

ОТЗЫВ

официального оппонента доктора медицинских наук Мухиддинова Нуриддина Давлаталиевича на диссертационную работу Содикова Яхьё Содикбоевича «Диагностика и хирургическая коррекция рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Актуальность темы: В связи с бурным научно-техническим прогрессом в медицине и внедрением высокоинформативных миниинвазивных технологий количество оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни с каждым годом увеличивается. Необходимо отметить, что желчнокаменная болезнь в 6-32% наблюдений сочетается с различными вариантами рефлюкса пищеварительного тракта, который в значительной степени изменяет клиническое проявление заболевания и создает дополнительные трудности в диагностике и лечении желчнокаменной болезни. Среди различных вариантов рефлюксных поражений пищеварительного тракта при желчнокаменной болезни рефлюкс-энтерит остается наиболее малоизученным. Возникший в результате несостоятельности илеоцекального клапана рефлюкс-энтерит сопровождается регургитацией чужеродного насыщенного бактериальной флорой толстокишечного содержимого в подвздошную кишку, что ведет в дальнейшем к цепи серьезных нарушений функции печени и пищеварительного тракта. Причинами несостоятельности илеоцекального клапана являются: дисфункция илеоцекального клапана, деформация илеоцекального угла после оперативных вмешательств и наличие спаечного процесса, а также воспалительные и опухолевые поражения илеоцекального угла. Недиагностированный и некоррегированный рефлюкс-энтерит при желчнокаменной болезни в дальнейшем становится одной из причин «постхолецистэктомического рефлюкс-энтерита», нередко требующего длительного лечения, а в ряде случаев и повторного оперативного вмешательства.

Таким образом, можно сделать заключение, что выбранная диссертантом тема научного исследования, посвященная диагностике и хирургической коррекции рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни, обуславливает актуальную значимость данной проблемы.

Научная новизна исследования. Автором выявлены основные причины возникновения и клинического проявления рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни. Разработана клиническая классификация рефлюкс-энтерита, позволяющая выбрать наиболее эффективный метод его коррекции. Доказано, что при рефлюкс-энтерите II-III степени наблюдается билиарная недостаточность с нарушением микробиоценоза кишки, обусловленной транслокацией бактерий. Автором доказано, что нарушение энтерогепатической циркуляции желчи при рефлюкс-энтерите II-III степени способствует возникновению желчнокаменной болезни. Доказано, что наличие гиперэнтокемии при рефлюкс-энтерите II-III степени является одной из причин развития неспецифического реактивного гепатита. Доказана роль дисхолии,

билиарной недостаточности и недостаточности баугиниевой заслонки в патогенезе желчнокаменной болезни.

Автором доказана эффективность УЗИ и УЗ ирригоскопии в диагностике рефлюкс-энтерита. Разработаны новые способы хирургической коррекции рефлюкс-энтерита. Разработан способ видеолапароскопической баугинопластики. Разработан способ арефлюксного илеотрансверзоанастомоза. Разработан способ лечения хронических запоров. Разработан способ баугинопластики. Разработан способ получения содержимого тонкого кишечника для микробиологического исследования у больных с рефлюкс-энтеритом, недостаточностью баугиниевой заслонки при желчнокаменной болезни. Определено, что коррекция недостаточности баугиниевой заслонки во время холецистэктомии снижает частоту послеоперационных осложнений и редуцирует хронические воспалительные заболевания.

Практическая ценность работы. Для клинической практики определены клинические формы проявления рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни. Предложен алгоритм диагностики рефлюкс-энтерита и методы его хирургической коррекции, в значительной степени снижающие частоту постхолецистэктомического синдрома. Уточнены звенья патогенеза желчнокаменной болезни при рефлюкс-энтерите.

Степень обоснованности и достоверности основных научных положений, выводов и практических рекомендаций, сформулированных в диссертации, соответствует требованиям, предъявляемым к кандидатским диссертациям. Работа характеризуется правильно выбранным направлением поиска, в основе которого представлены сопоставления собственных клинических исследований, критический анализ современной специальной литературы, что позволило автору определить круг актуальных нерешённых проблем в диагностике, выборе способа и тактики лечения больных с рефлюкс-энтеритом при желчнокаменной болезни. Для достижения цели исследования и поставленных задач выбраны адекватные способы их решения на основе комплексного подхода с использованием современных высокоинформативных методов исследования и технологий.

Достаточный объём клинического материала (130 больных) и полученные результаты проведенных современных методов исследования с использованием новых технологий свидетельствуют о высоком уровне выполненной работы, а статистическая обработка цифрового материала подтверждает достоверность полученных результатов.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена по традиционной схеме на 140 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего 209 источников, в том числе 110 на русском и 99 на иностранных языках. Текст иллюстрирован 22 таблицами и 39 рисунками.

Во введении обоснована актуальность проблемы, сформулированы цель и задачи исследования, а также положения диссертационной работы, вынесенные на защиту. В этом разделе также содержатся сведения о научной новизне

и практической значимости проведенного исследования, положения, выносимые на защиту и другая справочная информация о диссертации.

Первая глава диссертации посвящена анализу литературных данных по избранной теме. На основании критического анализа современных литературных источников автор акцентирует внимание на нерешённые вопросы диагностики и хирургического лечения рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни с применением УЗИ и видеолапароскопии. Автор при анализе литературных данных показывает неоднозначность различных методов хирургического лечения рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни. Он подчеркивает, что эффективность хирургического лечения рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни может быть повышена внедрением более совершенных и менее травматичных методов с определением их значимости в выборе тактики хирургического лечения.

Во второй главе работы автором приводится клиническая характеристика собственных наблюдений и методов исследования. Клинический материал охватывает результаты комплексного обследования и хирургического лечения 130 пациентов с рефлюкс-энтеритом при желчнокаменной болезни, которым были проведены открытые традиционные и миниинвазивные вмешательства с применением видеолапароскопических технологий. В данной главе приводятся данные о длительности заболевания, распределения больных по возрасту, полу, и в зависимости от характера осложнений и выраженности рефлюкс-энтерита. Здесь же приводятся данные о клинических проявлениях рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни, причины возникновения рефлюкс-энтерита, а также характер перенесенных оперативных вмешательств и сопутствующих заболеваний у данной категории больных. Автором использованы современные статистические методы оценки результатов. Достоверность полученных данных не вызывает сомнений.

Третья глава диссертации посвящена результатам клинко-лабораторных и инструментальных методов исследования. В этой главе автором на основании проведенных исследований приводится разработанный алгоритм диагностики и схема патогенеза рефлюкс-энтерита и желчнокаменной болезни. Автором доказано, что одним из патогенетических механизмов риска развития желчнокаменной болезни и ее рецидивов является рефлюкс-энтерит. При рефлюкс-энтерите наблюдается выраженная билиарная недостаточность II-III степени с колонизацией микроорганизмов в терминальный отдел тонкой кишки и эндотоксемией, которые являются причиной энтерогепатической циркуляции желчных кислот и холестерина гемостаза. Приведенные клинические примеры с показательным демонстративным материалом говорят о достоверности полученных результатов.

Четвертая глава посвящена хирургическому лечению рефлюкс-энтерита при желчнокаменной болезни и изучению результатов различных хирургических методов лечения больных с желчнокаменной болезнью в сочетании с рефлюкс-энтеритом. Автором на основании анализа собственного клинического материала и данных литературы разработаны критерии показаний к выполнению корригирующих вмешательств на баугиниевой заслонке при вы-

полнении холецистэктомии. Убедительно доказывается большая эффективность хирургической коррекции рефлюкс-энтерита с целью профилактики постхолецистэктомического рефлюкс-энтерита. Автором на основании объективных критериев разработан алгоритм выбора способа оперативного вмешательства, направленного на оптимизацию результатов лечения желчнокаменной болезни, и, тем самым, улучшение качества жизни больных с рефлюкс-энтеритом. В данной главе автором приводятся некоторые особенности интраоперационной диагностики недостаточности баугиниевой заслонки как при выполнении открытых традиционных вмешательств, так и при применении видеолапароскопических технологий. Также приводится поэтапное выполнение всех разработанных и модифицированных методик баугинопластики при традиционных и миниинвазивных вмешательствах с применением современных сетчатых протезов. Особое место занимают разработанные автором методики формирования арефлюксного инвагинационного илеотрансверзоанастомоза при выполнении правосторонней гемиколэктомии. В данной главе приводятся непосредственные и отдалённые результаты холецистэктомии и коррекции недостаточности баугиниевой заслонки, выполненные как традиционным, так и миниинвазивными способами с характером ранних послеоперационных осложнений.

В заключении приведены итоги проведенного исследования, коротко освещены результаты лечения всех рассмотренных групп больных, изложены основные научные положения и практические результаты работы, полученные результаты обсуждены с использованием литературных данных.

Выводы и практические рекомендации вытекают из проведенных исследований и полученных результатов.

Библиографический список содержит достаточное количество литературных источников за последние 10 лет, посвящённых обсуждаемой проблеме.

Содержание автореферата вместе с опубликованными работами отражают основные результаты исследования.

В диссертации имеются некоторые стилистические ошибки и неудачные обороты, которые не имеют особого значения и вполне устранимы. Принципиальных замечаний по диссертационной работе нет.

По мере знакомства с работой возникли вопросы, на которые хотелось бы получить ответы.

1. Сравнивались ли вами данные интраоперационного пальцевого определения недостаточности баугиниевой заслонки с рентгенологическими и ультразвуковыми данными, исследования и каковы результаты их сравнения?
2. Не было ли характерных осложнений в виде кишечных свищей и инфильтратов в послеоперационном периоде при протезировании илеоцекального угла сетчатым имплантатом, которым соприкасается с кишечником?

