

ОТЗЫВ

ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

доктора медицинских наук (14.01.17 – хирургия), профессора, заведующего кафедрой хирургических болезней №2 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Белоконева Владимира Ивановича на диссертационную работу Махсудова Мазбут Мухсинджоновича «Профилактика и лечение послеоперационных поясничных и передне-боковых грыж после урологических операций», представленной к защите в диссертационный совет совета Д 737.005.01 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия и 14.01.23 - урология

Актуальность

В структуре больных с грыжами пациенты с боковыми и передне-боковыми грыжами занимают особое место из-за отсутствия в этих отделах живота тканевых элементов, позволяющих надежно фиксировать протез. Причинами развития послеоперационных грыж данной локализации являются операции на органах забрюшинного пространства: почках, мочеточниках, аорте и сосудах малого таза, - а также вмешательства по поводу флегмон с распространением по правому и левому боковым каналам. По статистическим данным разных авторов, частота возникновения грыж колеблется от 1% (при операциях на мочеточнике) до 48,9% (при вмешательствах на почках и околопочечных пространствах). Причинами осложнений после операций на столь жизненно важных органах являются особенности подходов к ним, требующие пересечения мышц, нервов и

сосудов, а также высоковирулентная микрофлора мочевых путей, особенности ведения послеоперационного периода у пациентов урологического профиля и повторные вмешательства, приводящие к атрофии и фиброзу боковых отделов живота.

Эти особенности существенно влияют на результаты хирургического лечения послеоперационных поясничных (ППГ) и передне-боковых грыж (ПБГ) живота. Так, частота рецидивов грыжи при использовании сетчатых протезов составляет 2,8%, а после пластики местными тканями достигает 69% (Суковатых Б.С. с соавт., 2011; Жебровский В.В. с соавт., 2007; Лаврешин П.М. с соавт., 2014). Высокий процент рецидивов при пластике местными тканями обусловлен тем, что приходится сшивать рубцово-измененные ткани с признаками атрофии и с натяжением, которое действует на шовный материал в результате сближения краев грыжевых ворот, что приводит к повышению внутрибрюшного давления. Если не учитывать эти факторы, то результат пластики будет всегда неудовлетворительным. Профилактика образования грыж после урологических операций затруднена еще и потому, что из-за негерметичности швов на органах возможны мочевые затеки в окружающие ткани, а поэтому укрепление брюшной стенки протезом становится невозможным.

В урологической практике последних лет все шире используются малоинвазивные технологии, которые направлены не только на лечение заболевания, но их можно рассматривать и как способы профилактики грыж, так как они позволяют отказаться от выполнения травматических доступов и тем самым снизить частоту их образования. В связи с вышеизложенными данными тема диссертационного исследования М.М. Махсудова, направленная на патогенетическое обоснование подходов при выборе способа пластики у пациентов с послеоперационными поясничными и передне-боковыми грыжами живота, остается актуальной, так как автор поставил перед собой **цель** - улучшение непосредственных и отдаленных

результатов хирургического лечения послеоперационных поясничных и боковых грыж живота путем совершенствования методов профилактики их образования и техники операций. Для ее решения были определены 4 задачи, суть которых сводится к уточнению основных причин образования послеоперационных поясничных и передне-боковых грыж живота; изучению характера морфофункциональных изменений в тканях брюшной стенки у урологических больных до и после операции; к сравнительной оценке непосредственных и отдаленных результатов лечения заболеваний почек и мочеточника с использованием традиционных методов и современных технологий; к разработке и усовершенствованию объективных и ультразвуковых критериев выбора способа герниопластики при послеоперационных боковых и поясничных грыжах.

Научная новизна

Уточнена частота и причины образования послеоперационных поясничных и передне-боковых грыж после оперативного лечения пациентов с заболеваниями органов мочевыделительной системы в зависимости от анатомо-функционального состояния доступа и характера раневых осложнений. Выявлены особенности морфологических изменений в тканях зоны оперативного доступа при наличии мочевых свищей и затеков. Впервые доказано, что применение современных технологий и малоинвазивных вмешательств у больных с заболеваниями мочевыводящих путей является мерами профилактики развития послеоперационных поясничных и передне-боковых грыж. Обосновано применение пункционно-дренирующих вмешательств под УЗ-контролем в лечении гнойного паранефрита (**Рац. удост. №3404/R619 от 05.11.2014**). Для профилактики образования послеоперационных грыж поясничной и передне-боковой области после люмботомических доступов предложен метод превентивного эндопротезирования (**Рац. удост. №3430/R645 от 07.01.2015**).

Усовершенствованы способы герниопластики при поясничных и передне-боковых грыжах (Рац.удост. №3403/R618 от 05.11.2014).

Теоретическая и практическая значимость

Предложенные способы малоинвазивных вмешательств, а также методика превентивного эндопротезирования люмботомических вмешательств при лечении пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы позволяют снизить частоту возникновения послеоперационных поясничных и передне-боковых грыж. Разработанная методика герниопластики позволяет уменьшить число рецидивов послеоперационных грыж.

Доказана и теоретически обоснована целесообразность применения способа хирургического лечения с формированием тонкокишечных стом с позиций доказательной медицины при учете стадии перитонита и создания оптимальных условий для их закрытия малоинвазивными способами. Практическое применение способа наложения разгрузочных тонкокишечных стом в качестве завершающего этапа хирургического лечения больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом дифференцированно по стадиям перитонита позволят снизить послеоперационную летальность и количество осложнений у больных с данной патологией.

Предложен к практическому использованию алгоритм выбора способа хирургического лечения острой кишечной непроходимости и перитонита в зависимости от его стадии, теоретически обоснована клиническая эффективность применения алгоритма. Принятие клинического решения в соответствии с предложенным алгоритмом способствует улучшению результатов хирургического лечения острой кишечной непроходимости у больных с перитонитом. В сложных технических случаях тотального спаечного процесса брюшной полости рекомендован к использованию усовершенствованный способ наложения тонкокишечных стом. Предложены к практическому применению и обоснованы теоретически сроки устранения

тонкокишечных стом, способствующие получению положительного результата хирургического лечения больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом.

Оценка содержания работы

Диссертационная работа по дизайну представляет собой нерандомизированное ретро-проспективное клиническое исследование с группами контроля.

Диссертация изложена на 125 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 185 источников, из которых 99 на русском и 86 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 27 таблицами и 28 рисунками.

Во **введении** автором определена актуальность темы, направленной на изучение проблемы лечения больных с поясничными и передне-боковыми вентральными грыжами.

В **главе 1** «Этиология и лечение послеоперационных грыж (Обзор литературы)» представлены данные о частоте и причинах возникновения грыж данной локализации. Автор указывает, что после поясничных и передне-боковых доступов грыжи развиваются у 33% больных. Причинами таких результатов являются нерациональный выбор доступа, неадекватное ушивание ран, осложненное течение в ней раневого процесса, размещение в ране дренажей, использование адсорбирующих материалов. К общим причинам отнесены пожилой и старческий возраст, повышение внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде, чему способствуют заболевания легких, послеоперационный парез кишечника, ожирение, длительно текущие хронические заболевания, иммунодефицит, нарушение питания и сахарный диабет. Подчеркнуто, что у больных с урологической патологией присутствуют не отдельные из этих факторов, а чаще имеет место их сочетание, что значительно повышает риск развития грыжи.

При рассмотрении причин грыжеобразования в обзоре большое внимание уделено внутрибрюшному давлению, способам ушивания ран, шовному материалу, его прочности, инфекции, нагноению, серомам, гематомам и эвентрации.

В главе рассмотрены вопросы профилактики и лечения послеоперационных поясничных и передне-боковых грыж, а также способы операций с использованием местных тканей, протезов и комбинированных способов, а также их осложнения. К сожалению, в конце главы нет расширенного резюме, в котором должны быть сформулированы те вопросы, которые недостаточно изучены и послужили поводом для дальнейших исследований.

Глава 2 «Материал и методы». Работа основана на анализе результатов комплексной диагностики и хирургического лечения 82 пациентов: у 58 (70,7%) были ППГ, у 24 (29,3%) – ППБГ. Для оценки влияния роли современных технологий в профилактике гнойно-воспалительных осложнений и возникновения ППГ и ППБГ были изучены результаты лечения 53 пациентов, лечившихся по поводу заболеваний почек и мочеточника. Всего в работе проанализировано лечение 135 больных. В группах больных с ППГ (LL_4) и ППБГ (L_3) размеры грыж W_1 (до 5см) были у 18 (21,9%), W_2 (5-10см) – у 35 (42,7%), W_3 (10-15см) – у 20 (24,4%) и W_4 (более 15 см) - у 9 (11,0%) больных. У 63 (76,8%) пациентов грыжи образовались после операций по поводу конкрементов в различных отделах почек и мочеточника, у 19 (23,2%) - по поводу гнойно-септических заболеваний. У 39 (47,6%) больных операции были выполнены в ургентном, у 43 (52,4%) - в плановом порядке. У 35 (42,7%) больных после урологических вмешательств отмечалось нагноение люмботомных доступов, у 18 (21,9%) были мочевые раневые свищи и затеки, у 15 (18,3%) гематомы и серомы. Больные с грыжами и урологическими заболеваниями почек и мочеточника были обследованы с использованием клинических, лабораторных, биохимических и высокоинформативных инструментальных методов исследования. Среди

возможных причин образования ППГ и ППБГ и их рецидивов были сопутствующие заболевания, которые выявлены у 58(70,8%) больных, включенных в исследование.

Статистический анализ полученных материалов проведен методами вариационной статистики с использованием прикладного пакета Statistica 6.0 (Statsoft Inc., США). Вычисляли средние показатели (M) и ошибку среднего значения ($\pm m$) для абсолютных величин и относительные доли (P %) для качественных величин. Дисперсионный анализ для средних величин проводили методами U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок и T-критерия Вилкоксона для зависимых выборок, а для относительных долей использовали критерий χ^2 . Нулевая гипотеза опровергалась при $\alpha < 0,05$. Корреляционный анализ проводили по методу Пирсона.

Глава 3. Результаты клинико-инструментальных методов исследования. Автором рассмотрены вопросы клинического проявления заболевания, показатели внутрибрюшного давления в зависимости от величины грыжевых ворот, результаты УЗИ и КТ, комплексного морфофункционального исследования боковой стенки живота и биоптатов мышц до и после оперативных вмешательств на почке и мочеточнике.

Для прогнозирования возможного развития ранних послеоперационных осложнений всем пациентам выполнялось измерение ВБД. Для определения механизмов нарушения кровообращения в окружающих грыжевые ворота мышцах были изучены показатели микрокровотока с определением степени его расстройства в зависимости от их размеров. Установлено, что нарушение кровообращения в боковых стенках живота приводит к атрофии и дегенеративным изменениям в мышцах, способствуя развитию осложнений после операций.

Больным с ППГ и ППБГ для выявления анатомо-функциональной недостаточности боковых стенок живота до операции проводили УЗИ и КТ. Была установлена прямая зависимость между степенью дегенеративных

изменений в мышечном каркасе поясничной и передне-боковой областей живота от размеров грыжи, ширины грыжевых ворот, длительности заболевания, индекса массы тела и сопутствующих заболеваний. Сделано заключение, что применение УЗИ и КТ у больных с ППГ и ППБ грыжами позволяет диагностировать грыжу и выявить морфофункциональные изменения в окружающих грыжу тканях и выбрать патогенетически обоснованный способ операции.

С учетом количественных характеристик автором была дана балльная оценка фактора риска развития послеоперационных грыж после урологических операций. При сумме баллов от 0-5 показано превентивное эндопротезирование, при сумме баллов 6-10 имеется относительное показание к превентивному эндопротезированию, а при сумме баллов 11-20 баллов имеется абсолютное показание к превентивному протезированию люмботомической раны.

Особый научный и практический интерес представляют исследования автора, посвященные изучению влияния мочи на морфофункциональные изменения в мышцах и апоневрозе. Установлено, что под влиянием асептической мочи происходит пролангация фазы воспаления в 2 раза. Еще более выраженные морфофункциональные нарушения со стороны мышечно-апоневротических структур развиваются у больных со свищами под влиянием инфицированной мочи. На фоне дегенеративных изменений в мышечной ткани и выраженного вторичного воспаления фазы его течения удлиняются в 3-4 раза. Это в дальнейшем способствует риску возникновения послеоперационных грыж.

Глава 4. Хирургическое лечение послеоперационных поясничных грыж и методы профилактики их развития. Это ключевой раздел в работе.

Автором рассмотрены вопросы предоперационной подготовки больных с ППГ и ППБ, способов их хирургического лечения, интраоперационной

диагностики анатомо-функциональной недостаточности брюшной стенки при послеоперационных грыжах, непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения ППГ, методы комплексной профилактики образования послеоперационных поясничных и боковых грыж и их рецидивов после операций на почках и мочеточнике, способы миниинвазивного лечения первичного паранефрита, методики превентивного эндопротезирования боковых доступов, непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения заболеваний почек и мочеточника. В главе автор уделит большое внимание показаниям к операции у пациентов с ППГ и ППБ, основу которых составили величина и особенно вправимость грыж; размеры грыжевых ворот, их ширина; состояние тканей грыжевых ворот (мышечно-апоневротических структур); рубцовое перерождение выше и ниже грыжевых ворот; состояние кожи и подкожной клетчатки в области грыжевого выпячивания; спаечный процесс в грыжевом мешке и в брюшной полости.

В предоперационном периоде во время операции и в послеоперационном периоде в течение 4-5 суток у пациентов с ППГ и ППБГ W_3 - W_4 проводился мониторинг внутрибрюшного давления. При выборе способа и объема операции при ППГ и ППБ грыжах живота автор придерживался дифференцированного подхода. У 44 (53,7%) пациентов выполнялась комбинированная герниопластика, у 23 (28,0%) - пластика ненатяжными способами, у 15 (18,3%) - натяжными способами пластики. При этом после натяжных способов герниопластики осложнения были у 40%, а после ненатяжных и комбинированных способов соответственно у 22% и 14%.

В отдаленные сроки от 1 года до 6 лет изученные результаты лечения у 53 пациентов показали, что отличные и хорошие результаты после комбинированной герниопластики были у 63,0%, после ненатяжных – у 55,6%, а после натяжных – у 25,0% больных.

Большой научный и практический интерес имеют данные о влиянии внедрения современных технологий в урологическую практику, позволяющие диагностировать хирургические заболевания почек и мочеточника и тем самым выполнять оперативные вмешательства малоинвазивными способами, что существенно снизило частоту образования грыж. Миниинвазивные способы внедрены в практику лечения конкрементов в почках и мочеточнике, кист, гнойного паранефрита.

Однако автор отмечает, что как после миниинвазивных, так и после традиционных вмешательств у 13,2% больных урологического профиля были послеоперационные осложнения: нагноения ран, гематомы и серомы, лечение которых проводилось пункциями под УЗИ-контролем и назначением антибактериальных средств.

Отдаленные результаты были изучены в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Послеоперационные грыжи были диагностированы у 4 пациентов после традиционных открытых вмешательств, тогда как у больных после применения современных технологий и превентивного эндопротезирования такой патологии не было. Причем, по данным УЗИ, у пациентов, которым было выполнено превентивное эндопротезирование, отмечено улучшение показателей анатомо-функциональной недостаточности боковой стенки живота.

Заключение «Обсуждение результатов». На обсуждение автором вынесено 5 положений, отражающих различные фрагменты проделанной работы. Представленные материалы убедительно показывают объективность и обоснованность выдвигаемых положений.

По результатам проведенного исследования автором сформулировано 5 выводов, которые соответствуют поставленным задачам.

Значимость для науки и практики результатов диссертации, возможные конкретные пути их использования

Разработанный подход лечения больных с грыжами у урологических больных путем использования малоинвазивных вмешательств и методики превентивного эндопротезирования люмботомических вмешательств позволяют снизить частоту их возникновения. Разработанная методика герниопластики позволяет уменьшить число рецидивов послеоперационных грыж.

Представленные в работе практические рекомендации конкретны и могут быть воспроизводимы в профильных отделениях. Результаты и выводы диссертации целесообразно использовать при подготовке специалистов на курсах повышения квалификации врачей по хирургии и урологии.

По материалам исследования опубликовано 7 научных работ, в том числе 3 в журналах, рецензируемых ВАК РФ. Получено 3 рационализаторских предложения.

Результаты диссертационного исследования внедрены в практику хирургических и урологических отделений ГКБ СМП, ГКБ №5 имени академика К.Т. Таджиева в г. Душанбе, а также урологических отделений Согдийской областной клинической больницы в г. Худжанд. Материалы диссертационной работы используются в учебном процессе на кафедре хирургических болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Степень обоснованности и достоверности результатов

Результаты и выводы, сформулированные в работе, базируются на тщательном анализе экспериментальных и клинических наблюдений с использованием высокоинформативных лабораторных, биохимических, инструментальных, морфологических, математических и статистических методов исследования.

Сформулированные выводы обоснованы и логично вытекают из результатов работы, полностью соответствуют анализу фактического материала, подтверждены статистическими методами.

Наиболее существенными выводами работы являются следующие положения.

1. Мочевых свищи и затеки после люмботомии и боковых доступов сопровождаются значительными морфофункциональными изменениями в мышечной и соединительной ткани, особенно при инфицировании мочи.

2. Применение современных миниинвазивных технологий для диагностики и лечения заболеваний почек и мочеточника способствуют резкому снижению частоты возникновения послеоперационных поясничных и боковых грыж живота вследствие их малой травматичности и снижения частоты раневых осложнений.

Практические рекомендации конкретны, изложены кратко и содержательно. Работа написана доступным, понятным языком, легко читается.

Автореферат соответствует основному содержанию диссертации, оформлен в соответствии с требованиями ВАК России.

Вопросы и замечания, возникшие в процессе знакомства с работой

1. Как выполнялась комбинированная пластика у больных с послеоперационными поясничными и послеоперационными переднебоковыми грыжами живота?

2. Как выполнялся ненатяжной способ герниопластики у больных с послеоперационными поясничными и послеоперационными переднебоковыми грыжами живота.

3. Проводилось ли Вами лечение больных с карбункулами почек малоинвазивными способами, если да, то каковы их результаты?

4. Какова по Вашим данным частота нефрэктомий у больных с гнойным паранефритом и карбункулами почек?

5. Какова с Вашей точки зрения должна быть тактика лечения пациента с единственной почкой и послеоперационными поясничной или переднебоковой грыжами живота в зависимости от их размера?

Заключение

<http://www.samsmu.ru/>

Контактные данные рецензента:

Почтовый адрес: 443099. г. Самара, ул. Алексея Толстого, дом 76, кв.13.

Тел. 8(846)2073283, моб. 89276061983, e-mail:belokonev63@yandex.ru

4 октября 2019 года