

ОТЗЫВ

официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора Мухиддин Нуриддин Давлатали на диссертационную работу соискателя кафедры хирургических болезней №1 им. Академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Ризоева Ватаншо Сайфовича на тему: «Оптимизация методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17-Хирургия.

Актуальность темы диссертационного исследования. Эхинококкоз - тяжелое паразитарное заболевание является актуальной проблемой медицины и социальной сферы во многих странах мира, в том числе и в Республике Таджикистан. Несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении, многие вопросы остаются нерешенными: сохраняется высокий удельный вес осложненных форм заболевания. На современном этапе развития высоких технологий хирургическое вмешательство эхинококкоза органов брюшной полости является единственным и по настоящее время основным методом лечения, а большое количество сочетанных форм эхинококкоза требует проведения многоэтапных операций. В редких случаях при мелких интрапаренхиматозных кистах и при высоком операционном риске хирурги проводят динамическое наблюдение. Большинство авторов, считают, что медикаментозное лечение албендазолом, как основной фактор профилактики рецидива заболевания является лишь дополнением к оперативному лечению. В лечении эхинококкоза применяются малоинвазивные методы: чрескожные вмешательства, выполняемые под контролем ультразвука и рентгеноскопии. Эндовидеохирургические операции, при которых принцип щадящего отношения к тканям является основополагающим, являются особенно привлекательными при сочетанной форме эхинококкоза органов брюшной полости. В то же время на сегодняшний день многие авторы считают, что единственным и радикальным методом лечения эхинококкоза является тотальное удаление фиброзной капсулы путем перицистэктомии или резекции органа имеющий весьма серьёзные интраоперационные и послеоперационные осложнения.

Таким образом, актуальность и своевременность данного диссертационного исследования не вызывает сомнений, так как поставленные цели и задачи направлены на улучшение диагностики и хирургического лечения больных с эхинококкозом органов брюшной полости с использованием современных высокотехнологичных миниинвазивных технологий.

Научная новизна. Изучена и усовершенствована семиотика компьютерной томографии и ультразвуковых методов исследований эхинококкоза органов брюшной полости. Разработаны показания для применения лапароскопической эхинококкэктомии у больных с эхинококкозом

органов брюшной полости. Разработаны показания для применения пункционных методов лечения у больных с эхинококкозом органов абдоминальной полости. С целью дезэпителизации стенок фиброзной капсулы и обезвреживания элементов эхинококковой кисты печени и органов брюшной полости применен 10% раствор Бетадин и озонированный 0,9% физиологический. Разработан алгоритм диагностики и методов хирургического лечения эхинококкоза органов абдоминальной полости. Усовершенствованы метод до и послеоперационной химиотерапии при эхинококкозе органов брюшной полости. Впервые для определения нарушения функции печени и других органов при эхинококкозе печени органов брюшной полости исследован показатель ферритин.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Разработанный алгоритм диагностики и методов хирургического лечения позволит выбрать оптимальный и индивидуальный метод хирургического лечения. Выявленная семиотика компьютерной томографии и ультразвуковых методов исследования позволять в выборе методов консервативного и хирургических вмешательств с применением эндовидеохирургии. Лапароскопическая эхинококкэктомия позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре, уменьшает количество после операционных осложнений со стороны послеоперационной раны брюшной стенки. Пункционные методы лечения эхинококкоза органов брюшной полости позволяют минимизировать травматизацию и позволяют малые сроки излечения больных с эхинококкозом органов брюшной полости, при этом имеют ограниченные возможности и показания. Усовершенствование химиотерапии до и после вмешательств позволило избежать число напрасных повторных лапаротомий и число рецидивов.

Степень обоснованности и достоверности основных научных положений, выводов и практических рекомендаций, сформулированных в диссертации, соответствует требованиям, предъявляемым к кандидатским диссертациям. Работа характеризуется правильно выбранным направлением поиска, в основе которого представлены сопоставления собственных клинических исследований, критический анализ современной специальной литературы, что позволило автору определить круг актуальных нерешённых проблем в диагностике, выборе способа и тактики лечения больных с эхинококкозом органов брюшной полости. Для достижения цели исследования и поставленных задач выбраны адекватные способы их решения на основе комплексного подхода с использованием современных высокоинформативных методов исследования и технологий.

Проведенное исследование основано на принципах современной доказательной медицины, с использованием современных статистических методов, степень достоверности полученных результатов сомнений не вызывает.

Основные результаты диссертации изложены в 12 научных работах, из них 4 статьи опубликованы в рецензируемых журналах из перечня рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации и ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получены 4 удостоверения на рационализаторские предложения.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена по традиционной схеме на 171 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования 3 глав собственных результатов, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего 218 источников, в том числе 146 на русском и 72 на иностранных языках. Текст иллюстрирован 16 таблицами и 65 рисунками.

В введении обоснована актуальность проблемы, сформулированы цель и задачи исследования, а также положения диссертационной работы, вынесенные на защиту. В этом разделе также содержатся сведения о научной новизне и практической значимости проведённого исследования и другая справочная информация о диссертации.

Первая глава посвящена обзору литературы, где диссертант с аналитической точки зрения освещает исторические и современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и методов лечения эхинококкоза органов брюшной полости. Автором использовано и приведено достижение ведущих специалистов в области диагностики и комплексного лечения эхинококковой болезни и его осложнений. Проведенный литературный анализ является свидетельством глубокой осведомлённости автора относительно проблемы диагностики и комплексного лечения эхинококкоза органов брюшной полости. Автором изучены оригинальные исследования отечественных и зарубежных учёных посвящённые проблеме эхинококкоза органов брюшной полости, которые позволили автору подробно характеризовать полученные результаты.

Вторая глава посвящена общей характеристике клинического материала и методам исследования. Клинический материал включает анализ результатов лечения 282 больных с эхинококкозом органов брюшной полости, разделенных на две клинические группы первая контрольная (ретроспективная) – 139 больных, которым ранее были проведены традиционные манипуляции и вмешательства и вторая основная (проспективная) – 143 больных с эхинококкозом органов брюшной полости, где использованы современные высокоинформативные и высокотехнологичные методы исследования. В таблицах приведены данные распределения больных по полу и возрасту, характеру сопутствующих заболеваний, характеру и частоте проявления симптомов у больных с эхинококкозом органов брюшной полости. Предлагаемые автором методы исследования достаточно информативны, доступны и вполне эффективны для оценки тяжести общего состояния больных и характера осложнений. В этой же главе представлены результаты проведённого морфологического

исследования ткани фиброзной капсулы. В диссертационной работе применены современные методы исследования, оперативные вмешательства, миниинвазивные вмешательства, химиотерапия эхинококкоза и статистические расчёты полученных данных. Формирование групп сравнения корректное. Автором использованы современные системы статистической оценки результатов. Достоверность полученных данных не вызывает сомнений.

Третья глава диссертации посвящена комплексной диагностике эхинококкоза органов абдоминальной полости. Автором подробно освещены результаты клиничко-инструментальных методов исследования, изучены результаты клинических, лабораторных анализов у пациентов с эхинококкозом органов абдоминальной полости, установлено, что у больных чаще отмечалось наличие болевого синдрома, а также локальных и общих признаков эхинококкоза. В ходе исследования общие симптомы были классифицированы в три основные категории: повышение температуры тела, аллергические реакции и повышенное содержание билирубина в крови в зависимости от течения заболевания. Автором было подробно исследовано клиничко-биохимические анализы в зависимости от места расположения паразитарной кисты и выявлено, что в большинстве случаев лабораторные показатели сыворотки крови оставались в нормальных пределах благодаря сохранению структурной целостности органа. В рамках проведенного исследования автором, выявлено, что определить принадлежность паразитарной кисты к конкретной доле или сегменту печени возможно, если все кисты имеют компактную локализацию в пределах этой доли или сегмента. Однако при другом распределении эхинококковых кист точно установить их принадлежность к определенной группе было затруднительно. При использовании традиционных методов диагностического исследования была установлена определённая специфичность, для окончательного установления диагноза почти всегда использовались дополнительные инструментальные методы исследования. При использовании рентгеноконтрастных методов исследования оценивались особенности объемных образований, расположенных в печени, с изучением состояния сосудов и печеночных протоков. В ходе дальнейшего анализа, оценивая информативность и чувствительность обнаруженных рентгенологических симптомов, были приняты во внимание данные показатели. Используя ультразвуковое исследование, подтверждение диагноза эхинококкоза было достигнуто у 98% пациентов из 143. УЗИ позволило не только выявить наличие заболевания, но и определить его текущую стадию. В ходе анализа результатов ультразвуковых и КТ исследований у пациентов с эхинококковым поражением печени и абдоминальных органов было подтверждено, что сочетанное применение этих методов является целесообразным. Анализ ультразвуковых исследований больных эхинококкозом печени и органов абдоминальной полости позволил установить эхо-признаки стадии развития эхинококковых кист. КТ-

исследование проводилось у 77 больных с эхинококкозом органов абдоминальной полости из основной группы. Необходимость выполнения КТ-исследования устанавливали по показаниям в сложных случаях при проведении дифференциальной диагностики с непаразитарными кистозными образованиями на начальных стадиях развития паразита и наличие нескольких кист в печени и в других органах брюшной полости.

По результатам проведенного исследования диссертантом убедительно доказано, что применяемые клиничко-лабораторные методы исследования, лучевые методы исследования такие как УЗИ, КТ только в комплексе позволяют существенно улучшить диагностику эхинококкоза абдоминальной полости и тем самым оптимизировать тактику хирургического лечения.

Четвёртая глава диссертационной работы посвящена тактике хирургического лечения эхинококкоза органов абдоминальной полости с применением миниинвазивных технологий. Автор представил данные об особенностях хирургического лечения, при этом указывая на то, что выбор более подходящего оперативного доступа во многом зависел от результатов КТ и УЗ исследования, при которых можно было определить более точное расположение эхинококковой кисты, определить их общее число и характер. В зависимости от локальных характеристик паразитарных кист автор считает целесообразным применение хирургических доступов, обладающих малой травматичностью, обеспечивающих наиболее удобный и адекватный для оперирующего хирурга доступ к очагам поражения. Для лечения одиночных кист печени и при их комбинированном присутствии использовались видеолапароскопические и пункционные методы в зависимости от показаний.

С целью снижения числа интра - и послеоперационных осложнений, а также для повышения эффективности хирургического лечения больных с эхинококковым поражением печени, автором в основной группе использовалось внедренное в клинику комплексное лечение, направленное на профилактику диссеминации паразита во время его удаления, а также обеспечивающее оптимальную санацию остаточной полости. При пунктировании и рассечении эхинококковых пузырей после предварительной фиксации швами для изоляции области оперативного вмешательства, для отграничения данной зоны дополнительно использовались салфетки, обильно смоченные 0,9% озонированным физиологическим раствором. После обработки остаточной полости проведена смена салфеток. Также автором был разработан способ проведения обработки 10% раствором Бетадин и санации 0,9% озонированным физиологическим раствором. Для предотвращения распространения паразита в ходе операции применялся бытовой пылесос с наконечником широкого диаметра, работающий на высоком уровне разряжения в режиме отсоса и в результате создания мощного вакуума (> 1000 мм. Hg.ст) и при использовании наконечника с большим диаметром, данный метод позволил в течение 1-2 минуты произвести аспирацию внутрикистозного содержимого, включая хитин. С

целью профилактики резидуальных кист автор применил интраоперационный метод УЗ исследования у 130 (90,9%) больных основной группы с эхинококкозом органов абдоминальной полости.

В ходе проведения исследования открытые эхинококкэктомии были произведены пациентам контрольной группы. Закрытая эхинококкэктомия в основной группе больных была произведена в 11 (7,7%) случаях. По показаниям одномоментное удаление эхинококковой кисты с проведением капитонажа остаточной полости либо её тампонадой и дренированием (полузакрытая эхинококкэктомия) было произведено в 7 случаях в виде самостоятельной операции, а также в 2 случаях при комбинированном хирургическом вмешательстве. Удаление эхинококковой кисты с расширенным субтотальным иссечением фиброзной капсулы лентами было произведено 5 пациентам. Резекционные методы хирургического вмешательства были применены 13 пациентам с эхинококковым поражением печени, причем в трех случаях заболевание было осложненным. Причинами выполнения данного вида операции являлось внутripеченочное расположение кист крупных размеров, которые занимали всю долю, либо наличие многокамерных эхинококковых кист, после удаления которых может остаться комбинированная сложно разветвленная остаточная полость. Тактика оперативного лечения больных с множественными эхинококковыми кистами в печени была традиционной. Отличительной особенностью хирургического лечения данных пациентов являлся сочетанное использование нескольких вариантов удаления паразитарных кист, что обусловлено их локализацией. Множественный эхинококкоз печени среди больных основной группы наблюдался в 14 (9,8%) случаях, при этом первичная форма отмечалась у 11 больных, а в 3 случаях имелась рецидивирующая форма заболевания. Число паразитов у больных варьировали от 3 до 25 шт. Тактика лечения больных с множественным эхинококкозом органов абдоминальной полости была традиционной. Среди исследуемых больных множественное и сочетанное эхинококковое поражение органов абдоминальной полости наблюдалось у 15 (10,5%) пациентов. Тактика хирургического лечения во многом зависела от количества паразитарных кист, их расположения, структурных особенностей фиброзной капсулы и от общего состояния пациента. Первоначально удалялись кисты с осложненными формами. После этого эвакуировали кисты, ухудшающие функциональность органов. В последнюю очередь удалялись паразитарные кисты, локализованные в сальнике. Следует особо отметить, что проведение комбинированных хирургических вмешательств при множественном эхинококковом поражении различных органов абдоминальной полости не повышал вероятность возникновения осложнений по сравнению с выполнением отдельных операций на каждом пораженном органе.

Перед проведением видеолaparоскопической эхинококкэктомии все пациенты были обследованы также, как и при традиционных хирургических

вмешательствах. Видеолапароскопические эхинококкэктомии были выполнены у 23 пациентов основной группы под общим обезболиванием. С помощью лапароскопических вмешательств имели возможность проведения симультанных операций, что позволило значительно уменьшить травматичность хирургических вмешательств и сократить количество койко-дней. Пункционные вмешательства были применены в нескольких клинических случаях: у 6 больных с наличием однокамерной кисты в печени, у 3 больных с эхинококковыми кистами, расположенными в брыжейке кишечника, и у 5 пациентов, у которых диагностированы эхинококковые кисты в яичниках. Пункционное дренирование у больных данной группы проводилось под УЗ-мониторингом. Длительность процедуры составляла в среднем 20 минут. С профилактической целью всем пациентам с эхинококкозом органов брюшной полости назначали антигельминтную терапию. В состав используемых средств входил билтрицид, производство компании "Байер" (ФРГ), который комбинировали с секнидоксом, эссенциале, метилурацилом и панкреатином. Анализ показал, что такая комбинированная терапия является эффективной в лечении и профилактике эхинококкоза, существенно снижая риск рецидива заболевания, применение химиотерапии в послеоперационном периоде при эхинококкозе выступил как ключевой элемент профилактики рецидивов заболевания.

У пациентов основной группы было проведено исследование непосредственных результатов хирургического лечения в период от 6 до 36 месяцев. У всех пациентов проводились клинические и биохимические исследования крови во время контрольного обследования. С целью диагностики рецидива заболевания и изучения характера остаточных полостей после удаления эхинококковых кист проводились ультразвуковые и КТ-исследования. Оценка результатов хирургического лечения проводилась в соответствии с приведенными медицинской литературе критериями: хороший, удовлетворительный или неудовлетворительный.

В рамках исследования были анализированы непосредственные результаты лапароскопической эхинококкэктомии у 11 пациентов и результаты после пункционного дренирования кист у 6 больных. В данной группе хороший исход лечения был отмечен в 16 (11,1%) случаях.

Особое место было уделено изучению ферритина в динамике и при различных локализациях эхинококкоза у 39 пациентов основной группы. Такая динамика увеличения ферритина в исследуемой венозной крови свидетельствует об хроническом процессе в тканях печени, в ходе исследования до операции при эхинококкозе печени показатели ферритина были $470,3 \pm 7,1$ ($p > 0,5$), к моменту выписки после операции она снизилась до $401,7 \pm 1,4$ ($p > 0,5$) нг/мл, в тканях селезенки который также связано с разрушением эритроцитов и низкими цифрами красной крови до операции $333,5 \pm 8,3$ ($p > 0,5$), а при выписке, после спленэктомии было на уровне $361,2 \pm 1,0$ ($p > 0,5$) нг/мл.

На основании полученных данных был разработан алгоритм, предназначенный для диагностики и определения стратегии оперативного лечения эхинококкоза печени и других абдоминальных органов. Предлагаемый алгоритм позволяет эффективно подобрать подходящий метод лечения для каждого клинического случая, тем самым минимизируя количество необоснованных лапаротомий.

Пятая глава диссертации посвящена обзору результатов исследования, где приведены итоги проведенного исследования, кратко освещены результаты лечения всех рассмотренных групп больных, изложены основные научные положения и практические результаты работы, полученные результаты обсуждены с использованием литературных данных. Подводя итог, автор отмечает, что полученные результаты применения дифференцированной хирургической тактики с применением современных высокотехнологичных и миниинвазивных технологий свидетельствуют об эффективности разработанных методов лечения больных с эхинококкозом органов брюшной полости.

Выводы и рекомендации по практическому использованию результатов вытекают из существа фактического материала, они соответствуют цели и задачам исследования, имеют ценное научное и практическое значение.

Библиографический список содержит достаточное количество литературных источников за последние 10 лет, посвящённых обсуждаемой проблеме.

В диссертации имеются некоторые стилистические ошибки и неудачные обороты, которые не имеют особого значения и вполне устранимы. Принципиальных замечаний по диссертационной работе нет.

По мере ознакомления с работой к автору появились и требуют уточнения следующие вопросы:

1. Встречались ли среди ваших пациентов псевдотуморозная форма эхинококковой кисты печени?
2. Сколько было случаев неэффективности миниинвазивных методов лечения эхинококкоза печени, после которых потребовалась применение традиционных методов лечения?
3. Как ликвидировали остаточную полость при эхинококкозе печени с кальцифицированной ригидной фиброзной капсулой?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационная работа Ризоева Ватаншо Сайфовича на тему «оптимизация методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости», представленную в диссертационный совет 6D.КOA-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, является законченным, квалификационным научным исследованием, которое содержит решения актуальной задачи – улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости.

Диссертационная работа по своей актуальности, новизне и объёму выполненных исследований и методическому подходу, полностью соответствует требованиям раздела 3 п. 31,32,34 «Положения о порядке присуждения учёных степеней» утверждённого постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года, № 267(с изменениями и дополнениями от 26.06.23 г.) предъявляемым к кандидатским диссертациям на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, а автор заслуживает присуждение учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17-Хирургия.

Официальный оппонент:
Заведующий кафедрой
хирургических болезней
и эндохирургии ГОУ «ИПО в СЗ РТ»
доктор медицинских наук, профессор



Мухиддин Н.Д.

Подпись доктора медицинских наук, профессора
Мухиддина Н.Д. заверяю, начальник
отдела кадров ГОУ «ИПОВСЗ РТ»

Хафизова Ф.А.

«02» 12 2024г.

Республика Таджикистан, г. Душанбе, Индекс: 734003, Государственное образовательное учреждение Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, ул. И. Сомони 59, Тел.:+(33937) 2212546. Эл. почта:info@ ipovszt.tj. Официальный сайт:ipovszt.tj

ПОДПИСЬ *Мухиддин Н.Д.*
ЗАВЕРЯЮ
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА КАДРОВ
Ф.А. Хафизова
« 02 » 12 2024г.

