

## ВІДГУК

офіційного опонента, доктора медичних наук Ничитайла Михайла Юхимовича, головного наукового співробітника відділу лапароскопічної хірургії та холелетіазу ДУ «Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова про наукову новизну, теоретичне та практичне значення результатів дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD) Сочневої Анастасії Львівни за темою «Антеградні ендобіліарні втручання в комплексному хірургічному лікуванні пацієнтів із захворюваннями гепатикохоледоху, ускладненими механічною жовтяницею», подану до захисту на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD) за спеціальністю 222 «Медицина», спеціалізація «Хірургія».

**Актуальність проблеми.** Провідним симптомом захворювань гепатикохоледоху є механічна жовтяниця. Виконання оперативних втручань з приводу захворювань гепатикохоледоху, ускладнених механічною жовтяницею, пов'язане з розвитком ускладнень більш ніж у 50% пацієнтів і летальністю в 9,8-15% випадків. Результати лікування залежать безпосередньо від ступеня тяжкості механічної жовтяниці. Незважаючи на стрімкий розвиток гепатобіліарної хірургії відсутня єдина класифікація тяжкості механічної жовтяниці.

Багато дослідників пов'язують тяжкість механічної жовтяниці з вихідним рівнем білірубіну сироватки крові. Одні автори класифікують гіпербілірубінемію до 100 мкмоль / л як легку жовтяницю, 100-200 мкмоль / л як середньої тяжкості жовтяницю і більше 200 мкмоль / л як тяжку ступінь механічної жовтяниці. Інші автори для визначення тяжкості механічної жовтяниці використовують кілька і більше ознак. Процес оцінки тяжкості механічної жовтяниці має базуватися на клінічних ознаках і загальноприйнятих лабораторних даних, які легко використовуються в повсякденній практичній діяльності хірурга.

Більшість авторів вважають, що виконання операцій при рівні білірубіну до 50 мкмоль / л не супроводжується розвитком ускладнень. Високий рівень білірубінемії змушує вдатися до виконання заходів у першу чергу

спрямованих на здійснення біліарної декомпресії, усунення явищ механічної жовтяниці і її ускладнень і профілактики розвитку більш важкої печінкової недостатності, що вже є.

Ендоскопічні втручання залишаються методом вибору лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холедохолітіазом. Однак до сих пір немає відповіді на питання, що стає основною причиною невдалої ендоскопічної папілосфінктеротомії. Такі наслідки невдалої ендоскопічної папілосфінктеротомії, як рефлюкс-холангіт і прогресування печінкової недостатності посилює тяжкість стану пацієнта і диктує необхідність виконання реконструктивно-відновних операцій в умовах механічної жовтяниці і її безпосередніх ускладнень.

Окрім холедохолітіазу і стриктур гепатикохоледоха одними з важких захворювань органів гепатобіліарної зони залишаються стриктури білідигестивних анастомозів, які мають запальний характер. У переважній більшості випадків дана патологія є наслідком пошкодження жовчних проток, неправильного їх дренивання, грубих хірургічних маніпуляцій на протоках і триваючої пухлинної інвазії.

Отримати прямий мініінвазивний доступ до жовчовивідних протоках також можливо за допомогою антеградний ендобіліарних втручань. У низки пацієнтів при невдалій спробі або неможливості виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії, зважаючи на технічні та анатомічні особливості виконують черезшкірне черезпечінкове холангіодренування під рентген- та УЗД-контролем з метою декомпресії жовчовивідних шляхів.

Однак досі, не знайдено відповідь на питання який саме спосіб біліарної декомпресії у пацієнтів із захворюваннями гепатикохоледоха, ускладненими на механічну жовтяницю слід обирати.

Автор у своєму дослідженні спробувала знайти взаємозв'язок між швидкістю декомпресії і початковим рівнем білірубіну сироватки крові, тривалістю і причиною механічної жовтяниці, а також способом біліарної декомпресії та відповісти на питання, що цікавлять багатьох дослідників.



**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами,** Дисертаційне дослідження є фрагментом планової НДР кафедри хірургії Харківського національного медичного університету «Удосконалення та розробка методів діагностики і хірургічного лікування захворювань і травм органів черевної порожнини та грудної клітки, судин верхніх та нижніх кінцівок із використанням мініінвазивних методик у пацієнтів з високим ризиком розвитку післяопераційних ускладнень, 2016-2018», УДК: 617.54/.55-001-07-089.819-089.168.1-06, № держреєстрації 0116U004991, в якій аспірант Сочнева Анастасія Львівна була співвиконавцем та її власні дослідження стали фрагментом даної науково-дослідної роботи.

### **Наукова новизна одержаних результатів.**

У дисертаційному дослідженні за даними ретроспективного аналізу узагальнено та наведено нові дані про чинники ризику розвитку післяопераційних ускладнень у пацієнтів із захворюваннями гепатикохоledоху, ускладненими механічною жовтяницею. До несприятливих прогностичних критеріїв перебігу післяопераційного періоду належать: проксимальний рівень біліарного блоку, хронічна механічна жовтяниця та початковий рівень білірубінемії, вищий ніж 150 мкмоль/л, наявність холангіту, особливо гнійної його форми, високий операційний ризик за Гологорським та хибнонегативні або хибнопозитивні дані діагностичних методів інструментальних досліджень (ультразвукове дослідження, фіброезофагогастродуоденоскопія, мультиспіральна комп'ютерна томографія).

Уточнено швидкість зниження загального білірубіну (значення b) під час біліарної декомпресії, за допомогою формули переоцінки швидкості зниження загального білірубіну, запропонованої Т. Shimizu та К. Yoshida, в залежності від початкового його рівня та тривалості механічної жовтяниці. Встановлено, що у пацієнтів із доброякісними захворюваннями гепатикохоledоху при неефективних спробах ендоскопічного лікування спостерігається рефрактерна швидкість. При використанні антеградних

ендобіліарних втручань, відмічено швидке зниження загального білірубіну під час біліарної декомпресії при його рівні  $\geq 400$  мкмоль/л, при його рівні [150-250) мкмоль/л - середню швидкість та при  $< 150$  мкмоль/л - дозована швидкість. В залежності від тривалості механічної жовтяниці встановлено, що швидке зниження була характерним для гостро тривалої та хронічної механічної жовтяниці. При гострій механічній жовтяниці відмічено середню швидкість зниження. У пацієнтів зі злоякісними захворюваннями гепатикохоледоху в незалежності від тривалості жовтяниці та початкового рівня загального білірубіну сироватки крові відмічено середню швидкість під час біліарної декомпресії, що дозволяє уникнути розвитку «синдрому швидкої біліарної декомпресії».

Уперше за допомогою Пуасонівського процесу (Poisson), а точніше квазі-Пуасонівського розподілу (quasi-Poisson), визначено оптимальні терміни біліарної декомпресії в залежності від початкового рівня загального білірубіну сироватки крові. Встановлено, що пацієнтам з нерезектабельними злоякісними захворюваннями гепатикохоледоху достатньо у середньому 7-8 діб для зниження загального білірубіну до 50 мкмоль/л (останній знижується у середньому на 13-14% за добу), у пацієнтів із доброякісними захворюваннями гепатикохоледоху, біліарна декомпресія триває у середньому 10-12 діб (загальний білірубін знижується в середньому на 10% за добу), пацієнтам зі злоякісними захворюваннями гепатикохоледоху, яким планується виконання реконструктивно-відновних операцій, на біліарну декомпресію потрібно не менше 12-ти діб (у середньому кожен добу показник білірубіну буде нижчим на 8%, ніж у попередню).

Удосконалено та застосовано методику лікування «ендоскопічно складних» форм холедохолітіазу, за допомогою комбінованих (антеградних та ретроградних) мініінвазивних втручань, з урахуванням анатомічних особливостей жовчовивідних проток та великого дуоденального сосочка, що дозволяє розв'язати холедохолітіаз у пацієнтів із тяжкою супутньою патологією та високим операційним ризиком. Застосування антеградних



ендобіліарних втручань та удосконаленого методу лікування холедохолітіазу дозволило зменшити кількість ускладнень біліарної декомпресії з 78,9% до 6,67%, у порівнянні з пацієнтами після неефективної спроби ендоскопічного лікування, кількість реконструктивно-відновних операцій з 52,6% до 6,67% та рівень летальності з 10,5% до 6,67%.

Уточнено переваги використання антеградних ендобіліарних втручань як мініінвазивного лікування на етапі передопераційної підготовки до реконструктивно-відновних операцій порівняно з виконанням останніх без попередньої біліарної декомпресії. Встановлено, що у цих пацієнтів вдалося зменшити рівень післяопераційних ускладнень з 27,3% до 18,2% та рівень летальності з 18,2% до 9,1%.

Уперше розроблено та науково обґрунтовано оригінальну програму прогнозування вибору об'єму оперативного лікування, яка дозволила сформулювати тактику лікування захворювань гепатикохоледоху, ускладнених механічною жовтяницею. Отримані результати дозволили виокремити прогностичні маркери, що впливають на вибір обсягу оперативного лікування на доопераційному етапі: правильність діагнозу при надходженні до стаціонару, рівень біліарного блоку, тривалість механічної жовтяниці, правильний клінічний діагноз, операційний ризик за Гологорським, наявність або відсутність холангіту, початковий рівень загального білірубіну сироватки крові, результати ультразвукового дослідження, фіброгастроуденоскопії і мультиспіральної комп'ютерної томографії. Розроблений спосіб вибору об'єму оперативного лікування дозволив правильно передбачити його обсяг у 89,1% пацієнтів ретроспективної частини дослідження та науково обґрунтувати хірургічну тактику лікування у 88% пацієнтів проспективної частини дослідження, в якій оптимізовано показання для застосування різних методів біліарної декомпресії з урахуванням початкової тяжкості механічної жовтяниці, що забезпечує мінімізацію випадків розвитку післяопераційних ускладнень.

**Теоретичне значення результатів дослідження.**

Використання алгоритму удосконаленої тактики хірургічного лікування хворих із захворюваннями гепатикохоледоху, ускладненими механічною жовтяницею забезпечує зниження кількості ускладнень, а також зменшення тяжкості в разі їх виникнення, та зниження післяопераційної летальності, забезпечує відновлення пасажу жовчі у дигестивний тракт, що значно покращує ефективність лікування та якість життя оперованих пацієнтів.

Отримані результати важливі для абдомінальної хірургії, оскільки отримані в ході проведення клінічного дослідження нові наукові знання розкривають нові можливості для широкого застосування методу прогнозування обсягу хірургічного лікування не тільки захворювань гепатикохоледоху, ускладнених механічною жовтяницею, а й інших нозологічних одиниць, що може бути поштовхом до вивчення даного методу в інших галузях медицини.

### **Практичне значення одержаних результатів.**

Практичній охороні здоров'я запропоновано для диференційованого підходу до вибору оптимального хірургічного лікування при доброякісних та злоякісних захворюваннях гепатикохоледоху, ускладнених механічною жовтяницею, та для зниження кількості післяопераційних ускладнень використовувати запропоновану прогностичну модель вибору обсягу оперативного лікування (патент України на корисну модель № u 125885 від 25.05.2018. «Спосіб вибору об'єму оперативного лікування у пацієнтів із захворюваннями гепатикохоледоху, ускладненими механічною жовтяницею»).

Запропонований спосіб лікування холедохолітіазу з урахуванням використання комбінованого антеградного та ретроградного доступів, який дозволяє розв'язати «ендоскопічно складні» форми холедохолітіазу та знизити кількість ендоскопічних утручань та їх ускладнень, а також уникнути виконання традиційних операцій, зменшити летальність (патент України на корисну модель № u 126337 від 11.06.2018. «Спосіб лікування холедохолітіазу»).



Запропоновано визначати оптимальні терміни виконання реконструктивно-відновних операцій на підставі розрахунків тривалості біліарної декомпресії за допомогою антеградних ендобіліарних утручань залежно від початкового рівня загального білірубіну сироватки крові та тривалості механічної жовтяниці.

Упровадження результатів дослідження в клінічну практику дозволило значно покращити якість надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями гепатикохоледоху, ускладненими механічною жовтяницею. Розроблені автором методи профілактики розвитку ускладнень лікування є мініінвазивними, технічно нескладними оперативними втручаннями та можуть бути використані в умовах міських лікарень.

Результати дослідження впроваджені у хірургічних клініках: ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», Міській клінічній лікарні швидкої та невідкладної допомоги ім. проф. А.І. Мещанінова м. Харкова; а також у навчальний процес кафедри хірургії №1 Харківського національного медичного університету.

**Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій.**

Положення та висновки дисертації базуються на результатах діагностики та лікування 118 пацієнтів із захворюваннями гепатикохоледоху, ускладненими механічною жовтяницею що знаходилися на лікуванні з 2011 по 2017 рік, які були розділені на три групи, у кожній з яких виділено підгрупи порівняння А та Б відповідно. При виконанні наукового дослідження були використані методики, апаратура, лабораторні, інструментальні методи дослідження, хірургічний інструментарій, атестовані і дозволені до використання в медичній науці та практиці. Розподіл пацієнтів на групи та підгрупи дозволив доказово оцінювати результати діагностики та лікування включених до дослідження пацієнтів. Статистичний аналіз масиву даних результатів проведених досліджень оброблявся методами математичної

статистики. Результати дослідження оброблено за допомогою програмного забезпечення Excel 2010, SPSS і вільного програмного забезпечення для статистичних обчислень R. Репрезентативність дослідження оцінювали за критерієм Манна-Уїтні, t-критерієм Стюдента і критерієм  $\chi^2$ , довірчі інтервали - за методом Клоппера-Пірсона. При визначенні ступеня достовірності результатів приймали рівень значущості  $p < 0,05$ , що відповідає 95 % і вище ймовірності безпомилкового прогнозу.

### **Загальна характеристика дисертаційної роботи**

Загальний обсяг роботи – 254 сторінки тексту. Робота складається зі вступу, огляду літератури, матеріалів та методів, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій та додатків; ілюстрована 68 рисунками та 33 таблицями. Перелік літератури містить 227 джерел, з них 94 кирилицею та 134 латиницею.

У «Вступі» стисло і логічно дисертантка обґрунтовує актуальність вибраної теми, стан наукової проблеми та її значення. Тут чітко і конкретно формулюється мета і завдання дослідження, дається загальна характеристика роботи, обґрунтовується необхідність проведення даного дослідження, показується наукова новизна і практична значимість дисертаційної роботи.

В першому розділі «Огляд літератури» проаналізовано та описано визначення, етіологію та діагностику захворювань гепатикохоледоху, ускладнених механічною жовтяницею, аналіз та узагальнення основних сучасних тенденцій лікування пацієнтів із доброякісними та злоякісними захворюваннями органів гепатопанкреатобіліарної зони, сучасні підходи та тактику лікування, оперативні втручання у таких пацієнтів, ранні та пізні ускладнення після традиційних та мініінвазивних операцій.

Інформація першого розділу актуальна, сучасна, викладена структуровано і доступна для сприйняття.

Розділ другий «Матеріали та методи» присвячений описанню досліджуваних груп хворих та їх порівняльні характеристики. В основу клінічної частини дослідження було покладено аналіз результатів



діагностики, лікування та післяопераційного спостереження за 118 пацієнтами із захворюваннями гепатикохоледоху, ускладненими механічною жовтяницею. Розділ починається с опису дизайну роботи, принципів формування груп дослідження. Чітко окреслені критерії оцінки результатів, які повністю відповідають меті та завданням дослідження. Методи дослідження, залучені автором – сучасні, дозволяють провести всебічне обстеження пацієнтів із захворюваннями гепатикохоледоху, ускладненими механічною жовтяницею. Кількість пацієнтів та наявність підгруп порівняння дозволяють стверджувати, що методологія побудови дизайну правильна. Матеріал легко читається та сприймається. Статистична обробка даних дозволила автору прийти до заключення, що усі підгрупи порівняння у кожній з 3 груп, є репрезентативними за вище наведеними ознаками, що дозволило проводити в подальшому між ними порівняльний аналіз результатів лікування.

У третьому розділі **«Оцінка ефективності лабораторних та інструментальних методів діагностики захворювань гепатикохоледоху, ускладнених механічною жовтяницею»** висвітлює ефективність інструментальних методів дослідження у діагностиці та диференційній діагностиці доброякісних та злоякісних захворювань гепатикохоледоху, ускладнених механічною жовтяницею. Встановлено, що найбільшу діагностичну точність при холангіокарциномах має мультиспіральна комп'ютерна томографія – 91,5%, при холедохолітіазі навпаки ультразвукове дослідження – 94,5%. Також визначено точність, чутливість та специфічність антеградного прямого контрастування жовчовивідних проток. Черезшкірна черезпечінкова холангіографія має точність: при «ендоскопічно складних формах» холедохолітіазу – 86,5%, стриктурах гепатикохоледоху – 84,1%, стриктурах білідигестивних анастомозів – 87,8% та холангіокарциномах – 97,5%, та дає можливість контрастувати усі відділи жовчовивідних проток, а також оцінити рівень та повноту біліарного блоку. Розділ добре ілюстрований, викладений послідовно і доказово.

Розділ четвертий присвячений **«Результатам та порівняльній характеристиці комплексного хірургічного лікування доброякісних захворювань гепатикохоledoху, ускладнених механічною жовтяницею»** у пацієнтів 1 групи. Встановлено, що застосовуючи антеградні ендобіліарні втручання, автору вдалося знизити ризик розвитку ускладнень біліарної декомпресії порівняно з пацієнтами, у яких була невдала спроба ендоскопічного лікування з 15 (78,9%) до 1 (6,67%), а також знизити кількість ускладнень після реконструктивно-відновних операцій з 10 (52,6%) до 1 (6,67%) і рівень летальності з 2 (10,5%) до 1 (6,67%).

Отримані результати свідчать про те, що застосування антеградних ендобіліарних втручань у пацієнтів із доброякісними захворюваннями гепатикохоledoху, ускладненими механічною, у яких усунути останню ендоскопічним шляхом не можливо, сприятливо позначається на функціональній активності печінки, про що свідчать клінічна картина й лабораторні дані, у першу чергу рівень загального білірубіну сироватки крові. Проведений аналіз виконаного лікування дає автору підстави дійти висновку, що антеградні ендобіліарні втручання можуть бути альтернативою ендоскопічному лікуванню на етапі біліарної декомпресії та можуть дозволити підготувати пацієнта до реконструктивно-відновної операції й уникнути ризику розвитку ускладнень після останньої. Розділ завершується підсумком та списком праць. Суттєвих зауважень до четвертого розділу немає.

Розділ 5 **«Результати та порівняльна характеристика реконструктивно-відновних операцій у пацієнтів зі злоякісними захворюваннями гепатикохоledoху, ускладненими механічною жовтяницею, з урахуванням використання антеградних ендобіліарних втручань»** пояснює позитивні сторони використання антеградних ендобіліарних втручань на етапі передопераційної підготовки пацієнтів із холангіокарциномами до реконструктивно-відновного оперативного лікування, тоді як в групі порівняння передопераційна підготовка була відсутньою, що дозволяє індивідуально коригувати тактику лікування



пацієнтів із резектабельними холангіокарциномами. Про це свідчить зниження кількості ускладнень з 27,3% до 18,2% та зниження рівня летальності з 18,2% до 9,1%. Суттєвих зауважень до 5 розділу немає.

У розділі 6 **«Результати та порівняльна характеристика паліативного лікування злоякісних захворювань гепатикохоledоху, ускладнених механічною жовтяницею з урахуванням використання антеградних ендобіліарних утручань»** представлено аналіз використання зовнішнього та зовнішньо-внутрішнього черезшкірного черезпечінкового холангіодренування у пацієнтів із нерезектабельними холангіокарциномами у якості паліативного лікування, що надає оцінку ефективності використання останніх методів і доводить, що використання зовнішньо-внутрішнього холангіодренування у порівнянні з зовнішнім не збільшує ні тривалість біліарної декомпресії, ні кількість ускладнень, ні рівень летальності. Встановлено, що при наявності анатомічних та технічних можливостей слід виконувати зовнішньо-внутрішнє черезшкірне черезпечінкове холангіодренування. Загалом розділ також гарно ілюстрований діаграмами, холангіограмами, побудований методично і коректно.

Також у розділах 4, 5, 6 наведено розрахунки оптимальної тривалості біліарної декомпресії за допомогою антеградних ендобіліарних втручань, визначені за допомогою Пуасонівського та квазі-Пуасонівського процесів, за допомогою якого було відображено процес зниження загального білірубіну сироватки крові у часі. Автором встановлено, що найшвидше процес зниження загального білірубіну відбувається у пацієнтів з нерезектабельними злоякісними захворюваннями гепатикохоledоху. Для таких пацієнтів достатньо у середньому 7-8 діб для зниження загального білірубіну до 50 мкмоль/л (загальний білірубін знижується у середньому на 13-14% за добу). У пацієнтів із доброякісними захворюваннями гепатикохоledоху, процес відбувається дещо повільніше. Тривалість біліарної декомпресії у цієї категорії пацієнтів у середньому становить 10-12 діб (загальний білірубін знижується в середньому на 10% за добу). Для пацієнтів зі злоякісними

захворюваннями гепатикохоledoху яким планується виконання реконструктивно-відновних операцій, на біліарну декомпресію потрібно не менше 12-ти діб (у середньому кожен добу показник білірубіну буде нижчим на 8%, ніж у попередню).

**Розділ. 7 «Вибір об'єму оперативного лікування у пацієнтів із захворюваннями гепатикохоledoху, ускладненими механічною жовтяницею»** У розділі наведено математичну прогностичну модель вибору обсягу хірургічного лікування, що побудована за допомогою дискримінантного аналізу. Вважати методику прогнозування як ефективну та значущу для практичного використання авторіві дозволили отримані високі результати якості класифікації. 88% пацієнтів вдалося класифікувати правильно за способами лікування. Таким чином, прогностна та реальна оцінки результатів лікування досить схожі.

**Розділ «Аналіз та узагальнення результатів»** резюмує результати проведеного дослідження. В розділі сконцентровані основні, найбільш важливі положення дисертації.

**Висновки** автора повністю походять з отриманих даних роботи, викладено стисло та чітко у 6 пунктах. Викладені найбільш важливі наукові та практичні результати дисертації, містять формулювання розв'язання конкретного наукового завдання та відповідають задачам роботи.

Список літератури оформлений відповідно вимогам ДАК України і основна частина джерел сучасні.

Порушення академічної доброчесності не виявлено.

**Повнота викладу матеріалів дисертації в опублікованих працях.**

За темою дисертації опубліковано 23 наукові роботи, у тому числі 12 статей, з них: 8 у вітчизняних наукових фахових виданнях, 4 статті – в іноземних журналах, 9 тез та 2 деклараційних патенти України на корисну модель.



### **Недоліки дисертаційної роботи щодо їх змісту і оформлення.**

Дисертація оформлена якісно і на достатньо високому рівні. Виявлені незначні стилістичні недоліки та орфографічні помилки. Однак, це не впливає на значимість дисертації як наукової роботи.

Разом з тим, загальне враження від дисертації позитивне, а зауваження не носять принципового характеру.

У порядку дискусії я хотів би поставити наступні запитання:

1. Які основні несприятливі фактори, що визначають незадовільні результати черезшкірного черезпечінкового холангіодренування?
2. Які ускладнення спостерігалися у віддаленому періоді після накладання гепатикосюностомії за Ру?
3. Через який час Ви видаляли черезшкірний черезпечінковий холангіодренаж, який залишали у якості «каркасного» під час реконструктивно-відновних оперативних втручань?

**Рекомендації щодо використання результатів дисертації у практиці.** Використання результатів дослідження слід рекомендувати до широкого застосування в практичній охороні здоров'я, оскільки розроблені автором підходи до лікування захворювань гепатикохоледоху, ускладнених механічною жовтяницею та методи профілактики післяопераційних ускладнень сприяють зменшенню їх кількості, зменшенню летальності та терміну перебування пацієнта у стаціонарі, що в свою чергу зменшує витрати охорони здоров'я на лікування даної тяжкої категорії пацієнтів.

### **Відповідність дисертації встановленим вимогам.**

Дисертаційна робота Сочневої Анастасії Львівни «Антеградні ендобіліарні втручання в комплексному хірургічному лікуванні пацієнтів із захворюваннями гепатикохоледоху, ускладненими механічною жовтяницею» виконана під науковим керівництвом доктора медичних наук, члена-кореспондента НАМН України, професора В.В. Бойко і представлена на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD), є закінченим науковим дослідженням, яке містить нові науково обґрунтовані положення та

висновки, а також важливі практичні результати, що дозволяють значно поліпшити результати хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями гепатикохоledoху, ускладненими механічною жовтяницею.

Таким чином, можна зробити висновок, що за своєю актуальністю, науковою новизною, обсягом проведеного дослідження, обґрунтованістю, достовірністю, глибиною узагальнень, висновків і практичних рекомендацій дисертаційна робота Сочневої А.Л. за темою «Антеградні ендобіліарні втручання в комплексному хірургічному лікуванні пацієнтів із захворюваннями гепатикохоledoху, ускладненими механічною жовтяницею» відповідає вимогам пункту 10 Порядку проведення експерименту з присудження ступеня доктора філософії, затвердженого постановою КМУ від 06.03.2019 № 167 та Вимогам до оформлення дисертації, затвердженими наказом МОН України від 12.01.2017 № 40, які пред'являються до дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD), а здобувач заслуговує присудження йому наукового ступеня доктора філософії (PhD) за спеціальністю 222 «Медицина», спеціалізація «Хірургія».

**Офіційний опонент:**  
Головний науковий  
співробітник відділу  
лапароскопічної хірургії  
та холелітіазу Національного  
інституту харургії та  
трансплантології  
ім. О.О. Шалімова, доктор  
медичних наук, професор,  
чл.- кор. НАМНУ

  
  
  
**М.Ю. Ничитайло**  
20\_\_ р.