

ОТЗЫВ

официального оппонента заведующего кафедрой хирургических болезней с курсом урологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,
доктора медицинских наук, профессора Аристархова Владимира Георгиевича
по диссертации Сахипова Дамира Ренатовича на тему:

«Дифференцированная тактика при хирургическом лечении больных с диффузным токсическим зобом», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, по специальности 14.01.17 – Хирургия

Актуальность проблемы.

Проблема токсического зоба в России очень актуальна. Во-первых, это не редкое заболевание в России, достигает 2% от общего числа жителей. Во-вторых, нет единого мнения на объем операции при диффузно-токсическом зобе (ДТЗ).

Одни предлагают органосберегающую операцию: субтотальную резекцию щитовидной железы. Другие – тиреоидэктомию, объясняя это тем, что довольно высок процент рецидива, но этот процент у хирургов различен – от 2 до 30%. Но тиреоидэктомия нередко дает ближайшие серьезные осложнения, т.к. парез голосовых связок и гипопаротиреоз.

У хирургов-эндокринологов, работающих в специализированных отделениях, процент рецидива от 2 до 10, не более, а у остальных больных остается железа и она функционирует и продуцирует не только T_3 и T_4 , которые можно заменить синтетическими аналогами, но и кальцитонин, отсутствие которого приводит к остеопорозу. Тем более, тиреоидэктомия нередко приводит к гипопаратиреозу и повреждению возвратного нерва. Необходимо подчеркнуть, что больные после тиреоидэктомии с гипотиреозом вынуждены принимать большие дозы тиреоидных гормонов, которые могут спровоцировать нарушение ритма, ишемическую болезнь сердца, гипертонию. Известно, что у данной категории больных смертность от сердечно-сосудистой патологии на 15% выше, чем в популяции.

Учитывая выше сказанное, автор решил изучить – кому из больных с ДТЗ нужно делать тиреоидэктомию, а кому субтотальную резекцию.

Целью исследования стало улучшить отдаленные результаты хирургического лечения больных с ДТЗ посредством разработки и внедрения

индивидуализированного подхода к определению объема операции на щитовидной железе.

Для выполнения этой цели был поставлен ряд задач, которые строго соответствуют выводам работы. Для этого автор сравнил отдаленные результаты трех групп больных. У первой группы проведено ретроспективное исследование. Им выполнялась субтотальная резекция щитовидной железы без определения активности АТ к рецепторам ТТГ. Двум другим группам больных проведено проспективное исследование, когда объем операции оценивался в зависимости от уровня АТ к рецепторам ТТГ. У больных с уровнем меньше референсного значения, а именно, менее 1,5 Ед/л. выполнялась субтотальная резекция щитовидной железы, а у больных с АТ к рецепторам ТТГ равным или больше референсного значения выполнялась тиреоидэктомия.

Научная новизна. На основании изучения отдаленных результатов операций у больных с ДТЗ показано, что риск рецидива тиреотоксикоза при субтотальной резекции щитовидной железы очень высок у пациентов с титром АТ к рецепторам ТТГ превышающим референсное значение, а именно более 1,5 Ед/л.

Отсюда разработан способ индивидуального выбора объема операции на щитовидной железе у больных с ДТЗ (патент РФ № 2557946 от 30.06.2015г.). При этом с морфологической точки зрения подтверждено, что риск рецидива тиреотоксикоза высок у больных с титром антител к рецепторам ТТГ, превышающим референсное значение (1,5 Ед/л). На основании этого разработан индивидуализированный подход к выбору объема операции у больных с ДТЗ.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 155 страницах. Состоит из введения, обзора литературы, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Во введении автор хорошо показывает актуальность проблемы, на основании чего понятна цель исследования и задачи, которые необходимо решить.

В первой главе (обзор литературы), которая состоит из 5 частей, исчерпывающе и логично изложен материал, необходимый для понимания того, чему посвящена диссертация. В конце обзора автор делает необходимое заключение, где указывает, что сегодня основным нерешенным тактическим вопросом хирургического лечения больных с ДТЗ следует признать вопрос о том, кому из больных можно выполнять операцию субтотальной резекции

щитовидной железы с минимальным риском рецидива заболевания в послеоперационном периоде, а каким больным следует выполнять сразу удаление щитовидной железы из-за явной угрозы рецидива тиреотоксикоза.

Вторая глава работы посвящена материалам и методам исследования. Она состоит из 9 частей. Автором изучен клинический материал 249 больных, оперированных с 2006 по 2015 г.г. и отдаленные результаты их хирургического лечения. Длительность наблюдения после операций от 1 до 8 лет. Возраст больных колеблется от 17 до 81 года, половина из них (126 чел.) в возрасте от 41 до 60 лет. У 63,5% больных была сопутствующая патология. Самыми распространенными были сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертония, ИБС, различные нарушения ритма и пороки сердца). Рецидив тиреотоксикоза являлся показанием к операции у 89,6% больных, больше чем у половины из них это наблюдался не первый рецидив. 1/3 больных страдала эндокринной офтальмопатией. У 79% пациентов щитовидная железа была увеличена. У 21 больного наблюдалась толерантность к консервативному лечению, еще у 21 – непереносимость тиреостатиков.

Практически у всех больных (93,2%) тиреотоксикоз перед операцией находился в стадии компенсации.

Во время операции 146 больным была сделана тиреоидэктомия, а 103 больным была выполнена субтотальная резекция. Объем оставляемой ткани определялся с помощью УЗИ. Больные разделены на три группы.

Первой группе больных (31 чел.) выполнялась субтотальная резекция щитовидной железы и АТ к рецепторам ТТГ не определялась, у остальных больных объем операции зависел от уровня АТ к рецепторам ТТГ. Субтотальная резекция щитовидной железы выполнялась при условии, если уровень был меньше референсного значения, а тем, у кого уровень АТ к рецепторам ТТГ был выше, выполнялась тиреоидэктомия.

Морфологическое исследование выполнялось после операции.

Третья глава (результаты собственных исследований), состоит из нескольких подглав, в первой из которых описываются ближайшие результаты оперативных вмешательств. Оказалось, что у больных с тиреоидэктомией таких осложнений как парез гортани и гипопаратиреоз значительно больше, нежели у больных с субтотальной резекцией. Во второй подглаве были оценены отдаленные результаты первой группы больных (группа сравнения), у которых уровень АТ к рецепторам ТТГ не определялся. Результаты рассматривались у 31 больного в период наблюдения от года до 8

лет. Рецидив заболевания возник у 16%, а гипотиреоз у 64,6% больных, эутиреоз всего лишь у 19%. Прямо скажем, результаты плохие и рецидив большой и гипотиреоза много, а эутиреоз был всего лишь у 6 человек.

В третьей подглаве представлен результат проведенных исследований связи рецидива с полом, возрастом, длительностью заболевания, объемом щитовидной железы до операции и объемом оставляемой ткани. Было показано, что все эти факторы не влияют на рецидив заболевания, а вот уровень АТ к рецепторам ТТГ был повышен у всех, из чего автор делает вывод, что именно они являются фактором, говорящим о возможности рецидива.

В четвертой подглаве автором представлены гистологические исследования удаленных щитовидных желез. Была показана взаимосвязь между морфологическими изменениями ткани щитовидной железы и уровнем аутоиммунной стимуляции. Оказалось, что у больных с низким уровнем АТ к рецепторам ТТГ больше развиты склеротические процессы, мелкие фолликулы выстланы низким цилиндрическим эпителием. При высоком уровне АТ к рецепторам ТТГ в тканях удаленной железы наблюдается пролиферация эпителия с образованием сосочков, фолликулы крупные с большим количеством жидкого коллоида.

Автор делает вывод, что подобную ткань нельзя оставлять и таким больным надо делать тиреоидэктомию.

В пятой подглаве автором описаны отдаленные результаты операций у тех больных, у которых до операции определялись АТ к рецепторам ТТГ. Так вот у пациентов, которым выполнялась субтотальная резекция щитовидной железы рецидивов тиреотоксикоза не было, но гипотиреоз наблюдался у 76,4% больных, а эутиреоз только у 23,6%. Неудовлетворительные результаты (парез гортани и гипопаратиреоз) диагностированы только у 2-х больных из 70.

При оценке отдаленных результатов у пациентов, которым выполнялась тиреоидэктомия на основании высокого уровня АТ к рецепторам ТТГ, ни у одного не было рецидива и это понятно, но гипотиреоз был в 100%.

Уровень АТ к ТТГ после тиреоидэктомии через год еще оставался высоким и только через 2 года приблизился к нормальному значению.

У 13 больных (9,3%) после тиреоидэктомии были неудовлетворительные результаты, т.к. у 5 больных был парез гортани, а у 10

– гипопаратиреоз. При субтотальной резекции щитовидной железы этих осложнений практически нет.

Заключение написано интересно – в виде дискуссии между автором диссертации и ученых, мнение которых диссертант приводит в обзоре литературы. Дамир Ренатович подчеркивает, что результаты, полученные им в своих исследованиях, показывают: основным фактором риска развития рецидива является высокий уровень АТ к рецепторам ТТГ и поэтому этим больным надо тиреоидэктомию, а не субтотальную резекцию. Последнюю надо выполнять только у больных с низким уровнем АТ к рецепторам ТТГ.

Совершенно правильно автор подчеркивает, ссылаясь на А.А. Zeitlin, что выбор способа операции зависит от морфологических изменений в щитовидной железе, а вернее от функционального состояния оставляемой ткани, и определить это можно только во время операции, делая срочное гистологическое исследование, тогда и гипотиреоза не будет.

По теме диссертации опубликовано 13 работ, 3 статьи в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, получен 1 патент РФ на изобретение.

Данные диссертации используются в практической работе хирургического отделения №2 клиники факультетской хирургии Клиник Самарского государственного медицинского университета, а также в учебном процессе на кафедре факультетской хирургии, кафедре хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Полученные автором результаты можно использовать в практической работе специализированных хирургических центров, а также в образовательном процессе при обучении студентов медицинских ВУЗов.

Выводы полностью отражают результаты исследования. Содержание автореферата полностью соответствует основным положениям и выводам диссертационного исследования.

Заключение. Диссертационная работа Сахипова Дамира Ренатовича на тему «Дифференцированная тактика при хирургическом лечении больных с диффузным токсическим зобом», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – Хирургия, является завершённой научно-квалификационной работой, в которой содержится решение важной задачи современной хирургии по улучшению

результатов хирургического лечения больных с диффузным токсическим зобом.

По своей актуальности, научно-практической значимости диссертация соответствует п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства РФ № 842 от 24.09.2013 г., предъявляемым к кандидатским диссертациям, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – Хирургия.

Официальный оппонент

заведующий кафедрой хирургических болезней
с курсом урологии государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего
профессионального образования «Рязанский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,
390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9
тел. 8 903 834 34 43,
Aristarhov-Vladimir@mail.ru,
доктор медицинских наук,
профессор

Аристархов Владимир Георгиевич

Подпись д.м.н., профессора Аристархова В.Г.
заверяю:

Проректор по научной, инновационной
и воспитательной работе,
д.м.н., профессор

В.А. Кирюшин