Облікова картка дисертації

I. Загальні відомості

Image not found or type unknow

Державний обліковий номер: 0822U100941

Особливі позначки: відкрита

Дата реєстрації: 22-09-2022

Статус: Захищена

Реквізити наказу МОН / наказу закладу:

II. Відомості про здобувача

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Денисова Ксенія Олегівна

2. Denisova Ksenia O

Кваліфікація:

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Вид дисертації: доктор філософії

Аспірантура/Докторантура: так

Шифр наукової спеціальності: 222

Назва наукової спеціальності: Медицина

Галузь / галузі знань:

Освітньо-наукова програма зі спеціальності: Не застосовується

Дата захисту: 16-09-2022

Спеціальність за освітою: лікувальна справа

Місце роботи здобувача: Дніпровський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010681

Місцезнаходження: вул. Володимира Вернадського, буд. 9, м. Дніпро, Дніпровський р-н., Дніпропетровська обл., 49044, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

III. Відомості про організацію, де відбувся захист

Шифр спеціалізованої вченої ради (разової спеціалізованої вченої ради): ДФ 08.601.059

Повне найменування юридичної особи: Дніпровський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010681

Місцезнаходження: вул. Володимира Вернадського, буд. 9, м. Дніпро, Дніпровський р-н., Дніпропетровська обл., 49044, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

IV. Відомості про підприємство, установу, організацію, в якій було виконано дисертацію

Повне найменування юридичної особи: Дніпровський державний медичний університет

Код за ЄДРПОУ: 02010681

Місцезнаходження: вул. Володимира Вернадського, буд. 9, м. Дніпро, Дніпровський р-н., Дніпропетровська обл., 49044, Україна

Форма власності:

Сфера управління: Міністерство охорони здоров`я України

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

V. Відомості про дисертацію

Мова дисертації:

Коди тематичних рубрик: 76.29.39

Тема дисертації:

1. Диференційований підхід до вибору методів формування панкреатодигестивних анастомозів

2. Differentiated approach to choice a method of pancreatodigestive anastomosis formation

Реферат/анотація:

1. Робота виконана на базі КП «Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І. І. Мечникова» і Дніпровського державного медичного університету протягом 2018 - 2022 років, присвячена оптимізації вибору методу формування панкреатодигестивних анастомозів. Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування хворих з панкреатодигестивними анастомозами за рахунок вдосконалення методів їх виконання, своєчасної діагностики ранніх післяопераційних ускладнень, оптимізації вибору анастомозу з урахуванням факторів ризику. В роботі проаналізовані результати обстеження та лікування 108 пацієнтів, якім проводилось хірургічне лікування в обсязі стандартної ПДР (57 (52,8 %) жінок та 51 (47,2 %) чоловіків у віці від 24 до 74 років). Середній вік пацієнтів склав 56,2±9,7 років. Залежно від типу сформованого панкреатодигестивного (ПДА) анастомозу пацієнти були розділені на групи: група пакреатоєюноанастомозу (ПєА) – 88 (81,5 %), група панкреатогастроанастомозу (ПГА) – 20 (18,5 %). В групі ПєА були виділені підгрупи:

ВЄА (n=28), телескопічний ПЄА «кінець-в-кінець» (n=26), та ПЄА, сформований за оригінальною методикою (n=34). Виділені групи хворих були порівнювані за віком, статтю, локалізацією патологічного процесу, гістологічною будовою утворення, наявністю супутніх захворювань (p □ 0,05). Був проведений аналіз ускладнень, що виникли у хворих в ранньому та пізньому післяопераційному періоді. Загальна кількість пацієнтів з різними ранніми післяопераційними ускладненнями склала 47 (43,5 ± 4,8 %), в середньому на одного пацієнта припадало по 2 різних ускладнення. В структурі ранніх післяопераційних ускладнень переважали панкреатичні фістули та кровотечі різної локалізації – 28 (59,6 ± 6,2 %). Були виявлені статистично значущі відмінності в загальній кількості випадків ранніх післяопераційних ускладнень між групами ПГА (20,0±8,9 %) та телескопічним ПЄА (50,0±9,8 %, p=0,037) і ВЄА (50,0±9,4 %, p=0,034). Не було виявлено статистично значущих відмінностей за кількістю віддалених післяопераційних ускладнень у груп пацієнтів, що вивчалися. У віддаленому періоді після ПДР вивчались показники якості життя та функції підшлункової залози в залежності від типу сформованого анастомозу. Пацієнти зі сформованим ПГА показали гірші результати. Були виділені фактори ризику ранніх післяопераційних ускладнень, серед них: наявність захворювань серцево-судинної системи (OR = 2,12; 95 % CI 1,06 - 4,66; p < 0,05).; об'єм та ступінь тяжкості крововтрати під час операції (OR = 3,43; 95 % CI 1,50 – 7,84; p < 0,01); щільність паренхіми підшлункової залози в ділянці формування анастомозу (OR = 3,13; 95 % CI 1,42 - 6,91; p < 0,01); діаметр вірсунгова протока (OR = 2,8; 95 % CI 1,12 - 7,03; p < 0,05). Поява панкреатичних фістул в ранньому післяопераційному періоді сама по собі була несприятливим фактором с точки зору розвитку інших ранніх післяопераційних ускладнень (OR = 84,2; 95 % CI 4,91 - 1443,4; p < 0,001). Були визначені фактори їх виникнення. До попередньо встановлених показників додались індекс маси тіла пацієнтів (OR = 3,13; 95 % CI 1,11 - 8,80; p < 0,05) та кількість судин, що кровоточать на зрізі підшлункової залози (OR = 5,78; 95 % CI 1,77 – 18,87; p < 0,01). Проводився порівняльний аналіз методів, що застосовувались для передопераційної оцінки стану підшлункової залози з даними пальпаторного дослідження під час операції та результатами гістологічного обстеження. Виявлено, що пальпаторне дослідення під час операції дозволяє найкраще передбачити наявність фіброзу підшлункової залози (кореляція площі фіброзної тканини як у відсотках, так і у мкм2 була достовірною (rs= - 0,76 та rs= 0,64; p ≤ 0,05), а серед передопераційних методів найкращі результати показала здвиго-хвильова еластографія (rs= - 0,55 та rs= 0,42; p ≤ 0,05). Були встановлені точки відсічення для показників щільності підшлункової залози (при Есер > 5,762 кПа, Vсер > 1,382 м/с залозу можно вважати щільною; при показнику Есер < 5,762 кПа, Vсер < 1,382 м/с – м'якою). За допомогою рівняння логіт-регресії був вирахуваний ризик наявності ранніх післяопераційних ускладнень, який можливо обчислити як до, так і одразу після операції. При чому цей прогноз має добрі характеристики , за критерієм X2 p < 0,0001, за результатами ROC-аналізу модель має добрі операційні характеристики (AUC = 0,79, 95 % CI (0,702-0,863), чутливість – 70,21%, специфічність – 85,25 %, p < 0,0001). Спираючись на рівняння логіт-регресії та раніше отримані дані був розроблений алгоритм диференційованого підходу до вибору методу панкреатодигестивного анастомозу. При визначеному перед операцією низькому ризику післяопераційних ускладнень (у □ 0,5) вважаємо, що може бути сформований будь-який з варіантів панкреатодигестивних анастомозів: вірсунгоєюноанастомоз, телескопічний ПЄА, оригінальний ПЄА, ПГА. При високому ризику ускладнень, зважаючи на отримані нами статистичні дані, доцільно обирати між оригінальним ПЄА та ПГА, адже кількість ранніх післяопераційних ускладнень між ними була подібною (p □ 0,05).

2. The work was carried out on the basis of MC «I. I. Mechnikov Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital» and Dnipro State Medical University during 2018 - 2022, devoted to optimizing the choice of the method of pancreatodigestive anastomoses formation. Objective: to improve the results of surgery treatment of the patients with formed pancreatodigestive anastomoses due to the improvement of methods of their implementation, timely diagnosis of early postoperative complications, optimization of the choice of anastomosis taking into account risk factors. The paper analyzes the results of examination and treatment of 108 patients, who underwent surgical treatment in the scope of the standard PD. There were 57 (52,8 %) women and 51 (47,2 %) men aged from 24 to 74 years old among them. The average age of patients was 56,2 ± 9,7 years old. Depending on the formed pancreatodigestive anastomosis (PDA) the patients were divided into the groups: pancreatojejunostomy (PEA) – 88

(81,5 %), pancreatogastroanastomosis (PGA) – 20 (18,5 %). In the PEA group there were divided the subgroups: Wirsung-jejunostomy (n=28), telescope-type PJ «end-to-end» (n=26) and PEA formed under the original method (n=34). The selected groups of patients were compared by age, sex, localization of the pathological process, histological structure of the formation, presence of comorbidities (p □ 0.05). We analyzed the complications occurred in patients in the early and late postoperative period. The total number of patients with various early postoperative complications was 47 (43.5 ± 4.8 %), with 2 different complications per patient on an average. Pancreatic fistulas and bleeding of various localizations – 28 (59.6 ± 6.2 %) dominated in the structure of early postoperative complications. There were no statistically significant differences in the number of late postoperative complications among the groups. In the long-term period after PD the life quality indicators and pancreatic function were studied depending on the type of anastomosis. The results of patient with PGA were worth. The risk factors for early postoperative complications were identified including: presence of cardiovascular system diseases (OR = 2.12; 95 % CI 1.06 – 4.66; p < 0.05), volume and severity of blood loss during surgery (OR = 3.43; 95 % CI 1.50 – 7.84; p < 0.01); pancreas parenchyma density in the area of anastomosis formation (OR = 3.13; 95 % CI 1.42 – 6.91; p < 0,01); diameter of the Wirsung duct (OR = 2.8; 95 % CI 1.12 – 7.03; p < 0.05). Appearance of pancreatic fistulas in the early postoperative period was an unfavorable factor from the point of view of the other early postoperative complications development (OR=84.2; 95% CI 4.91-1443.4; p<0.001). Therefore, factors for the pancreatic fistulas forming were identified separately. The body mass index of patients (OR = 3.13; 95% CI 1.11 - 8.80; p <0.05) and number of bleeding vessels on pancreas section (OR = 5.78; 95 % CI 1.77 - 18.87; p <0.01) were added to the predetermined indicators. There was used the comparative analysis of the methods for preoperative assessment of the pancreas condition with the palpation data during surgery and the results of histological examination. It was found that palpation during surgery was the best method to predict the pancreatic fibrosis (correlation of fibrous tissue area in both percentage and μm2 was significant (rs = - 0.76 and rs = 0.64; p ≤ 0.05), and among the preoperative methods the best results were shown by shear wave elastography (rs= - 0.55 and rs = 0.42; p ≤ 0.05). Cutoff points were established for pancreatic density (at Emed > 5.762 kPa, Vmed> 1.382 m/s the gland can be considered dense; at Emed <5.762 kPa, Vmed <1.382 m/s – soft). The risk of early postoperative complications was calculated using the logit regression equation. It can be calculated both before and immediately after surgery. In so doing, this forecast has good characteristics according to the results of ROC analysis: area under the curve AUC = 0.7, 95% CI (0.602 - 0.786), sensitivity – 81.7%, specificity – 50.0%, p <0.001. For the model immediately after surgery these characteristics are even better: the area under the curve AUC = 0.747, 95% CI (0.655-0.826), sensitivity – 88.5%, specificity – 53.2%, p <0.001. Based on the logit regression equation and previously obtained data, the algorithm for differentiated approach to choice of pancreatodigestive anastomosis method was developed. With a low risk of postoperative complications (y □ 0.5) determined before surgery, we believe that any variant of pancreatodigestive anastomoses can be formed: Wirsung-jejunostomy, telescopic PEA, original PEA, PGA. With a high risk of complications, according to our statistics, it is advisable to choose between the original PEA and PGA, because the number of early postoperative complications between them was similar (p □ 0.05).

Державний реєстраційний номер ДіР:

Пріоритетний напрям розвитку науки і техніки:

Стратегічний пріоритетний напрям інноваційної діяльності:

Підсумки дослідження:

Публікації:

Наукова (науково-технічна) продукція:

Соціально-економічна спрямованість:

Охоронні документи на ОПІВ:

Впровадження результатів дисертації:

Зв'язок з науковими темами:

VI. Відомості про наукового керівника/керівників (консультанта)

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Кутовий Олександр Борисович
2. Kutovoy Oleksandr B

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

VII. Відомості про офіційних опонентів та рецензентів

Офіційні опоненти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Ратчик Вадим Михайлович
2. Ratchik Vadim M.

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Шапринський Володимир Олександрович

2. Shaprinskiy Volodymyr O

Кваліфікація: д.мед.н., 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Рецензенти

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Філіппова Олександра Юріївна
2. Philippova Olexandra Yuriivna

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.02

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

Власне Прізвище Ім'я По-батькові:

1. Дука Руслан Вікторович
2. Duka Ruslan V

Кваліфікація: д. мед. н., 14.01.03

Ідентифікатор ORCID ID: Не застосовується

Додаткова інформація:

Повне найменування юридичної особи:

Код за ЄДРПОУ:

Місцезнаходження:

Форма власності:

Сфера управління:

Ідентифікатор ROR: Не застосовується

VIII. Заключні відомості

Власне Прізвище Ім'я По-батькові голови ради	Трофімов Микола Володимирович
Власне Прізвище Ім'я По-батькові головуючого на засіданні	Трофімов Микола Володимирович
Відповідальний за підготовку облікових документів	
Реєстратор	
Керівник відділу УкрІНТЕІ, що є відповідальним за реєстрацію наукової діяльності	Юрченко Т.А.