу кишку та його защемлення; і найзагрозливіше ускладнення – переродження поліпа на злоякісну пухлину. Найбільший практичний інтерес представляють резидуальні поліпи, що з'являються в ранні терміни після видалення, при цьому відзначається багаторазове виникнення поліпа на місці вилученого.

Пошук нових методів діагностики патофізіологічних змін, що сприяють повторному росту поліпів шлунку і розробка комплексного патогенетичного методу лікування та профілактики їх рецидивування є особливо важливим сьогодні, що визначає актуальність дисертаційної роботи Троценка С.М.

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

Дисертація є фрагментом планової наукової роботи Державного закладу «Луганський державний медичний університет» МОЗ України №

0110U006714 «Профілактика ускладнених гострих виразок травного тракту у хворих з хірургічною патологією». Автор є співвиконавцем комплексної теми.

**Наукова новизна дослідження і практичне значення роботи.** Дістало подальшого розвитку уточнення ендоскопічної та морфологічної картини резидуальних поліпів шлунка. Встановлено, що 93,8% рецидивів поліпів спостерігається протягом 1-3 років після видалення, переважно в антральному відділі шлунка, у 92,8% вони є поодинокими, у 78,8% мають широку чітко відмежовану основу зі співвідношенням основи і висоти поліпа близьким до 1:1, у 72,6% мають гіперплазіогенну будову, у 20,3% вони є аденомами.

Доповнені наукові дані про зміни тканинної перфузії в антральному відділі шлунка у хворих з поліпами. Виявлено різке зниження амплітуди вазомоторних хвиль (LF-ритм), аж до повної їх відсутності, значне підвищення HF-ритму, помірне –CF-ритму, зниження індексу ефективності мікроциркуляції. Індекс ефективності мікроциркуляції прогресивно знижується з віком, досягаючи критично низьких цифр у віковій групі від 51 до 60 років. У хворих з резидуальними поліпами порушення мікроциркуляції в слизовій оболонці шлунка є ще більш вираженими. Зниження кровотоку та зниження показників амплітудно-частотного спектру спостерігається також у ділянці верхівки резидуальних поліпів та в ділянці 10 мм від його верхівки.

Уточнені наукові дані, що у 44% хворих з поліпами шлунка виявляється наявність інфекції *Hp* різного ступеня інфікованості. Забрудненість слизової антрального відділу шлунка виявляється у 72% пацієнтів і характеризується середнім та важким ступенем інфікованості. При наявності інфікування *Hp* мікроциркуляторні порушення є більш вираженими – в тілі шлунка відзначається зниження амплітуди вазомоторних хвиль, підвищення CF та HF- ритмів, в антральному відділі – виражене зниження LF, CF та HF - ритмів. Прояв мікроциркуляторних

порушень залежить від ступеня інвазії Нр.

Стан анацидності при локалізації поліпів в антральному відділі шлунку виявляється у 82,71 %. Рівень тканинного кровотоку в антральному відділі шлунку залежить від рівня інтрагастральної кислотності – параметр мікроциркуляції є тим нижче, чем вище рН шлункового вмісту.

Практичне значення має запропонований автором комплексний метод профілактики виникнення резидуальних поліпів, який включає опромінення поліпа та ділянки навколо нього низькоінтенсивним лазерним випромінюванням (гелій-неоновим лазером з потужністю випромінювання 20 мВт, довжиною хвилі 0,632 мкм і щільністю потужності 0,05-0,10 мВт/см<sup>2</sup>); внутрішньовенне краплинне введення лікарського препарату L-аргініну та етапну методику ендоскопічного видалення. Розроблений комплексний метод профілактики виникнення резидуальних поліпів після ендоскопічної поліпектомії дозволив в 1,7 рази поліпшити результати лікування хворих з резидуальними поліпами шлунку та запобігти рецидивам захворювання.

Розроблені методики профілактики резидуальних поліпів шлунку та методи їх лікування упроваджено в практичну діяльність хірургічних відділень закладів охорони здоров'я Луганської області, що підтверджено відповідними актами впровадження. Фрагменти дисертації включені в програму навчання студентів, інтернів і клінічних ординаторів на кафедрі хірургії та хірургії ФПО Державного закладу «Луганський державний медичний університет».

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

Робота базується на аналізі результатів обстеження 1450 пацієнтів з поліпами шлунка. Резидуальні поліпи діагностовано у 113 (7,8%) пацієнтів.

В роботі використано сучасні методи дослідження- клініко-лабораторні, інструментальні (езофагогастродуоденоскопія, лазерна доплерівська флуометрія з використанням апарату «ЛАКК-01»), гістологічні, що стало

основою для багатопланового дослідження. Морфологічна структура поліпів вивчена при гістологічному дослідженні матеріалу біоптату та усього видаленого поліпа (досліджено 1174 поліпи). Ендоскопічна пристінкова рН-метрія проведена у 243 пацієнтів.

Статистичну обробку матеріалу проведено з використанням прикладного пакету програм Microsoft Office, Statistica v.6.0, що забезпечило високу вірогідність положень, висновків і рекомендацій сформульованих у дисертації.

**Оцінка змісту роботи та зауваження щодо оформлення.** Дисертаційна робота викладена українською мовою на 168 сторінках машинописного тексту, складається зі вступу, 4 розділів, аналізу та узагальнення одержаних результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та 4 додатків. Обсяг основного тексту дисертації складає 135 сторінок друкованого тексту. Робота ілюстрована 32 таблицями та 20 рисунками. Список використаних джерел містить 214 найменування, з них 117 кирилицею та 97 латиницею.

Анотації займають 6 сторінок, бібліографічний опис наукових джерел – 21 сторінка, додатки – 12 сторінок.

У вступі обґрунтовано актуальність обраної теми, зв'язок обраного напрямку досліджень з планами Луганського державного медичного університету МОЗ України (зазначений номер державної реєстрації науково-дослідної роботи, базової для підготовки та подання дисертації, а також роль автора у виконанні науково-дослідної роботи), сформульовано мету та завдання дослідження, визначено об'єкт та предмет дослідження, охарактеризовано наукову новизну, практичне значення одержаних результатів, власний особистий внесок, наведено апробацію результатів та публікації.

Розділ перший – «Огляд літератури», складається з 7 розділів, відображає усі питання наукового дослідження, завершується загальним висновком про доцільність його проведення.

У другому розділі наведені матеріал та методи дослідження. Всього обстежено 1450 пацієнтів з поліпами шлунка, з них резидуальні поліпи діагностовано у 113 (7,8%) пацієнтів. Автор детально описує методи обстеження. Наведено характеристику методів статистичної обробки та представлення даних.

Розділ 3 «Особливості мікроциркуляторних порушень слизової шлунка у хворих з поліпами шлунка», складається з чотирьох підрозділів. Показано, що мікроциркуляторні порушення в антральному відділі шлунка у хворих з резидуальними поліпами мають більш виражені розлади мікроциркуляції за даними лазерної доплерівської флоуметрії. Усі параметри тканинної перфузії також є нижчими порівняно з референтними значеннями.

Установлено, що показники мікроциркуляції (ПМ, СКО,  $K_v$  та ІЕМ) в антральному відділі шлунка у хворих з резидуальними поліпами достовірно нижчі. Дослідження навколишньої тканини резидуальних поліпів виявило достовірне зниження кровотоку та зниження показників амплітудно-частотного спектру, що можна пояснити наявністю в цій ділянці сполучної тканини.

У ділянці верхівки поліпів зареєстровані критичні цифри падіння тканинної перфузії, причому ці показники не залежали від клінічної картини, числа рецидивів, кількості поліпів, віку пацієнтів. На відстані 10 мм від верхівки поліпа в переважній більшості випадків зареєстровано значне зниження тканинного кровотоку. В амплітудно-частотному спектрі вазомоторні хвилі LF-ритму не зареєстровані, різко знижені амплітуди HF- і SF-ритмів. Ці зміни амплітудно-частотного спектра свідчать про зниження кровотоку.

Аналіз резидуальних поліпів показав наявність особливої їх морфологічної будови. Відзначено формування фіброепітеліальних сосочків

з нерівномірно вираженим ангіоматозом, зменшення щільності залізистих структур і перігландулярний фіброз, високу поширеність кістозно-розширених залоз. В основі окремих поліпів було виявлено подобу фіброзного ядра, що віддає сполучнотканинні тяжі аж до стромальної основи новоутворених сосочків. Мікроскопічна картина відповідає характеристиці «гіперплазіогенного поліпа», тобто доброякісного фіброепітеліального пухлиноподібного утворення слизової оболонки шлунка з наявністю тих чи інших вторинних змін.

Установлено, що при поліпах шлунка більш характерним є середній і важкий ступінь інвазії *H. pylori* антрального відділу. У ділянці тіла відзначена зворотна залежність: забрудненість *H. pylori* легкого ступеня зустрічалась частіше важкого ступеня. Оцінюючи мікроциркуляторні порушення в слизовій оболонці шлунка, було відзначено, що у хворих з інфікованими *H. pylori* поліпами шлунка мікроциркуляторні порушення більш виражені. Усі показники тканинної перфузії статистично достовірно відрізнялися як від контрольних значень, так і від показників у групі поліпів шлунка, неасоційованих з *H. pylori*. У хворих з асоційованими з *H. pylori* поліпами шлунка в амплітудно-частотному спектрі спостерігалася тенденція до зниження амплітуди вазомоторних хвиль, підвищення CF- і HF-ритмів. При поліпах шлунка без супутньої *H. pylori*-інфекції виявлялися зміни тканинного кровотоку в тілі шлунка, однак найбільш вираженими вони були саме за наявності обсіменіння слизової *H. pylori*. У хворих з поліпами шлунка, асоційованими з *H. pylori* середнього ступеня обсіменіння, мікроциркуляторні порушення у фундальному відділі характеризувалися більшим ступенем прояву.

На фоні зниженого кислотопродукування порушення мікроциркуляції порівняно з контрольною групою були більш виражені, що підтверджувалось відмінністю усіх показників тканинної перфузії. При поліпах шлунка на тлі гіпоацидності показники статистично достовірно відрізнялися від контрольних значень. В амплітудно-частотному спектрі відмічено значне

зменшення амплітуди вазомоторних хвиль LF-ритму й підвищення амплітуди HF- і CF-ритмів.

Розділ 4 «Профілактика виникнення резидуальних поліпів шлунка та оцінка ефективності комплексного методу лікування хворих з резидуальними поліпами шлунка», складається з п'яти підрозділів.

Наведено ендоскопічні методи лікування 1450 хворих з поліпами шлунку, методику ендоскопічного видалення резидуальних поліпів. Автор показує, що видалення резидуального поліпа визначався його локалізацією та особливостями будови. Обґрунтовує їх видалення методом етапної електроексцизії.

Наведено комплексний ендоскопічний метод лікування резидуальних поліпів у 42 хворих. Першим етапом застосування комплексного методу була біопсія поліпа. Якщо підтверджувалася доброякісність процесу – опромінювали поліп та ділянку навколо нього гелій-неоновим лазером ЛГ-75 з потужністю випромінювання 20 мВт, довжиною хвилі 0,632 мкм та щільністю потужності 0,05-0,10 мВт / см<sup>2</sup>. Опромінення проводили протягом 3-х хвилин. Усім хворим з поліпами шлунка призначалося консервативне лікування з урахуванням наявності інфікування Нр та типу шлункової секреції. За наявності Нр-інфекції для ерадикації Нр використовували модифіковану схему III Маахстрійського консенсусу. Також проводилося внутрішньовенне крапельне введення лікарського препарату, що вмістить аргінін при початковій швидкості 10 крапель/хв, через 20 хв. від початку введення швидкість збільшували до 30 крап./хв. Добова доза препарату становила 4,2 м (100 мл). Курс лікування становив два тижні.

Застосування розробленої методики дозволило прискорити загоєння дефекту слизової оболонки шлунка у 88,9% хворих основної групи до 3-4 тижнів. Показано, що на місці вилученого резидуального поліпа формувався рубець, до якого конвергували складки слизової, при цьому утворився більш м'який рубець без надлишкового утворення грануляційної тканини. Під час динамічного спостереження рецидиви поліпоутворення не відзначалися. У

групі порівняння повна епітелізація завершувалася в 76,5% хворих на 4-5 тиждень, рубцева тканина була сильно виражена, тому іноді важко було її диференціювати від виникнення рецидиву.

Розділ «Аналіз та узагальнення отриманих результатів дослідження» резюмує результати проведеного дослідження. В розділі наведені основні найбільш важливі положення дисертації.

Висновки є логічним завершенням даної роботи, відповідають поставленій меті та завданням дисертаційної роботи, базуються на аналізі отриманих результатів.

Зважаючи на викладене вважаю, що дисертаційна робота Троценко Сергія Миколайовича виконана на сучасному науковому рівні, об'єм проведеного дослідження відповідає поставленій меті й окресленим завданням.

Основні положення дисертації повністю викладені в авторефераті дисертації.

### **Повнота викладу матеріалів дисертації в опублікованих працях та в авторефераті.**

За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 14 наукових робіт, з них 8 статей у фахових виданнях рекомендованих МОН України для захисту кандидатських дисертацій з медичного напрямку, у тому числі, 1 – у журналі з наукометричним індексом Scopus, 5 тез у матеріалах науково-практичних конференцій, отримано 1 патент України на корисну модель. Зміст автореферату відповідає основним положенням дисертації.

### **Недоліки дисертації та автореферату щодо їх змісту та оформлення.**

Принципових зауважень по роботі Троценка С.М. не маю. Але хочу зазначити, що в роботі зустрічаються не зовсім точні україномовні вирази. Автор використовує термін «досліджувати вплив» (задача 3) замість



дослідити , «слизувата оболонка шлунку і слизова оболонка шлунку». Не дуже вдалими є термін «шлунковий анамнез», «порушення мікроциркуляції досягають свого піка зі збільшенням віку хворого». Список літератури включає застарілі джерела ( більше 25 років). Є посилання на автореферати дисертацій – бажано було б наводити статті .

У порядку дискусії я хотів би поставити наступні питання:

1. Який вплив на слизову оболонку шлунку здійснює низькоінтенсивне лазерне випромінювання та як Ви оцінювали його у своїй роботі?
2. За якою методикою оцінювали інфікованість Нр слизової оболонки шлунку та як визначали її ступінь?
3. Чи були ускладнення ендоскопічної поліпектомії та як проводилася їх корекція?
4. Чому у Вашій роботі велика кількість літературних джерел минулого століття?

**Рекомендації щодо використання результатів дисертації в практиці.**

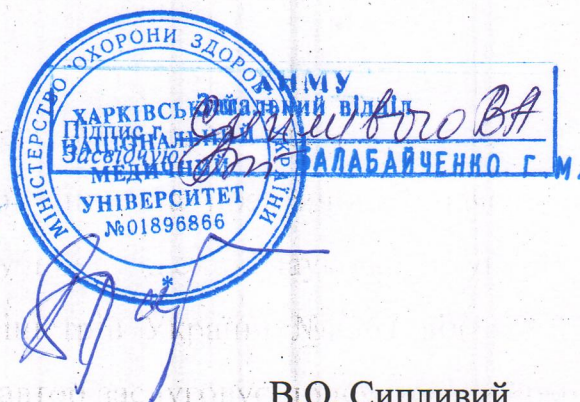
У практичну діяльність закладів охорони здоров'я України може бути рекомендований розроблений комплексний метод профілактики виникнення резидуальних поліпів після ендоскопічної поліпектомії. Результати роботи слід використовувати в навчальному процесі вищих навчальних медичних закладів України.

### **Висновок**

Дисертаційна робота Троценка Сергія Миколайовича на тему «Профілактика резидуальних поліпів шлунку та методи їх лікування» є закінченим науковим дослідженням, в якому отримані нові науково обґрунтовані результати, що в сукупності вирішують конкретну наукову задачу – покращення результатів лікування хворих з поліпами шлунку і є суттєвими для хірургічної науки та практики.

Дисертаційна робота Троценка Сергія Миколайовича за актуальністю проблеми, що вивчається, науковою новизною та практичним значенням відповідає вимогам пункту 11 «Порядку присудження наукових ступенів» затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України № 567 від 24.07 2013 року та змінами від 2015 року, а її автор заслуговує присудження йому наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальність 14.01.03 – хірургія

Офіційний опонент  
завідувач кафедри загальної хірургії № 2  
Харківського національного медичного  
Університету МОЗ України,  
доктор медичних наук, професор



В.О. Сипливий