

**УТВЕРЖДАЮ**

Ректор ФГБОУ ВО ИГМА

Минздрава России

д.м.н., профессор

А. Е. Шкляев



2022 года

### **ОТЗЫВ ВЕДУЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации о научно-практической значимости работы Каримова Паймона Шодмонхужаевича «Улучшение результатов неотложных лапароскопических холецистэктомии у больных с высоким операционным риском» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 – Хирургия.

**Актуальность.** До сих пор наиболее сложную группу с точки зрения диагностики и выбора рациональной хирургической тактики представляют больные с высоким операционным риском. Как непарадоксально, основную часть этой категории пациентов составляют лица старших возрастных групп. Частота осложнений при этом возрастает с каждым десятилетием жизни и в возрасте 70 лет и старше достигает 36,6%, что почти в 3 раза выше аналогичного показателя у больных моложе 60 лет. При этом сопутствующие заболевания встречаются у 84,6-100% пациентов, а у трети больных носят конкурирующий характер. В этой связи, данная группа больных относится к категории высокого операционно-анестезиологического риска и лечебная тактика у них остается дискуссионной: от выжидательной до сверхактивной, которая не всегда приводит к желаемым результатам. Прогноз у данной категории больных отягощен ввиду наличия тяжелых соматических сопутствующих патологий. Вместе с тем, в лечебно-диагностическом

алгоритме острых форм ЖКБ у больных с высоким операционным риском четко не определены, как критерии выбора хирургической и эндоскопической коррекции, так и их наиболее оптимальная последовательность. В связи с чем актуальность проблемы выбора лечебной тактики при неотложных формах ЖКБ у больных с высоким операционным риском послужила основанием для настоящего исследования.

Диссертационная работа Каримова П.Ш. посвящена научно-обоснованному решению некоторых вопросов в этой сложной проблеме хирургии. Целью данного исследования явилось оптимизация результатов неотложных лапароскопических холецистэктомии у больных с высоким операционным риском, путем совершенствования тактики лечения, способа операции и профилактики субоперационных осложнений.

**Содержание работы.** Диссертация Каримова Паймона Шодмонхужаевича на тему «Улучшение результатов неотложных лапароскопических холецистэктомии у больных с высоким операционным риском» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 – Хирургия выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа изложена на 127 страницах компьютерного текста. Работа иллюстрирована 18 таблицами и 21 рисунком. Библиографический указатель состоит из 70 отечественных и 136 иностранных источников.

**Научная новизна исследования.** На достаточном количестве материала изучены особенности клинического течения и УЗ-симптоматика острого калькулезного холецистита у пациентов с высоким операционным риском, в зависимости от пола и возраста.

Оптимизирована предоперационная подготовка больных острым калькулезным холециститом с высоким операционным риском, на основании проведенных ЭхоКГ и функции внешнего дыхания.

Оптимизированы показания к стандартной и нестандартной лапароскопической холецистэктомии у больных острым калькулезным холециститом с высоким операционным риском, с учетом морфологических изменений стенок желчного пузыря, аномалии развития желчного пузыря и треугольника Кало. Разработан алгоритм выбора способа лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционным риском.

Разработан способ улучшения обзора операционного поля для лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском (Удост. на рацпредложение №3560/R713 от 27.11.17 г. ТГМУ им. Абуали ибн Сино).

Разработан способ лапароскопической операции Прибрама (Удост. на рацпредложение №3350/R565 от 28.10.13 г. ТГМУ им. Абуали ибн Сино)

Разработан новый способ обработки ложа желчного пузыря при «трудных» лапароскопических холецистэктомиях у больных с циррозом печени (Патент РТ № TJ 372 от 09.2014 г.).

### **Практическая значимость.**

Определены показания и противопоказания к различным способам лапароскопической холецистэктомии у лиц с высоким операционным риском. Предложена хирургическая тактика с применением разработанного алгоритма и способов холецистэктомии, позволяющая уменьшить частоту различных осложнений и летальности при остром калькулезном холецистите у лиц с высоким операционным риском. Путем анализа ближайших и отдаленных результатов обоснована эффективность лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите у лиц с высоким операционным риском.

### **Обоснованность и достоверность полученных результатов.**

Обоснованность научных положений диссертационной работы, выводов и практических рекомендаций обеспечена достаточным клиническим материалом, а проведенная статистическая обработка цифрового материала, подтверждает достоверность полученных материалов. Основные положения диссертационной работы доложены на: Endoscopic and Laparoscopic Surgeons Visionary Summit (Seoul, Korea, 2017); 22-ой Российской конференции «Гепатология сегодня» (Москва, 2017); Национальном Хирургическом Конгрессе совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ (Москва, 2017); HBP Surgery Week 2017 and the 46<sup>th</sup> Annual Congress of the Korean Association of HBP Surgery (Jeju Island, Korea, 2017); Конгрессе Российского общества рентгенологов и радиологов (Москва, 2017); Международном симпозиуме “Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире” ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2017); The 1<sup>st</sup> Korea Digestive Disease Week (Seoul, Korea, 2017); Joint meeting of the Asian-Oceanic Pancreatic Association, the Korean Pancreatobiliary Association, and the Korean Pancreas Surgery Club 2018 (Seoul, Korea, 2018); XVIII International Euroasian Congress of surgery and hepatogastroenterology (Ваку, 2019); обсуждены и доложены на заседании межкафедральной экспертно-проблемной комиссии ТГМУ им. Абуали ибн Сино (протокол №13 от 01 июля 2021 г.).

По теме диссертации опубликовано 21 научных трудов, 4 публикации в центральных изданиях, рекомендуемых ВАК РФ. Получено 2 удостоверения на рационализаторское предложение и патенты РТ.

**Во введении** представлены актуальность и востребованность проведения по теме диссертации, степень изученности научной задачи, теоритические и методологические основы исследования, цель и задачи исследования, научная новизна, теоритическая и практическая значимость, положение выносимые на защиту. Для реализации цели, которая определена

как оптимизация результатов неотложных лапароскопических холецистэктомии у больных с высоким операционным риском, путем совершенствования тактики лечения, способа операции и профилактики субоперационных осложнений, автором сформулировано 4 задач, суть которого сводится к изучению дифференцированного подхода при неотложных ЛХЭ у пациентов высокого операционного риска. Оптимизированы предоперационная подготовка больных острым калькулезным холециститом с высоким операционным риском, показания к стандартной и нестандартной лапароскопической холецистэктомии, с учетом морфологических изменений стенок желчного пузыря, аномалии развития желчного пузыря и треугольника Кало.

**В 1 главе** (Обзор литературы) представлены данные по современному состоянию проблемы диагностики и тактики лечения больных острым калькулезным холециститом у лиц с высоким операционным риском. В главе подвергнуты предметному анализу отмеченные в задачах спорные вопросы, изучены также вопросы выбора того или иного метода и способа хирургического лечения заболевания. Обзор дает представление о современном состоянии проблемы, из которого автор делает заключение, что многие аспекты дифференцированного подхода при остром калькулезном холецистите у пациентов с высоким операционным риском остаются далеки от своего решения. Последнее, закономерно, требует проведения дальнейших исследований.

**В главе 2** отражены материалы и методы диссертационного исследования. Работа основана на анализе лечения 120 пациентов с высоким операционным риском, которым произведены неотложные лапароскопические (n=70) и традиционные (n=50) холецистэктомии.

В материалах пожилой возраст больных составило 60,9%, ранний старческий – 21,7%, глубокий старческий – 4,2%. У 16 (13,3%) пациентов моложе 60 лет, также имелось высокий операционный риск, на фоне тяжелых



сопутствующих заболеваний, которые входили в группу исследования. Женщин было 95 (79,2%), мужчин - 25 (20,8%).

Тяжесть состояния больных с высоким операционным риском, наряду с основной патологией было связано с наличием той или иной тяжелой сопутствующей патологией. Более того предоперационная подготовка было проведено только с учетом имеющейся доминированной соматической патологии.

По степени операционного риска большинства пациентов (69,2%) с ОКХ имели II, III и IV степень риска. В том числе II степень операционного риска было отмечено у 47,1%, напротив 48,0% в контрольной группе, III степень – у 18,6% (22,0% в контрольной группе). А IV степень риска было отмечено только у 2 (4,0%) контрольной группы.

Больные были госпитализированы в стационар через 1-21 суток от момента приступа печеночной колики. Учет срока госпитализации пациентов высокого риска имело важное значение в выборе адекватной тактики лечения.

**В главе 3** (результаты собственных исследований) представлены анализ результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

Следовательно результаты лабораторных методов исследования показали, что у пациентов с ОКХ высокого операционного риска (с сопутствующей патологией - ожирение), после ЛХЭ, в ответ на медленное возрастание показателей свертываемости крови, в основном при появлении структурной гиперкоагуляции, наблюдается усиление механизмов ферментативного фибринолиза, в частности наиболее существенные изменения происходят в сосудисто-тромбоцитарном звене. Последнее характеризуются ускорением кинетических (максимальная скорость агрегации и максимальная скорость образования агрегатов) и временных показателей агрегатограммы (максимальная амплитуда агрегации, латентный

период), что свидетельствует о наличии латентного синдрома ДВС и структурной гиперкоагуляции.

Учитывая изменения показателей системы гемостаза в послеоперационном периоде, имеется необходимость в проведении медикаментозной профилактики тромбоэмболических осложнений этой тяжелой категории пациентов.

В работе особо подчеркнута роль ультразвукового исследования в диагностике различных форм острого холецистита, а также её некоторых осложнений. Всесторонни и подробно приведены в количественном аспекте различные ультразвуковые признаки воспалительного и инфильтративного характера, имеющие важное значение для выбора и метода холецистэктомии. Интерпретация анализируемого клинического материала показало, что часто имело место инфильтративный процесс перивезикальной области и гепатодуоденальной связки. Также приведены результаты УЗИ с цветным дуплексным картированием сосудов желчного пузыря при различных формах холецистита и доказано, что со снижением показателей максимальной скорости кровотока деструктивные изменения в стенке желчного пузыря прогрессируют. В ходе исследования показано, что полученные результаты характеризуют выраженность воспалительного процесса в желчном пузыре, что имеет большое значение при стертом и атипичном течении патологии у пациентов с повышенном риском для проведения операции. Было установлено, что признаки интоксикации и гемоконцентрации становятся более выраженными при прогрессировании воспалительного процесса в желчном пузыре.

Также показано, что у пациентов с ОКХ и повышенным риском для проведения операции с сопутствующими каридоваскулярными и респираторными заболеваниями отмечается значительное изменение показателей ФВД, которые наблюдаются уже при хронической форме патологии, что имеет большое значение при диагностике и прогнозировании тактики и способа оперативного лечения.

**Глава 4** посвящена хирургическому методу лечения острого калькулезного холецистита у лиц с высоким операционным риском. Автор, основываясь на принципе индивидуального выбора лечебного пособия, показал, что частые флегмонозные ( $n=12$ ), гангренозные ( $n=2$ ) изменения стенок ЖП, перивезикальные абсцессы ( $n=2$ ), частично и полностью расположенный внутри печеночной паренхимы желчный пузырь ( $n=11$ ), а также рубцово-склерозированный желчный пузырь ( $n=6$ ), которые дополняли свои сложности при проведении холецистэктомии лапароскопическими методами, требовали поиска новых технологий, позволяющих уменьшить длительность хирургического вмешательства, снизить число случаев необходимости конверсии, а также сократить частоту развития интра и послеоперационных осложнений у больных с повышенным для операции риском.

В связи с изложенным автором разработан оригинальный способ лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционным риском, что эффективно применен у 24 (34,3%) пациентов основной группы. Также разработан и внедрен в клинику вариант лапароскопической модификации операции Прибрама и обработки ложа желчного пузыря у пациентов с высоким операционным риском.

На основании проведенного исследования, автором разработан алгоритм способа лапароскопической холецистэктомии у лиц с высоким операционным риском, где акцентирована следующее определение: только I-III категория тяжести физического состояния пациентов с повышенным для проведения операции риском, является показанием к лапароскопической холецистэктомии. При IV и V категории тяжести физического состояния – показано традиционная холецистэктомия.

В главе подчеркнута, что пациенты с высоким операционным риском чем быстрее от момента приступа печеночной колики оперируются, тем меньше сложности ЛХЭ и количество конверсий. Т.е. в исследовании, пациенты, оперированные до 5 суток от момента приступа печеночной



колики, составили 4,3% с первой степенью сложности ЛХЭ, 31 (44,3%) – со второй степенью и 5 (7,1%) – с третьей степенью сложности. Среди этих пациентов конверсий не было.

В период от 5 до 12 суток после приступа I-я степень отсутствовало, со II и III степени сложности, соответственно составили 11 (15,7%) и 5 (7,1%) больных. У одной пациентки имелась IV степень сложности ЛХЭ, при котором был переход на конверсию.

Сложную группу составили больные, оперированные на 12-21 сутки после начала приступа печеночной колики, что в 12 (17,2%) оказались II и III степени сложности ЛХЭ и 2 (2,8%) - IV степени сложности ЛХЭ. Холецистэктомии у двое последних завершились переходом на конверсию.

Таким образом, автор пришел к выводу, что у больных с ОКХ и повышенным для проведения операции риском, общее число «сложных» ЛХЭ и случаев конверсии повышается по мере удлинения продолжительности течения болезни от момента начала приступа. При этом, более безопасным и эффективным периодом ЛХЭ у пациентов с ОКХ высокого операционного риска, считается до 5 суток от острого приступа. Решение о целесообразности проведения ЛХЭ в более поздние сроки необходимо рассматривать в каждом отдельном случае индивидуально.

В этой главе автор анализирует непосредственные результаты ЛХЭ и ТХЭ. Наиболее значимые различия между группами больных с ЛХЭ и ТХЭ наблюдались по показателям продолжительности койко-дней после проведенного хирургического вмешательства ( $7,2 \pm 0,6$  и  $11,8 \pm 1,7$ , соответственно), период активизации пациентов после хирургического вмешательства ( $26,1 \pm 1,4$  часов и  $36,8 \pm 2,2$ , соответственно) и субоперационные осложнения (4,3% и 6,0%, соответственно).

Гладкое послеоперационное течение наблюдалось у 63 (90,0%) пациентов основной группы, и они были выписаны в сроки от 4 до 7 сутки после ЛХЭ. Осложнения развились у 7 (10,0%) пациентов. Наиболее частым ( $n=3$ ) осложнением являлось желчеистечение, которое продолжалась в

течение 4-8 суток. На УЗ-исследование в двух этих наблюдениях было отмечено умеренное скопление жидкости в подпеченочном пространстве, что рассосалась консервативно. В контрольной группе самым частым послеоперационным осложнением являлось нагноение послеоперационной раны, что составило 4,0% случаев.

После ЛХЭ умер один (1,4%) больной, который также перенес холецистэктомию, посредством конверсии. Из-за массы тяжелых сопутствующих патологий, послеоперационный период у больного протекал тяжело. На 5-е сутки наступила внезапная смерть от тромбоэмболических осложнений. В контрольной группе послеоперационные осложнения отмечены также у 7 (14,0%) пациентов, а послеоперационная летальность - 4,0%.

Представленные данные автора, свидетельствовали о том, что при проведении ЛХЭ у больных данной категории существуют некоторые значимые особенности на каждом из этапов лечения – начиная от момента дооперационной подготовки, определения показаний к проведению данного хирургического вмешательства, до момента выписки пациента домой. Большинство нестандартных, трудных и осложненных операций бывает у больных именно этой возрастной группы. Поэтому выполнение ЛХЭ у них часто требует применения дополнительных интраоперационных технических приемов и разработанных методик. Немаловажным моментом при этом является своевременный переход на конверсию, что зачастую считается узловым моментом в снижении показателей интра- и послеоперационных осложнений, а также летальности этого тяжелого контингента больных.

**В разделе «Заключение»** диссертации подведены итоги проведенным исследованиям, освещены концептуальные положения диссертации. Автором проведен анализ полученных результатов и основных научных положений диссертации.

