

ОТЗЫВ

официального оппонента, доктора медицинских наук, Рахматуллаева Рахимжона на диссертационную работу Сафарова Бехруза Изатуллоевича на тему «Комплексная диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9-хирургия.

Актуальность темы исследования. Диагностика и своевременное хирургическое лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости остается одной из актуальных проблем ургентной абдоминальной хирургии. Спаечная болезнь это ответная реакция организма на хирургическую агрессию в виде воспалительного процессе со стороны органов брюшной полости, которая проявляется в виде формирования избыточного количества соединительной ткани. В структуре хирургических стационарах пациенты, имеющие в анамнезе операции на органах брюшной полости составляют 2% - 3%, из них у 50-75% пациентов диагностируется острая спаечная тонкокишечная непроходимость и эти цифры не имеют тенденцию к снижению.

Пациенты с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью в структуре хирургических стационаров составляют 3,5%. После выполнения оперативного вмешательства по поводу данного заболевания рецидив тонкокишечной непроходимости отмечается в 20,3-71,0% наблюдениях.

Основными методом хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости является открытые традиционные операции, направленные на устранение спаечной кишечной непроходимости путем рассечения спаек.

Однако после каждой традиционной операции отмечается увеличение и/или усиление спаечного процесса в брюшной полости. Основной причиной этого процесса является парез кишечника в результате снижения двигательной функции кишечника, т.к. атония кишечника способствуют

образованию спаек в брюшной полости в ближайшем послеоперационном периоде.

В связи с внедрением в клиническую практику видеолaparоскопической техники перед хирургом появилась дилемма какой из существующих методик операций при острой тонкокишечной непроходимости отдать предпочтение: видеолaparоскопическому адгезиолизису и/или традиционным лапаротомным операциям. Обе методики операций имеют свои показания и противопоказания.

В связи с вышеизложенным диссертационная работа посвящена одной из актуальных проблем ургентной абдоминальной хирургии, улучшению результатов диагностики и патогенетически обоснованных методов комплексного лечения больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью.

Научная новизна исследования и практическая значимость. Диссертантом на достаточном клиническом материале определены этиологические факторы, влияющие на развитие ОСТКН. Разработан диагностический алгоритм, позволяющий в оптимальном сроке установить ОСТКН и выбрать патогенетически обоснованные методы хирургического лечения. 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 (рац. удост. №3434/R822 от 28.10.2021). Разработан патогенетически обоснованный консервативный метод профилактики и лечения спаечной болезни и ОСТКН

(рац. удост. №3435/R823 от 28.10.2021). Доказана эффективность лапароскопического и лапароскопически-ассистированного адгезиоэнтеролизиса в лечении ОСТКН по сравнению с традиционными, лапаротомными вмешательствами.

Внедрение в клиническую практику результатов диссертационной работы позволяет существенно улучшить результаты хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости

Степень обоснованности и достоверность основных научных положений. Бесспорно, поскольку работа выполнена на высоком методологическом уровне на достаточном количестве клинического материала, при этом использованы современные методы исследования. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации аргументированы, обоснованы и достоверны.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 140 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 27 таблицами и 25 рисунками. Список литературы включает 192 источников, из них 116 на русском и 76 на иностранных языках.

По материалам диссертации опубликовано 8 научных работ, из них 4 рецензируемых журналах ВАК РФ, получена 2 рац. предложения.

Во введении представлена актуальность изучаемой проблемы, четко поставлены цель и задачи исследования и положения, выносимые на защиту.

Первая глава посвящена обзору литературы, где диссертант проводит критический анализ литературных данных, подробно освещает данные о распространенности, современном состоянии этиопатогенеза и хирургического лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

Из обзора литературы логично вытекает необходимость выполнения данной диссертационной работы.

Вторая глава посвящена клиническому материалу и методам исследования. Клинический материал включает 110 оперированных больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью. При этом диссертант обследованных и оперированных больных делит на 2 группы:

1 группа (основная): 50(45,5%) больных перенесших лапароскопические и/или лапароскопически-асситированный операции с проведением разработанной диссертантом комплексной, патогенетически обоснованной консервативной терапии в послеоперационном периоде, направленной на профилактику дальнейшего прогрессирования спаечного процесса;

2 группу (контрольная, ретроспективная): 60 (54,5%) больных, которым была выполнена традиционная лапаротомная операция по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

Обследованные больные были в основном молодого трудоспособного возраста, большинство обследованных составляли лица женского пола 67(60,9%). Диссертантом установлена корреляционная связь между сроком госпитализации больного и результатами хирургического лечения, большинство больных 87(79,1%) госпитализированы в сроке до 24 часов от начало заболевания, лишь 23(20,9%) пациенты госпитализированы спустя 24 часов. Всего у 30 (28,8%) пациентов отмечено развитие ОСТКН после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита, у 27(26,0%) после операции на органах малого таза, у 9 (8,7%) после холецистэктомии, у 16(15,3%) после операции после перфоративной язвы желудка и ДПК, у 11(10,6%) после ножевого ранение живота и у 6(5,8%) и 5(4,8%) соответственно после ущемленной грыжи живота и перфорации тонкого кишечника. 81(77,9%) пациентов в анамнезе имели по 1 операции на органах

брюшной полости, остальные больные имели более 1 операции на органах брюшной полости. Наиболее часто по срокам развития ОСТКН развился в сроке от 1 месяца до 1 года у 42 (40,3%) больных.

При изучении степени распространения спаечного процесса всего у 64 (58,2%) больных отмечена I степени спаечного процесса, II и III степени отмечены у 25(22,7%) и 14(12,7%) соответственно и у 7(6,4%) пациентов отмечена IV степени спаечной болезни. Наиболее часто в обеих группах отмечены ограниченные, единичные спайки в 29(26,4%) и 34(30,9%) случаях соответственно по группам. При этом некроз тонкого кишечника отмечен в 20(18,2%) и 24(21,8%) случаях соответственно по группам. Диффузный перитонит было отмечен у 59(53,6%), общий перитонит у 51(46,4%) пациентов.

Всем больным проведены общеклинические и биохимические анализы крови при поступлении и в динамике, рентгенологические и эндоскопические исследования, УЗ исследования, по показаниям в режиме цветного дуплексного картирования с целью изучения кровотока в магистральных артериях кишечника.

Третья глава посвящена результатам исследования на момент госпитализации состояние больных с ОСТКН оценивалось как среднетяжёлое либо тяжёлое. При этом у всех больных отмечалось наличие спастических болей в животе, имевших схваткообразный характер, которые возникали на фоне абсолютного благополучия и удовлетворительного состояния. Кроме этого, у пациентов отмечались диспепсические расстройства: тошнота - в 106 (96,3%) наблюдениях, рвота – в 102 (92,7%). Также клиническими проявлениями были задержка газов (n=106), стула (n=103) и вздутие кишечника с увеличением живота (n=110).

При развитии некротических изменений в кишечной стенке со стороны общеклинического анализа крови отмечен выраженный лейкоцитоз

со сдвигом влево, со стороны биохимического анализа отмечено уменьшение уровня общего белка. Угнетение процессов обмена белка сопровождается увеличением уровня содержания в крови мочевины, снижение уровней электролитов крови. Исследование показателей эндотоксемии у больных с ОСТКН показало, что по мере давности обструкции кишечника, а также развития осложнений – некроз тонкого кишечника и перитонит – в крови происходит скопление большого числа эндотоксинов, исходящих из тонкого кишечника.

Характерными рентгенологическими симптомами ОСТКН является: Дилатированные петли тонкой кишки (более 3 см в диаметре), чаши Клойбера, горизонтальные уровни жидкости, поперечная исчерченность, соответствующая складкам Керкринга, Обзорная рентгенография брюшной полости позволила в 92 (83,6%) случаях выявить наличие чаш Клойбера, которые обычно появляются через 4-6 часов после начала приступа болей.

При УЗ исследовании диагностировать ОСТКН удалось у 93 (84,5%) пациентов и у 73 (66,3%) наблюдениях позволило выявить свободную жидкость в брюшной полости. Также с помощью УЗ исследования определены диаметр и толщина стенок кишечника. В режиме цветного дуплексного картирования изучен характер кровотока по стенкам кишечника.

По показаниям для диагностики ОСТКН применена компьютерная томография, эндоскопические исследования, с целью верификации диагноза применено лапароскопическое исследование, которое в свою очередь позволяет определить уровень кишечной непроходимости, состоянии кишечника, наличие и/или отсутствие патологической жидкости в брюшной полости.

Четвертая глава посвящена изучению некоторых аспектов патогенеза острой спаечной тонкокишечной непроходимости. По результатам исследования разработана концепция патогенеза ОСТКН.

Согласно разработанной концепции, в зависимости от выраженности изменения продуктов перекисного окисления липидов и цитокинового статуса в слизистой оболочке тонкой кишки и в сыворотке крови снижается и уровень содержания серотонина в слизистом кишечнике и в сыворотке крови.

Необходимо отметить, что хирургическая агрессия приводит к травматизации органов брюшной полости в том числе и стенок кишечника, наличие воспалительных процессов в тонкой кишке способствуют прогрессированию в дальнейшем процессов липопероксидации и цитокиновой активности, что способствует уменьшению ЕС-клеток и, тем самым, снижению синтеза серотонина с последующим нарушением моторной функции тонкого кишечника, развитием от умеренного до 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 оболочке тонкого кишечника, ещё дополнительно способствует усилению процессов адгезиогенеза с развитием ОСТКН.

На основании проведенных комплексных методов исследования диссертантом разработан алгоритм диагностики больных с ОСТКН, который в свою очередь позволяет своевременно установить диагноз и оптимизировать методику лечения.

Пятая глава посвящена хирургическому лечению острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

Всем больным перед операцией проведена патогенетически обоснованная предоперационная подготовка, включая коррекцию водно-

электролитного баланса, заместительная и антибактериальная терапия, эндоскопическая интубация проксимальных отделов тонкого кишечника. Согласно разработанным критериям, диссертантом в хирургическом лечении ОСТКН применена лапароскопическая методика и традиционные, открытые методы операции, также четко определены показания и противопоказания к этим операциям.

Так, открытые традиционные операции выполнены у 60 пациентов из контрольной группы. Из них в 31 (51,7%) случае было выполнено рассечение спаек с дренированием брюшной полости, у 29 (48,3%) пациентов произведены рассечение спаек, резекция участка некроза тонкого кишечника с формированием межкишечного анастомоза в различных вариантах.

В 50 больным основной группы были выполнены мининвазивные вмешательства: У 30 (60%) больных с единичными спайками в брюшной полости произведен лапароскопический адгезиолизис, по показаниям произведено дренирование брюшной полости. У 13 (26%) больных с некрозом ограниченного участка тонкого кишечника, произведена лапароскопически ассистированная резекция тонкого кишечника с формированием межкишечного анастомоза бок в бок, дренирование брюшной полости. С целью профилактики несостоятельности межкишечного анастомоза диссертант предлагает укреплять линия швов пластинами Тахосил, которые представляют собой фибрин-коллагеновую субстанцию, обладающую герметизирующим эффектом.

В ближайшем послеоперационном периоде среди больных основной группы в 6 (12%) наблюдениях отмечены различные осложнения: У 2 (4%) и у 4 (8%) развилось нагноение троакарной и лапаротомной раны, летальный исход отмечен у 1 (2%) больного от инфаркта миокарда.

Среди пациентов контрольной группы, различные осложнения отмечены у 14 (23,3%) больных, Из них нагноение послеоперационной раны

у 5 (8,3%) больных, абсцесс брюшной полости у 2(3,3%), раняя послеоперационная ОСТКН отмечено у 4 (6,7%) пациентов, несостоятельность межкишечного анастомоза у 2(3,3%), полиорганная недостаточность у 3(5,0%). Умерли 4 (6,7%) пациенты, смертность наступила от полиорганной недостаточности.

Таким образом, применение разработанной индивидуально дифференцированной хирургической тактике при ОСТКН среди больных основной группы позволили снизить ранние послеоперационные осложнения в 2 раза, и летальные исходы – на 2,0% по отношению к пациентам, оперированных по традиционной методике.

В заключении подведены итоги проведенных исследований, изложены основные научные положения диссертации.

Выводы и практические рекомендации вытекают из существа фактического материала, они соответствуют цели и задачам исследования, имеют определенное научное и практическое значение.

Автореферат и опубликованные работы отражают основные положения диссертации и результаты проведенных исследований.

Замечание: В диссертации имеются неудачные обороты слов, стилистические ошибки, которые не имеют принципиального значения.

Заключение

Диссертация Сафарова Бехруза Изатуллоевича на тему «Комплексная диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости», по специальности 3.1.9 – хирургия, представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук является законченным, квалификационным научным исследованием, которое содержит решения актуальной задачи – улучшение результатов хирургического лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

По своей актуальности, новизне и объему исследований, теоретическому и практическому значению, диссертационная работа соответствует

требованиям пункта 9 «Положения о присуждении ученых степеней» ВАК Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации №842 от 24.09.2013г. предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а сам автор заслуживает присуждения искомой ученой степени по специальности 3.1.9 - хирургия, (медицинские науки).

Официальный оппонент:

директор ЛДЦ «Вароруд»,
доктор медицинских наук



Р. Рахматуллаев

Подпись д.м.н., Р. Рахматуллаева «Заверяю»:
Начальник ОК ЛДЦ «Вароруд»

Ю. Мурадова

«13» апреля 2023 г.



адрес для корреспонденции: Республика Таджикистан, г. Турсунзаде, ул.М.Турсунзаде, дом 129; Тел: (+992) 93-505-76-43; E-mail: rakmatullaev@inbox.ru.