

ОТЗЫВ

доктора медицинских наук, профессора Лукьянченко Александра Борисовича на диссертационную работу Гальчиной Юлии Сергеевны «МСКТ-предикторы послеоперационного панкреатита при резекциях поджелудочной железы», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.13 - лучевая диагностика, лучевая терапия.

Актуальность

Панкреатодуоденальная резекция считается сложным хирургическим вмешательством, сопряженным со значительным количеством послеоперационных осложнений. К факторам риска их развития принято относить возраст и пол пациентов, наличие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, сахарный диабет, продолжительность хирургического вмешательства, объем кровопотери. Кроме того, к таким факторам риска относят особенности структуры поджелудочной железы (ПЖ), степень ее липоматоза и фиброза, диаметр панкреатического протока. За последние десятилетия опубликованы многочисленные работы, посвященные применению различных методов лучевой диагностики для оценки состояния ПЖ, при этом, КТ (в сравнении с УЗИ и МРТ) считают наиболее распространенным и объективным методом оценки ее состояния. Однако, в Российской Федерации лишь в малочисленных исследованиях оценивались различные морфометрические и денситометрические характеристики ПЖ в сравнении с данными гистологических исследований, определялись чувствительность, специфичность и точность различных показателей, которые помогли бы выявлять пациентов группы повышенного риска. Таким образом, представленную работу можно считать актуальной и важной.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Работа выполнена на высоком научно-методическом уровне, основана на достаточном клиническом материале с использованием современных методов исследования, адекватных поставленным задачам. Проведён комплексный анализ результатов обследования и лечения 144 больных с патологическими процессами в панкреато-дуоденальной области, прооперированных в абдоминальном отделении НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского МЗ России. Соответствующие группы пациентов и дизайн самого исследования сформированы грамотно, применяемые статистические методы - современны. Полученные результаты, сделанные выводы и практические рекомендации согласуются с основными принципами современной науки.

Результаты исследований изложены в диссертационной работе детально и обстоятельно, документированы полноценным количеством рисунков и таблиц. Выводы и практические рекомендации аргументированы, закономерно вытекают из представленного материала, отражают содержание диссертации и полностью соответствуют поставленным задачам.

Достоверность и новизна исследования, полученных результатов.

Достоверность работы обусловлена правильно сформированным дизайном исследования, а также достаточным клиническим материалом, включившим 144 пациента. Выполненное исследование основано на современных отечественных и зарубежных достижениях в области лучевой диагностики. Выбор методов обследования и обработки данных, использованных в диссертационной работе адекватен цели и поставленным задачам. Результаты рентгенологических и клинических исследований подвергнуты детальному анализу с использованием современных статистических методов.

Концепция решения поставленных задач и достижения цели работы верная, характеризуется научной новизной.

Материал диссертации прошел многократную и детальную апробацию на Всероссийских конференциях в виде устных докладов. По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ в российских рецензируемых научных журналах, которые полностью отражают результаты проведенного исследования.

Таким образом, основные положения, выводы и практические рекомендации диссертационного исследования Гальчиной Ю.С. основаны на тщательном анализе полученных автором данных, а их научное обоснование сомнений не вызывает.

Научная новизна

Впервые на большом клиническом материале выделены специальные КТ характеристики состояния ПЖ и определена их ценность в прогнозировании возможного развития клинически значимого панкреатического свища.

Впервые по модифицированной методике проведен корреляционный анализ предоперационных данных компьютерной томографии (с внутривенным контрастированием) и результатов морфологических исследований удаленных макропрепаратов (у пациентов после проксимальных резекций ПЖ) для прогнозирования вероятности развития обсуждаемых послеоперационных осложнений.

Практическая значимость

На основании полученных данных выделены наиболее значимые КТ параметры оценки структуры ПЖ. При помощи пороговых значений КТ-параметров определена группа пациентов высокого риска по развитию клинически значимого панкреатического свища после панкреатодуоденальной резекции в раннем послеоперационном периоде. Результаты работы позволят на основании данных КТ уже на дооперационном этапе выделить пациентов с вероятным развитием панкреатического свища и начать соответствующую предоперационную подготовку, определить тактику периоперационного ведения пациента, а при необходимости, в раннем послеоперационном периоде применить новые методы экстракорпоральной детоксикации.

Структура диссертационной работы

Работа изложена на 120 машинописных листах, состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, результатов собственного исследования, их обсуждения, выводов и практических рекомендаций, содержит 22 рисунка и 8 таблиц.

Во **введении** обозначена актуальность темы исследования, научная новизна, практическая значимость. Также сформулированы цель, задачи и основные положения работы, выносимые на защиту. Указанные задачи полностью раскрывают цель исследования. Чётко изложены научная новизна и практическая значимость диссертационной работы, а также положения, выносимые на защиту.

Глава 1. Обзор литературы изложен на 24 страницах. Автором подробно рассмотрены основные характерные осложнения после панкреатодуоденальной резекции, а также, факторы риска их развития, связанные со структурой ПЖ, ее толщиной, диаметром панкреатического протока. Освещена роль основных методов лучевой диагностики в решении этих вопросов, а именно: ультразвуковой эластографии, магнитно-резонансной томографии, нативной компьютерной томографии и компьютерной томографии с внутривенным контрастированием.

Автором отмечено отсутствие исследований, оценивающих следующие КТ параметры: особенности накопления контрастного вещества паренхимой ПЖ, ее толщину, диаметр панкреатического протока, панкреатический индекс, а также объем предполагаемого остатка железы в сопоставлении с гистологическими исследованиями (в частности, определением количества ацинусов) и особенностями течения послеоперационного периода. Все это явилось побудительным моментом в выборе темы исследовательской работы.

Глава 2. Материал и методы изложена на 16 страницах машинописного текста. Клинический материал основан на изучении результатов обследования и лечения 144 пациентов, перенесших ПДР по различным поводам.

Автор разделил всех пациентов на группы в соответствии с особенностями контрастирования ПЖ, вычисляя коэффициент накопления контрастного вещества ее паренхимой (КН). При значениях КН более 1 - структура железы классифицировалась как КТ-«мягкая», при значениях менее 1 – как КТ-«твердая».

По показателям плотности паренхимы в артериальную, венозную и отсроченную фазы вычислялись различные коэффициенты, которые могли указывать на возможность развития клинически значимого панкреатического свища.

По данным электронных историй болезни оценивали течение послеоперационного периода, выделяя наиболее грозное осложнение – клинически значимый панкреатический свищ.

Глава 3. Возможности компьютерной томографии в оценке структуры ПЖ и развитии специфических осложнений после ПДР изложена на 38 листах машинописного текста. Данная глава является основной, в ней представлены результаты собственного исследования и их обсуждение.

Для более достоверной оценки структуры ПЖ на дооперационном этапе были использованы плотностные характеристики различных фаз исследования (с внутривенным контрастированием) с вычислением коэффициентов, отражающих васкуляризацию паренхимы.

Проведенное исследование показало положительную корреляционную связь между значениями коэффициента КН и КТ-структурой железы, с количеством

ацинарных клеток, а также с развитием клинически значимого панкреатического свища. При значениях КН более 0,99 риск развития свища в раннем послеоперационном периоде возрастает в 2 раза.

В данной главе автор проводит сопоставление полученных им данных с результатами исследований других авторов, что, безусловно, представляет определенный интерес.

Иллюстративный материал отражает представленные данные. Оценивая главу в целом, можно сказать, что автор доказал новизну полученных им результатов и их практическую значимость.

Заключение представлено на 11 страницах машинописного листа, где кратко изложены основные результаты работы, дающие представление о характере и особенностях проведенного исследования.

Выводы. Приводимые выводы вытекают из 4 сформулированных задач и полученных результатов работы, носят конкретный характер и отражают основу работы.

Практические рекомендации являются краткой инструкцией для исследования ПЖ с целью определения риска возможности развития клинически значимого панкреатического свища в раннем послеоперационном периоде.

Список литературы содержит 130 источников, из них: отечественных - 22, иностранных - 108.

В целом, можно отметить, что представленная работа является законченным научным трудом, в котором на основании полученных автором результатов впервые сформулированы научные положения, позволившие показать следующее:

- Данные компьютерной томографии с внутривенным контрастированием позволяют характеризовать тип КТ-структуры ПЖ, который коррелирует с данными морфологического исследования удаленного макропрепарата
- При определении группы пациентов повышенного риска развития клинически значимого панкреатического свища в раннем послеоперационном периоде наиболее эффективными КТ-параметрами являются: плотность железы в нативную фазу - более 32,5 НУ, коэффициент накопления контрастного вещества железой - более 0,99, коэффициент вымывания контрастного вещества железой - менее 0,42, толщина поджелудочной железы - более 16,5 мм, диаметр главного панкреатического протока - менее 3,75 мм, объем предполагаемого остатка железы - более 33,5 см³.

Можно лишь упомянуть о ряде непринципиальных замечаний: 1) не вполне понятен смысл употребления в названии работы термина «МСКТ», если далее он практически не используется, 2) список сокращений обычно размещают в начале работы, а не конце ее (на стр 104), 3) на стр. 4 (абзац 2) - частота осложнений после ПДР по сводным данным указана равной - 4-40%, в следующем абзаце = 40-50%, а на стр.12 (абзац 5) указаны цифры = 18-58%, 4) в конце Обзора литературы целесообразно делать краткое обобщение (заключение), 5) в своих будущих трудах автору полезно поработать над стилистикой изложения обсуждаемого материала, на текущем этапе стиль изложения представляется шероховатым.

Заключение: Диссертация Гальчиной Ю.С. на тему: «МСКТ-предикторы послеоперационного панкреатита при резекциях поджелудочной железы» по специальности 14.01.13 - Лучевая диагностика, лучевая терапия является

самостоятельной законченной научно-квалификационной работой, в которой содержится решение актуальной научной задачи по возможности компьютерной томографии в прогнозировании риска развития в раннем послеоперационном периоде клинически значимого панкреатического свища после ПДР, имеющей существенное значение для клинической медицины.

Диссертационная работа соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждения учёных степеней», утверждённого постановлением Правительства РФ от 24 сентября 2013 г., № 842 (в ред. постановления Правительства РФ от 21.04.2016 № 335), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.13 – лучевая диагностика, лучевая терапия

Официальный оппонент:

Ведущий научный сотрудник
рентгендиагностического отделения,
врач-рентгенолог, д.м.н., профессор
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России

Лукьянченко А.Б.

Подпись д.м.н., профессора Лукьянченко А.Б.
«Заверяю»



Ученый секретарь

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России

К.М.Н.



Кубасова И.Ю.

4.0. 10.0. 15.0.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России)

115478, г. Москва, Каширское шоссе 24

Телефон: 8 (499) 324-24-24. E-mail: info@ronc.ru

В диссертационный совет Д 208.081.01 на базе
ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

СВЕДЕНИЯ ОБ ОФИЦИАЛЬНОМ ОППОНЕНТЕ

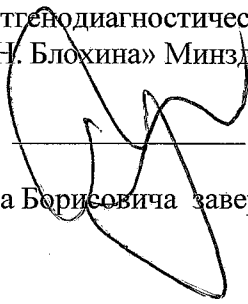
по диссертации Гальчиной Юлии Сергеевны «МСКТ - предикторы послеоперационного панкреатита при резекциях поджелудочной железы», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.13 – Лучевая диагностика, лучевая терапия

Фамилия, имя, отчество	Лукьянченко Александр Борисович
Полное наименование места работы, должность	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации Ведущий научный сотрудник рентгенодиагностического отделения
Сокращенное наименование места работы, Почтовый адрес, телефон E-mail	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России 115478, г. Москва, Каширское шоссе 24 Телефон: 8 (499) 324-24-24. E-mail: info@ronc.ru
Ученая степень, шифр специальности, по которой была защищена докторская диссертация	Доктор медицинских наук 14.01.12 - Онкология
Ученое звание	Профессор
Список публикаций в рецензируемых научных изданиях за последние 5 лет	1. Лукьянченко А.Б., Романова К.А., Медведева Б.М., Колобанова Е.С. Парадуоденальный панкреатит (groove pancreatitis) // Вестник рентгенологии и радиологии. 2018. Т. 99. № 1. С. 52-58. 2. Лукьянченко А.Б., Lauenstein Т.С., Романова К.А. Лучевая диагностика аутоиммунного панкреатита Вестник рентгенологии и радиологии // 2018. Т. 99. № 6. С. 331-338.

	3. Лукьянченко А.Б., Валиев Р.К., Романова К.А., Медведева Б.М., Нурбердыев М.Б., Сташків В.И., Кармазановский Г.Г. Первичный изолированный эхинококкоз поджелудочной железы, имитирующий злокачественную опухоль // Медицинская визуализация. 2020. Т. 24. № 4. С. 51-63. 4. Лукьянченко А.Б., Синицын В.Е., Панов В.О. Абдоминальная радиология в онкологии: новые возможности в свете прогресса компьютерной и магнитно-резонансной томографии // Вестник рентгенологии и радиологии. 2016. Т. 97. № 2. С. 118-124. 5. Антюхова И.А., Медведева Б.М., Лукьянченко А.Б. Сложности лучевой диагностики эктопированной ткани селезенки // Фарматека. 2018. № 12 (365). С. 85-89. 6. Медведева Б.М., Хайцман Д.М., Лукьянченко А.Б. Гепатоцеллюлярные аденомы: современное состояние вопроса // Онкологический журнал: лучевая диагностика. лучевая терапия. 2019. Т. 2. № 3. С. 63-72.
--	--

Согласен на обработку персональных данных.

Ведущий научный сотрудник рентгенодиагностического отделения
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
д.м.н., профессор



Лукьянченко Александр Борисович

Подпись Лукьянченко Александра Борисовича заверяю:

Ученый секретарь
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России
к.м.н.



Кубасова Ирина Юрьевна

ОТЗЫВ

доктора медицинских наук, профессора Араблинского Андрея Владимировича на диссертационную работу Гальчиной Юлии Сергеевны «МСКТ-предикторы послеоперационного панкреатита при резекциях поджелудочной железы», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.13 - «лучевая диагностика, лучевая терапия».

Актуальность

Панкреатодуоденальная резекция сложное хирургическое вмешательство, ассоциированное с большим количеством ранних послеоперационных осложнений. Такие осложнения как тяжелый послеоперационный панкреатит, панкреатический свищ, аррозионное кровотечение наиболее опасные и зачастую, могут стать фатальными для пациента. Факторов риска осложненного течения послеоперационного периода при панкреатодуоденальной резекции достаточно много, однако, наиболее важными принято считать «мягкую» структуру поджелудочной железы.

Дооперационная диагностика структуры поджелудочной железы при планировании панкреатодуоденальной резекции является актуальным вопросом планирования тактики до- и периоперационного ведения пациентов для профилактики тяжелых послеоперационных осложнений. КТ зарекомендовала себя как надежный метод оценки структуры дистального отдела поджелудочной железы на дооперационном этапе. Однако даже при наличии исследований, в которых авторы пытались выявить различные параметры оценки структуры поджелудочной железы при бесконтрастном и при контрастном исследованиях единого мнения не достигнуто. Кроме того, не было проведено работ по сравнению гистологической структуры и КТ параметров, отражающих структуру поджелудочной железы.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Обоснованность научных положений, выводов и рекомендаций, представленных в диссертации, подтверждается достаточным количеством обследованных пациентов. Настоящая работа основана на анализе результатов обследования и лечения 144 больных с патологическими изменениями в головке поджелудочной железы прооперированных в абдоминальном отделении НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского МЗ России. Представленное диссертационное исследование имеет четкую и логичную структуру. Изложены как литературные данные по исследуемой проблеме, так и результаты собственного исследования оценки структуры поджелудочной железы при помощи параметров КТ. Выводы соответствуют цели и задачам исследования и отражают основные положения работы.

Научная новизна исследования и достоверность полученных результатов

Достоверность работы обусловлена правильно сформированным дизайном исследования и достаточной выборкой клинического материала, которая включила 144 человека. Концепция решения поставленных задач и достижения цели работы верная, характеризуется научной новизной. Впервые в данной работе была проведена сравнительная оценка данных о гистологической структуре поджелудочной железы и КТ параметров, отражающих структуру железы. Был проведен глубокий анализ эффективности различных КТ параметров, выделены наиболее значимые из них и рассчитаны риски возникновения осложненного течения раннего послеоперационного периода при панкреатодуоденальной резекции.

Результаты рентгенологических и клинических исследований подвергнуты детальному анализу с использованием современных статистических методов обработки. В работе для количественных показателей были вычислены: среднее значение (M), стандартное отклонение (SD), медиана (Me), интерквартильный разброс (Q1-Q3), 95%. В основу математической обработки материала были положены как параметрические методы (t-критерий Стьюдента (непарный) для нормально распределенных показателей, так и непараметрические методы (U-критерий Манна-Уитни), который позволяет оценить степень различия даже при малой численности групп, и не предполагает нормального распределения параметров. Для нахождения различий между качественными показателями использовали метод Хи-квадрат (χ^2), при малых выборках односторонний критерий Фишера. ROC-анализ применялся для выявления показателей, выступающих в качестве прогностических факторов риска развития клинически значимого панкреатического свища.

Материал диссертации прошел многократную и детальную апробацию путем представления основных положений диссертации на всероссийских конференциях в виде устных докладов, вызвавших большой интерес медицинской общественности. По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ в российских рецензируемых научных журналах. Опубликованные статьи полностью отражают результаты и основные положения диссертации.

Апробация работы состоялась 18 декабря 2020 г. на Заседании Государственной экзаменационной комиссии в ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России. Работа рекомендована к защите по специальности 14.01.13 – лучевая диагностика, лучевая терапия.

Практическая значимость работы

На основании обработанного материала исследования выделены наиболее значимые КТ параметры оценки структуры поджелудочной железы в прогнозировании осложненного течения раннего послеоперационного периода при панкреатодуоденальной резекции. При помощи пороговых значений КТ-параметров определена группа пациентов высокого риска по развитию клинически значимого панкреатического свища в раннем послеоперационном периоде при

панкреатодуоденальной резекции. Результаты диссертационного исследования позволят на дооперационном этапе при помощи данных дооперационной КТ выделить пациентов с вероятным развитием панкреатического свища в раннем послеоперационном периоде, что позволит спланировать своевременную и полную предоперационную подготовку, выбрать тактику периоперационного ведения пациента, а в раннем послеоперационном периоде, при необходимости, применить новые методы экстракорпоральной детоксикации.

Содержание диссертационной работы

Работа изложена на 120 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, результатов собственного исследования, их обсуждения, выводов и практических рекомендаций, содержит 22 рисунка и 8 таблиц. Список литературы содержит 130 источников, из них 22 отечественных, иностранных – 107.

В разделе «Введение» автор на основании литературных данных доказывает актуальность выбранной темы исследования, формулирует цель, задачи и основные положения работы, выносимые на защиту, показывает научную новизну, практическую значимость.

Глава 1. Обзор литературы посвящена изучению литературы, касающейся вопросов структуры поджелудочной железы и ее влияния на течение послеоперационного периода при проксимальных резекциях, анализу методов оценки структуры. В данной главе автором подробно рассмотрены основные специфические осложнения после панкреатодуоденальной резекции, факторы риска, приводящие к развитию осложненного послеоперационного периода.

Автором проанализированы такие методы лучевой диагностики, как ультразвуковая эластография и магнитно-резонансная томография, бесконтрастная компьютерная томография и компьютерная томография с контрастным усилением, определена их роль и возможности оценке структуры поджелудочной железы.

На основании проведенного анализа литературных источников по оценке структуры поджелудочной железы автором был сделан вывод о том, что наиболее оптимальным методом оценки структуры поджелудочной железы является компьютерная томография с контрастным усилением. Однако не было найдено ни одного исследования в котором были бы оценены все возможные морфометрические и денситометрические параметры оценки структуры железы и сравнивались бы с гистологической структурой железы. В исследованиях, где оценивали денситометрические параметры контрастных фаз исследования и вычисляли различные КТ коэффициенты не было найдено ни одного, где определяли бы влияние накопления контрастного препарата во все фазы исследования (артериальную, венозную, отсроченную фазы) на характеристику послеоперационного периода и риски развития осложнений. Гистологическая оценка структуры поджелудочной железы описана лишь в некоторых

исследованиях, а сопоставление гистологической структуры с КТ структурой в единичных работах. Однако ни в одной из работ не найдено было сравнения накопления контрастного препарата паренхимой при компьютерной томографии с контрастным усилением с количеством ацинусов.

Все вышеописанное и явилось побудительным моментом в выборе темы исследовательской работы, которая нашла свое отражение в названии, цели и задачах. В целом, данная глава оставляет положительное впечатление после прочтения, так как автором проделана большая работа по изучению новых отечественных и зарубежных источников, посвященных проблеме осложненного течения послеоперационного периода после панкреатодуоденальной резекции и влиянию различных факторов риска на него.

Глава 2. Материал и методы посвящена общей характеристике методов исследования и выборки. Всего в исследование было включено 144 пациента перенесших ПДР в абдоминальном отделении НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского МЗ России.

Критериями включения пациентов в диссертационную работу являлось наличие электронной версии дооперационных данных КТ-исследования хорошего качества с наличием результатов всех четырех фаз сканирования: нативной, артериальной, венозной, отсроченной и наличие гистологического исследования среза поджелудочной железы.

Автором было предложено разделить пациентов на группы в соответствии с данными коэффициента накопления контрастного вещества паренхимой (КН) вычисленного как отношение плотности дистального отдела железы в артериальную и венозную фазы сканирования - $HU_{арт}/HU_{вен}$.

В первую группу с КТ «мягкой» структурой поджелудочной железы было включено 53 пациента. Паренхима дистального отдела поджелудочной железы данной группы пациентов более выражено накапливала контрастное вещество в артериальную и венозную фазы сканирования ($103 \pm 22,3 HU$ и $87,8 \pm 18,7 HU$ соответственно). Панкреатический проток был не более 3 мм. В 21 (39,6%) случаях был выявлен клинически значимый панкреатический свищ, в 32 (60,4%) случаях послеоперационный период протекал гладко.

Во вторую группу был включен 91 пациент с КТ «твердой» структурой железы. Паренхима дистального отдела железы данной группы более выражено накапливала контрастное вещество в венозную и отсроченную фазы сканирования ($87 \pm 19,3 HU$ и $69,4 \pm 15 HU$ соответственно). Диаметр панкреатического протока варьировал - 4-7 мм. У этих пациентов в 9 (9,8%) случаях был выявлен клинически значимый панкреатический свищ, в 82 (90,2%) случаях послеоперационный период протекал гладко.

По показателям плотности в артериальную, венозную и отсроченную фазы вычисляли различные коэффициенты: коэффициент накопления контрастного вещества в артериальную

фазу сканирования (КНарт); коэффициент накопления контрастного вещества в венозную фазу сканирования (КНвен); коэффициент накопления контрастного вещества в отсроченную фазу сканирования (КНотсроч); коэффициент относительного вымывания контрастного вещества паренхимой (L/E); панкреатический индекс (P/P); вычисляли объем предполагаемого остатка поджелудочной железы, измеряли толщину железы и диаметр панкреатического протока.

Параметры КТ отражающие структуру поджелудочной железы сопоставляли с течением послеоперационного периода, выделяя наиболее грозное осложнение тяжелого послеоперационного панкреатита – клинически значимый панкреатический свищ.

Оценивали влияние первичной опухоли на структуру поджелудочной железы и течение послеоперационного периода.

Кроме того, сопоставляли гистологическую и КТ структуру поджелудочной железы и течение послеоперационного периода.

В **Главе 3** (собственные результаты исследования) представлены результаты анализа взаимосвязи КТ параметров, гистологической структуры поджелудочной железы и течения послеоперационного периода после панкреатодуоденальной резекции.

В работе показано наличие сильной прямой корреляционной связи между количеством ацинарных клеток и КТ «мягкой» структурой железы ($r = 0,723$, $p = 0,000$). Средней силы прямые корреляционные связи выявлены при сопоставлении количества ацинарных клеток с КН ($r = 0,612$, $p = 0,000$), с плотностью железы в нативную фазу ($r = 0,570$, $p = 0,000$), толщиной железы ($r = 0,545$, $p = 0,000$), с объемом предполагаемого остатка железы ($r = 0,519$, $p = 0,000$). Средней силы обратные корреляционные связи выявлены между количеством ацинарных клеток и КВ ($r = -0,649$, $p = 0,000$), КНотсроч. ($r = -0,640$, $p = 0,000$), диаметром протока железы ($r = -0,547$, $p = 0,000$), L/E ($r = -0,517$, $p = 0,000$), КНвен ($r = -0,435$, $p = 0,000$).

Также в проведенном исследовании было определено влияние первичной опухоли на структуру железы, в случае КТ «твердой» структуры железы чаще встречалась протоковая аденокарцинома, в то время как в группе с КТ «мягкой» структурой железы наиболее часто наблюдались внепротоковые опухоли (аденокарциномы БДС и двенадцатиперстной кишки, кистозные опухоли, псевдотуморозный панкреатит, нейроэндокринные опухоли).

Были показаны параметры КТ влияющие на структуру поджелудочной железы также как денситометрическая плотность, отраженная в значениях коэффициента, толщина поджелудочной железы и диаметр панкреатического протока, объем остаточной ткани поджелудочной железы.

Кроме того, выделены пороговые значения КТ параметров и определена их роль в прогнозировании клинически значимого панкреатического свища.

Проделав большую работу и получив собственные результаты, автор в данной главе

проводит их обсуждение с результатами других исследований, что, безусловно, подтверждает достоверность полученных результатов. Выводы и практические рекомендации обоснованы и советуют содержанию работы и задачам исследования.

Иллюстративный материал представлен на доступном уровне и хорошо отражает изложенные данные. Оценивая главу в целом, можно сказать, что автор на должном уровне описал полученные результаты, доказал их новизну и практическую значимость.

Заключение описано на 11 страницах машинописного листа. В данном разделе диссертационной работы кратко изложены основные результаты работы, дающие представление о проведенном исследовании.

Выводы. Приводимые выводы вытекают из 4 поставленных задач и полученных результатах работы, носят конкретный характер и включают основные показатели работы.

Практические рекомендации включают основные положения диссертационной работы и являются краткой инструкцией для дооперационного исследования поджелудочной железы с целью определения риска возможности развития клинически значимого панкреатического свища в раннем послеоперационном периоде.

Список сокращений охватывает все основные терминологические сокращения, используемые в работе и позволяют проще воспринимать содержание диссертации.

Список литературы содержит 130 источников, из них 22 отечественных, иностранных – 108.

При прочтении работы возникло несколько вопросов и замечаний:

1. Почему при оценке денситометрических параметров контрастных фаз исследования и вычисления различных КТ-коэффициентов не использовалась панкреатическая фаза как оптимальная для оценки структуры поджелудочной железы?

2. Резекции поджелудочной железы бывают проксимальные (ПДР) и дистальные. В работе речь идет о проксимальных резекциях. Почему в названии работы речь идет о всех резекциях?

3. Для «мягкой» структуры поджелудочной железы по данным КТ показываются результаты накопления контрастного вещества паренхимой дистального отдела поджелудочной железы в артериальную и венозную фазы сканирования, в то время как для КТ с «твердой» структурой железы приводятся результаты накопления контрастного вещества в венозную и отсроченную фазы сканирования. Хотелось бы в обоих случаях видеть данные по всем трем фазам контрастирования.

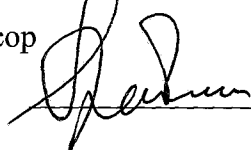
Каких-либо принципиальных замечаний к работе нет.

Заключение: Диссертация Гальчиной Ю.С. «МСКТ-предикторы послеоперационного панкреатита при резекциях поджелудочной железы» является законченной научно-

квалификационной работой, в которой содержится решение актуальной научной задачи – определение возможностей компьютерной томографии в прогнозировании риска развития в раннем послеоперационном периоде клинически значимого панкреатического свища после ПДР, имеющей существенное значение для клинической медицины. Диссертационная работа соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждения учёных степеней», утверждённого постановлением Правительства РФ от 24 сентября 2013 г., № 842 (в ред. постановления Правительства РФ от 21.04.2016 № 335), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.13 – лучевая диагностика, лучевая терапия

Официальный оппонент:

Профессор кафедры лучевой диагностики
и лучевой терапии Института клинической медицины
им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)
д.м.н., профессор

 Араблинский Андрей Владимирович

Подпись Араблинского Андрея Владимировича заверяю:

Ученый секретарь
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)
д.м.н., профессор



 Воскресенская Ольга Николаевна

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
Почтовый адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2
Телефон: 8 (495) 609-14-00
E-mail: confidential@mma.ru

В диссертационный совет Д 208.081.01 на базе
ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

СВЕДЕНИЯ ОБ ОФИЦИАЛЬНОМ ОППОНЕНТЕ

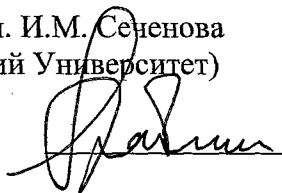
по диссертации Гальчиной Юлии Сергеевны «МСКТ - предикторы послеоперационного панкреатита при резекциях поджелудочной железы», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.13 – лучевая диагностика, лучевая терапия

Фамилия, имя, отчество	Араблинский Андрей Владимирович
Полное наименование места работы, должность	Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) Профессор
Сокращенное наименование места работы, Почтовый адрес, телефон E-mail	ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) 119991, Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2 Телефон: 8 (495) 609-14-00 E-mail: confidential@mma.ru
Ученая степень, шифр специальности, по которой была защищена докторская диссертация	Доктор медицинских наук 14.01.13
Ученое звание	Профессор
Список публикаций в рецензируемых научных изданиях за последние 5 лет	1. Шабунин А.В., Араблинский А.В., Бедин В.В., Сидорова Ю.В., Лукин А.Ю., Шиков Д.В. Клиническая оценка данных КТ и МРТ при остром панкреатите //Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2015. Т. 5. № 2. С. 20-32. 2.Араблинский А.В., Магдебур Ю.А. КТ в диагностике экстренной абдоминальной патологии нетравматического генеза //Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2018. Т. 8. № 2. С. 58-71. 3.Шабунин А.В., Багателья З.А., Араблинский А.В., Магдебур Ю.А. Роль МСКТ в диагностике острой

	абдоминальной боли без травмы в анамнезе // Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2019. Т. 9. № 2. С. 119-129. 4. Араблинский А.В., Румер В.Б., Магдебурга Ю.А. Компьютерная томография живота в экстренной хирургической практике // Диагностическая и интервенционная радиология. 2018. Т. 12. № 2. С. 11-20. 5. Араблинский А.В., Магдебурга Ю.А. КТ в диагностике острой абдоминальной боли без травмы в анамнезе на примере клинических случаев // Медицинская визуализация. 2019. Т. 23. № 2. С. 82-89. 6. Араблинский А.В., Магдебурга Ю.А., Багателия З.А. Острый живот при опухолевых заболеваниях органов брюшной полости // Исследования и практика в медицине. 2019. Т. 6. № 5. С. 47.
--	---

Согласен на обработку персональных данных.

Профессор кафедры лучевой диагностики
и лучевой терапии Института клинической медицины
им. Н.В. Склифосовского
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)
д.м.н., профессор



Араблинский Андрей Владимирович

Подпись Араблинского Андрея Владимировича заверяю:

Ученый секретарь
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)
Заслуженный врач Российской Федерации,
д.м.н., профессор



Воскресенская Ольга Николаевна