

ОТЗЫВ

на автореферат диссертации Болтубоева Маруфджона Мусиндженовича на тему: «Пути улучшения непосредственных результатов комплексного лечения послеоперационных кровотечений в гепатобилиарной хирургии», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. - Хирургия

Работа М.М. Болтубоева посвящена одной из наиболее ответственных ситуаций в неотложной абдоминальной хирургии - кровотечению после вмешательств на печени и желчевыводящих путях. Решение о повторной операции в подобных случаях принимается при дефиците времени, на фоне прогрессирующей кровопотери и послеоперационного стресса. Необоснованная широкая релапаротомия усиливает хирургическую травму, однако запоздалое вмешательство также создает прямую угрозу жизни. Поэтому разработка объективных критериев выбора между эндоскопическим гемостазом, релапароскопией, гибридной операцией и релапаротомией имеет несомненную клиническую актуальность.

Цель исследования направлена на улучшение непосредственных результатов комплексного лечения посредством оптимального применения малоинвазивных технологий. Её достижение обеспечено анализом причин и механизмов кровотечений, оценкой методов их верификации, разработкой критериев хирургической тактики и сравнением результатов различных повторных вмешательств. Такая последовательность отражает реальный клинический маршрут пациента - от раннего подозрения на осложнение до окончательного гемостаза.

Задачи исследования сформированы коренто, наймаваны на достижение наставленной цели. Материал работы представлен 126 больными, включая 97 пациентов с внутрибрюшными и 29 с пищеводно-желудочно-кишечными кровотечениями. Основную группу составили 66, контрольную - 60 наблюдений. У 65,1% пациентов первичная операция выполнялась экстренно, что подчеркивает тяжесть анализируемого контингента. В исследовании детально рассмотрены источники кровотечения после операций на печени и желчевыводящих путях, сроки диагностики, характер течения и степень кровопотери. Важно, что у 50,5% больных внутрибрюшное кровотечение протекало скрыто, вследствие чего стандартное клиническое наблюдение не могло служить достаточным основанием для выбора тактики.

В основной группе применен алгоритм, объединяющий динамическое УЗИ, эндоскопию и лапароскопическую диагностику. Из 66 пациентов у 60 выполнены эндоскопические или малоинвазивные вмешательства.

Эндоскопический гемостаз использован у 16 больных, малоинвазивная коррекция - у 44; в её структуре представлены релапароскопия, сочетание релапароскопии с минилапаротомией и вмешательства под ультразвуковым контролем. Широкая релапаротомия потребовалась только в 6 случаях, когда безопасное завершение операции малоинвазивным способом было невозможно.

Значимым результатом является перераспределение повторных операций в пользу щадящих технологий. Среди больных с внутрибрюшным кровотечением релапароскопические вмешательства в основной группе составили 58,0%, тогда как в контрольной группе практически всегда выполнялась релапаротомия. При релапароскопии использовались ушивание культи печени, коагуляция паренхимы и остаточной полости, обработка ложа желчного пузыря, реклипирование пузырной артерии и другие способы окончательного гемостаза. Тем самым автор показывает, что малоинвазивный доступ не ограничивается диагностикой, а может быть полноценным лечебным этапом.

К числу оригинальных положений следует отнести клиническую классификацию послеоперационных внутрибрюшных кровотечений и систематизацию показаний к релапароскопии и релапаротомии. Практический интерес представляют применение реинфузии крови из брюшной полости при отсутствии противопоказаний и использование гемостатического порошка «Гемостоп» для временного контроля массивного кровотечения из культи печени. Эти решения расширяют возможности этапного гемостаза и создают условия для более безопасного завершения повторного вмешательства.

Результативность предложенной стратегии подтверждена объективными конечными показателями. Частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 8,0% против 31,9% в контрольной, летальность - 6,0% против 14,9%. После релапароскопических вмешательств летальных исходов не зарегистрировано. В совокупности эти данные свидетельствуют, что индивидуализация повторного вмешательства и отказ от широкой лапаротомии при наличии безопасной альтернативы способны уменьшить операционную травму и улучшить непосредственные результаты лечения.

Практические рекомендации имеют ясную клиническую направленность: динамический ультразвуковой контроль у пациентов группы риска, эндоскопический мониторинг после резекций печени, диагностическая лапароскопия у гемодинамически стабильных больных и переход к релапаротомии при невозможности окончательного малоинвазивного гемостаза либо прогрессировании геморрагического шока. Результаты внедрены в хирургических отделениях ГУ «Городской центр скорой

медицинской помощи» г. Душанбе и используются при обучении на профильной кафедре.

Личный вклад автора в выполнении данной работы не вызывает сомнений. Структура автореферата логична. Выводы отражают решение поставленных задач, а практические рекомендации следуют из полученных результатов. Достаточная апробация подтверждается докладами на профильных международных и республиканских мероприятиях. По материалам исследования опубликовано 17 научных работ, из них 3 - в изданиях, рецензируемых ВАК Российской Федерации. Представленные сведения позволяют положительно оценить самостоятельность исследования, его научную новизну и прикладное значение.

Таким образом, диссертационная работа Болтубоева Маруфджона Мусинджоновича «Пути улучшения непосредственных результатов комплексного лечения послеоперационных кровотечений в гепатобилиарной хирургии» является завершённым научно-квалификационным исследованием, результаты которого имеют значение для совершенствования неотложной и гепатобилиарной хирургии. Работа отвечает требованиям, пункта 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного постановлением Правительство Российской Федерации № 842 от 24 сентября 2013 года (с изменениями и дополнениями), предъявляемым к кандидатским диссертациям, а её автор заслуживает присуждения учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. - Хирургия.

**Профессор кафедры хирургии
с курсом топографической анатомии
Худжанского отделения ГОУ «Институт
последипломного образования в сфере
здравоохранения Республики Таджикистан
доктор медицинских наук, профессор**

Ксеноф
**Кахаров Мубин
Абдурауфович**



Подпись д.м.н., профессора М.А. Кахарова

Заверяю:

**начальник отдела организации и
координации учебного процесса
ХО ГОУ ИПО в СЗРТ**

Ш
Хочибоев Ш.

Адрес: Республика Таджикистан, 735700, г.Худжанд, ул.Рахмона Набиева 1.

Тел: (+992) 92-774-65-35, kaharovmubin@rambler.ru

21 » *август* 2026 г.