

ОТЗЫВ

официального оппонента доктора медицинских наук, профессора Кахарова Мубина Абдурауфовича на диссертационную работу Сафарова Бехруза Изатуллоевича на тему «Комплексная диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости», представленную к защите в диссертационный совет 73.2.009.01 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия.

Актуальность темы. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТКН) остается сложной проблемой неотложной абдоминальной хирургии, что связано с трудностями в ее диагностике и лечении, отсутствием эффективных методов профилактики, значительным процентом осложнений, высокой летальностью и финансовыми затратами (Волков Д.Е. и соавт., 2016; Zhong J. et al., 2020). Возникновение спаечного процесса в брюшной полости после хирургических вмешательств отмечается у 64-93% больных, процент рецидивов достигает 30%, а повторное спайкообразование до 78% (Тимофеев М.Е. и соавт. 2015; Sebastian-Valverde E. et al., 2019).

Сегодня преимущества миниинвазивной хирургии очевидны и она открывает перспективы в лечении этой сложной патологии. В связи с этим, выбор способа адгезиолизиса путем лапаротомии или лапароскопии, уменьшение числа осложнений и рецидивов представляют проблему, в решении которой должны использоваться современные достижения научно-технического прогресса. По данным отечественных и зарубежных авторов, метод лапароскопии сокращает пребывание больных в стационаре, уменьшает количество осложнений (Турбин М.В. и соавт. 2020). Однако, данное направление также требует дальнейшего всестороннего изучения и совершенствования.

До настоящего времени нет убедительных данных, свидетельствующих о механизмах развития адгезиогенеза в брюшной полости при спаечной кишечной непроходимости. Изучения требуют характерные изменения биохимического статуса крови, слизистой оболочки тонкой кишки при СОКН путем исследования продуктов перекисного окисления липидов, цитокинового статуса и серотониновой недостаточности.

Исходя из вышеизложенного диссертационная работа посвящен одной из актуальных проблем современной неотложной абдоминальной хирургии - улучшение результатов диагностики и патогенетически обоснованных методов комплексного лечения больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью и проведение сравнительного анализа полученных данных с результатами традиционных методов, с тем, чтобы определить место данной методики в лечении ОСТКН.

Научная новизна исследования. Автором на достаточном клиническом материале доказана прямая корреляционная связь выраженности изменения содержания продуктов перекисного окисления липидов, цитокинового статуса

в крови и в слизистой оболочке тонкой кишки, а также серотониновой недостаточности в крови в патогенезе развития спаечной болезни и острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Диссертантом установлено, что на фоне оксидантного стресса и активизации маркеров цитокинового статуса замедляется мембраностабилизирующая функция в тканевых структурах стенке тонкого кишечника, способствующая усилению адгезиогенеза. Разработаны объективные критерии к проведению лапароскопического, лапароскопически-ассистированного и традиционного, лапаротомного вмешательства в лечении ОСТКН. Разработан способ профилактики несостоятельности швов межкишечных анастомозов и патогенетически обоснованный консервативный метод профилактики и лечения спаечной болезни и ОСТКН. Автором доказана эффективность лапароскопического и лапароскопически-ассистированного адгезиоэнтеролизиса в лечении ОСТКН по сравнению с традиционными, лапаротомными вмешательствами.

Значимость для науки и практической деятельности полученных соискателем результатов.

Для клинической практики автором выявлены предикторы, влияющие на развитие ОСТКН. Разработана и предложена патогенетическая концепция развития спаечной непроходимости, позволяющая проведение патогенетического метода лечения. Внедрен в практику алгоритм диагностики ОСТКН, позволяющий уменьшить число диагностических ошибок и определить рациональную лечебную тактику. Диссертантом предложена дифференцированная хирургическая тактика у больных с ОСТКН, позволяющая снизить число послеоперационных осложнений.

Результаты исследования и разработки, нашли применение в практической деятельности ряда клиник, и нескольких лечебных учреждений города Душанбе, что позволило улучшить результаты хирургического лечения больных с данной патологией.

Степень обоснованности и достоверности основных научных положений, выводов и практических рекомендации, сформированных в диссертации соответствует требованиям, предъявляемым к кандидатским диссертациям. Работа характеризуется правильно выбранным направлением поиска, на основе которого представлены сопоставления собственных клинических исследований, критический анализ специальной литературы, что позволило автору определить круг актуальных нерешённых задач в диагностике, выборе способа и тактики лечения больных с ОСТКН. 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 (110 обследованных 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.

Основные положения и выводы диссертации доложены на региональных и международных научно-практических конференциях. По материалам исследования опубликовано 8 научных работ, в том числе 4 в изданиях, рекомендованных ВАК РФ, где в полной мере отражены материалы диссертации, новые научные положения и практические рекомендации.

Выводы диссертации обоснованы и адекватно отражают содержание работы, подчеркивая новизну и значимость полученных результатов. В целом, работа имеет фундаментальное научное значение, выполнена на современном уровне, представляет ценность с практической точки зрения.

Структура и содержание диссертации. Для построения диссертации автор избрал классическую схему, которая состоит из введения, обзора литературы, характеристики материалов и методов исследования, результатов собственных исследований и заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 192 публикации. Материалы диссертации иллюстрированы 27 таблицами и 25 рисунками. Диссертация изложена на 140 страницах компьютерного текста.

Введение диссертации содержит обоснование актуальности темы исследования. Диссертант четко формулирует цели и задачи работы, определяет ее научную новизну и практическую значимость и предлагает положения, выносимые на защиту.

I-я глава представляет собой литературный обзор, где автор освещает современные методы хирургического лечения больных с ОСТКН. В главе подвергнуты предметному анализу отмеченные в задачах спорные вопросы частоты и этиопатогенеза спайкообразования в брюшной полости и острой спаечной тонкокишечной непроходимости, классификация спаек, а также особенности клинических проявлений и диагностики рассматриваемой проблемы. Также автором анализированы методы профилактики развития и современные подходы в лечении ОСТКН. В главе автором достаточно и в полном объеме рассмотрена изучаемая проблема.

Во II-й главе подробно представлены данные о количестве клинических наблюдений, дана их характеристика и методики обследования и оперативных вмешательств. Исследование включало 110 больных с ОСТКН. Все пациенты были разделены на 2 группы: I группа основная (проспективная) – 50 (45,5%) больных, перенесших лапароскопические и лапароскопически-ассистированные вмешательства с проведением комплексной разработанной патогенетической консервативной терапии в послеоперационном периоде и II группа контрольная (ретроспективная) – 60 (54,5%) больных, перенесшие общепринятые открытые традиционные вмешательства.

В главе произведена стратификация больных по полу и возрасту, сроку поступления, этиологии ОСТКН, осложнениям заболевания, характеру экссудата брюшной полости. У 104 пациентов в анамнезе были различные виды открытых оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Также автором приводятся предикторы, влияющие на развитие ОСТКН, распределение больных в зависимости от степени распространения спаечного

процесса в брюшной полости, согласно классификации, предложенной О.И. Блинниковым.

При сравнении полученных результатов автору удалось сохранить объективность и беспристрастность. Полученные таким образом результаты заслуживают самого пристального внимания специалистов. Сравнимый научный материал репрезентативный, соответствует принципам рандомизации. Использованные методы исследования высокоинформативны, современны, и адекватны поставленным задачам. Достоверность полученных данных не вызывает сомнений, а использованные статистические методы оценки результатов являются современными.

III-я глава посвящена результатам комплексной диагностики больных ОСТКН. В работе особо подчеркнута значимость лабораторных и лучевых инструментальных методов исследования. Так, у больных с ОСТКН наблюдаются выраженные изменения со стороны как биохимических показателей крови, так и уровня эндогенной интоксикации, которые коррелируют с давностью заболевания, развитием некроза тонкого кишечника и характером перитонита.

Наряду с общепринятыми диагностическими тестами диссертантом приведены результаты УЗ-исследования с цветным доплеровским картированием, характеризующим состояние кровообращения в стенке тонкой кишки в различные сроки от начала заболевания. Также для дифференциальной диагностики ОСТКН в 8 наблюдениях проведена компьютерная томография брюшной полости, а в сомнительных ситуациях 15 пациентам выполнена диагностическая лапароскопия, которая трансформировалась в лечебное пособие.

IV-ая глава диссертационной работы посвящена некоторым патогенетическим аспектам развития ОСТКН. Автором установлено, что в зависимости от выраженности изменения продуктов перекисного окисления липидов и цитокинового статуса в слизистой оболочке тонкой кишки и в сыворотке крови снижается и уровень серотонина.

Первично выполненные хирургические вмешательства на органах абдоминальной полости, травматизация во время операции тонкой кишки, либо воспалительные процессы способствуют прогрессированию процессов липопероксидации и цитокиновой активности, что приводит к уменьшению ЕС-клеток и, тем самым, снижению синтеза серотонина с последующим нарушением моторной функции тонкой кишки, развитием выраженного пареза кишечника, что является одним из патогенетических факторов образования висцеро-висцеральных и висцеро-париетальных спаек с последующим развитием ОСТКН.

С другой стороны, локальное увеличение концентрации продуктов ПОЛ и активация цитокинового профиля в стенке тонкого кишечника, которые замедляют мембраностабилизирующую способность слизистой и других тканевых структур ещё дополнительно способствуют усилению процессов адгезиогенеза с развитием ОСТКН.

Предложенная новая концепция патогенеза ОСТКН дает основание в комплексе лечения пациентов наряду с проведением миниинвазивных и хирургических методов необходимости своевременной коррекции про- и антиоксидантного дисбаланса, состояния цитокинового статуса и серотониновой недостаточности, а именно применение донаторов оксида азота, антиоксидантов и серотонина адипината.

Также на основании проведенных комплексных всесторонних методов диагностики ОСТКН и патогенетических механизмов развития заболевания с применением современных лабораторных и лучевых инструментальных методов исследования автором разработан алгоритм диагностики больных с ОСТКН, позволяющий в кратчайшие сроки установить диагноз и провести патогенетически обоснованные методы лечения.

V-ая глава посвящена комплексному лечению ОСТКН. При этом диссертант является сторонником дифференцированного индивидуального подхода при выборе методов и способов хирургического лечения больных со спаечной кишечной непроходимостью.

Так, у 50 больных основной группы были выполнены миниинвазивные вмешательства. В 30 (60%) случаях из них при наличии единичных спаек и местном развитии спаечного процесса осуществлялся видеолaparоскопический адгезиолизис с дренированием брюшной полости. В 13 (26%) наблюдениях, в которых у пациентов имел место ограниченный непротяженный некроз кишечника с геморрагическим перитонитом, были выполнены видеолaparоскопически-ассистированный адгезиолизис, резекция участка тонкой кишки с наложением анастомоза по типу «бок в бок» и дренированием брюшной полости. Следует подчеркнуть, что при проведении диагностической лапароскопии у 7 (14%) пациентов выявленный спаечный процесс носил распространенный характер с наличием выраженных рубцовых изменений и некротическим поражением кишечной стенки на расстоянии свыше 25 см, с наличием распространенного гнойно-фибринозного перитонита, что потребовало проведения продленной назогастроинтестинальной интубации, выполнения конверсии доступа на лапаротомный с проведением тотального рассечения спаек. У 4 больных после резекции кишки были наложены анастомозы по типу «бок в бок», в 3 случаях в связи с наличием распространенного гнойно-фибринозного перитонита произведена резекция некротизированной части тонкой кишки с формированием Y-образного тонко-тонкокишечного анастомоза и назоинтестинальная интубация тонкого кишечника.

Лапаротомные, открытые, традиционные операции производились у всех 60 пациентов из контрольной группы. Из них в 31 (51,7%) случае был выполнен адгезиолизис с дренированием абдоминальной полости, а у 29 (48,3%) пациентов произведено рассечение спаек, резекция некротизированного участка тонкого кишечника. С целью улучшения непосредственных результатов оперативного вмешательства у пациентов с ОСТКН, осложненной некрозом тонкой кишки, автором разработана методика профилактики несостоятельности межкишечных анастомозов путем

повышения их герметичности, когда после формирования анастомозов для повышения их физической и биологической герметичности линии анастомозов укрепляли пластинами Тахосил.

Автор с целью восстановления моторно-эвакуаторной функции тонкого кишечника, усиления мембраностабилизирующих процессов в тканевых структурах и предотвращения риска развития рецидива разработал способ профилактики спаечной тонкокишечной непроходимости включением антиоксиданта и антигипоксанта, серотонина адипината и эноксатила в комплексном лечении больных с ОСТКН.

Характер и частота ранних послеоперационных осложнений и летальности у больных с ОСТКН автором оценивались согласно шкале оценки послеоперационных осложнений, предложенной Р.А. Clavien и D. Dindo. Так, в целом в 6 (12%) наблюдениях имелись ранние послеоперационные осложнения и 1 (2%) летальный исход у пациента основной группы. У пациентов контрольной группы в 14 (23,3%) случаях в раннем послеоперационном периоде развились различные по характеру послеоперационные осложнения. В послеоперационном периоде умерло 4 (6,7%) больных: от нарастания интоксикации и развития полиорганной недостаточности (n=3), вялотекущего послеоперационного перитонита (n=1).

Изучение отдаленных результатов лечения показало, что у пациентов основной группы рецидив ОСТКН возник в 1 (2,3%) наблюдении, который был ликвидирован комплексной консервативной терапией. Развитие других осложнений – послеоперационная вентральная грыжа имела место в 1 (2,3%) случае. У 9 (16,3%) больных контрольной группы наблюдалось развитие отдаленных послеоперационных осложнений в виде рецидива ОСТКН - 7 (14,3%) и в 1 (2,0%) случае – послеоперационная вентральная грыжа.

Таким образом, при ведение больных с ОСТКН согласно разработанной патогенетической концепции, удалось снизить частоту ранних послеоперационных осложнений на 12,0%, летальных исходов – на 2,0%. Частота отдаленных послеоперационных осложнений снизилась до 4,6% случаев в основной группе, по сравнению с контрольной группой, имеющей 16,3% осложнений.

В заключение диссертации подведены итоги проведенного исследования, проведен квалифицированный анализ концептуальных положений диссертации. Автором проведен анализ полученных результатов в дискуссионном стиле и основных научных положений диссертации.

Автореферат и 8 научных работ, 4 из которых опубликованы в журналах, рецензируемых ВАК РФ, полностью отражают основное содержание диссертации.

Выводы диссертации четко сформулированы, объективны, вытекают из содержания работы, соответствуют поставленным задачам, практические рекомендации подтверждают высокую практическую ценность настоящей научной работы.

Принципиальных замечаний по диссертационной работе нет. К числу недостатков работы следует отнести некоторые стилистические ошибки и единичные опечатки. Работа заслуживает положительной оценки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертация Сафарова Бехруза Изатуллоевича «Комплексная диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия, выполненная под руководством доктора медицинских наук, профессора М.К. Гулова, является самостоятельной, законченной, научной квалификационной работой, в которой решена актуальная задача выбора метода и способа хирургического лечения больных с ОСТКН, что имеет важное теоретическое и практическое значение в неотложной абдоминальной хирургии.

По своей актуальности, научной новизне, степени обоснованности научных положений, теоретической и практической значимости, по отражению основных положений в печати, диссертация Б.И. Сафарова соответствует требованиям пункта 9 «Положения о порядке присуждения учёных степеней...», утвержденного постановлением Правительства РФ №842 от 24.09.2013г., предъявляемым к диссертациям, а ее автор заслуживает присуждения ему ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия.

Официальный оппонент:

Профессор кафедры хирургии
с курсом топографической анатомии
Худжандского отделения ГОУ «Институт
последипломного образования в сфере
здравоохранения Республики Таджикистан»
д.м.н., профессор



Кахаров Мубин
Абдурауфович

Подпись д.м.н., профессора М.А. Кахарова
«Заверяю»:

Начальник отдела организации и координации
Учебного процесса ХО
ГОУ «Институт последипломного
образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан»



Хочибоев Ш.С.

Адрес: Республика Таджикистан, 735700 г. Худжанд, ул. Рахмона Набиева
1, тел: (+992) 92-774-65-35, kaharovmubin@rambler.ru

«17» апреля 2023 г.