

О Т З Ы В

на автореферат диссертационной работы доцента кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России Андрея Николаевича Русских «ЗАКОНОМЕРНОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВЕН ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕЛОВЕКА» по специальности: 3.3.1. Анатомия человека (медицинские науки).

Высокая распространенность патологии печени приводит к тому, что количество пациентов в ожидания операции неуклонно растет. Несмотря на успехи современной гепатологии, количество пациентов с терминальными состояниями печени остается относительно тяжелым, летальность у этой категории крайне высока.

Одним из критических осложнений, усугубляющих течение циррозов печени, является синдром портальной гипертензии, приводящей к фатальным кровотечениям из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, геморроидальных вен. Так, по данным статистики, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, желудка и прямой кишки при синдроме портальной гипертензии в результате внутрипеченочного блока возникает у большинства больных и приводит к гибели в течение 6 недель в 30-50% случаев. Повторное кровотечение развивается в течение года у 25% больных с циррозом печени класса А, у 50% - с классом В и у 75% больных с классом С. В течение первых 2 лет от момента первого эпизода кровотечения повторяется у 100% больных. В структуре причин смерти пациентов с циррозом печени повторное кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, желудка и прямой кишки занимает 10-15%. Таким образом, рецидивирующее кровотечение из варикозно-расширенных вен, желудка и прямой кишки остается одним из наиболее тяжелых осложнений синдрома портальной гипертензии, требующих незамедлительного хирургического вмешательства. Ещё одним грозным осложнением являются тромбозы бассейна воротной вены, встречающиеся у 25% пациентов с декомпенсированным циррозом печени. Течение указанной патологии несомненно имеет анатомические предпосылки в типовой анатомии портального бассейна.

Учитывая все вышеизложенное, актуальность и востребованность выбранной диссертантом темы является крайне высокой, особенно в понимании патогенетических механизмов формирования декомпенсации портального оттока.

В результате комплексного подхода изучения морфологии и гемодинамики вен органов брюшной полости автором впервые получены новейшие сведения о предпосылках развития декомпенсации портального оттока. Места локализации декомпенсации портального оттока в виде снижения линейной скорости кровотока (ЛСК) на протяжении сосуда и повышения давления крови в нем обусловлены морфологической вариабельностью вен органов брюшной полости. Вариант впадения нижней брыжеечной вены обуславливает гемодинамические характеристики ствола воротной вены и корней, ее образующих: минимальные значения ЛСК начальной части ствола воротной вены (14,8 [12,8; 16,5] см/сек) и цифры давления на уровне верхней границы нормы (5,0 [4,8; 5,1] мм.рт.ст.). Формирование верхней брыжеечной вены по магистральному типу, в отличие от рассыпного, характеризуется уменьшением ЛСК как в начальной, так и в конечной частях средней ободочной вены и венах, участвующих в формировании ствола Генле. Дислокация места впадения левой желудочной вены с левой ветви воротной вены в области конечной либо средней трети ствола воротной вены сопровождается замедлением тока крови в ее конечной части и повышением давления. ЛСК ветвей воротной вены статистически значимо ($p < 0,01$) меньше, а давление в них выше при магистральном типе формирования правой ветви воротной вены, чем при рассыпном. ЛСК в начальной и конечной частях печеночных вен статистически значимо ($p < 0,01$) меньше, а давление выше при магистральном типе формирования промежуточной печеночной вены.

Установленные закономерности развития и локализации декомпенсации портального

оттока от органов брюшной полости необходимо учитывать при выборе тактики лечения синдрома портальной гипертензии. Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение развития осложнений синдрома портальной гипертензии в органах-мишенях, в первую очередь должны быть проведены в случае, если левая желудочная вена впадает в ствол воротной вены, нижняя брыжеечная вена участвует в образовании бассейнов верхней брыжеечной либо селезеночной вен, а также при магистральном типе формирования верхней брыжеечной, промежуточной печеночной вен и правой ветви воротной вены.

Выводы и практические рекомендации являются логичными. Их внедрение для оптимизации техники разгрузки портальной системы у пациентов с циррозом печени перспективно и многообещающе.

Диссертационная работа Русских Андрея Николаевича на тему: «ЗАКОНОМЕРНОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВЕН ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕЛОВЕКА» представляет собой самостоятельное законченное научное исследование, выполненное по актуальной теме современной анатомии, полностью соответствует требованиям п. 9 - 14 «Положения о порядке присуждения учёных степеней», утверждённого постановлением Правительства РФ № 842 от 24.09.2013 г. (в ред. Постановления Правительства РФ от 01.10.2018 № 1168), предъявляемым к докторским диссертациям, а ее автор – Русских Андрей Николаевич заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.3.1. Анатомия человека (медицинские науки).

Согласен на сбор, обработку, хранение и размещение в сети «Интернет» моих персональных данных (в соответствии с требованиями Приказа Минобрнауки России № 662 от 01.07.2015 г.), необходимых для работы диссертационного совета 21.2.013.02

Ректор Университета РЕАВИЗ,
профессор, доктор медицинских наук
почетный работник высшего профессионального образования
Российской Федерации, член-корреспондент Российской академии естественных наук



Хайруллин Радик Магзинурович

198099, г. Санкт-Петербург, ул. Калинина, д. 8, к.2,
8-(812)-612-99-50, r.m.hayrullin@reaviz.online

06 июня 2022 г.

Личную подпись Хайруллина Р.М. заверяю
Специалист по кадрам ЧО ООВО «Университет «Реавиз»
Сташенина К.Н. 06 июня 2022 г.

