

ОТЗЫВ

официального оппонента о научно-практической значимости диссертационной работы аспиранта 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 — паразитарное заболевание, эндемичное для многих регионов Таджикистана. Эхинококковая инвазия может поражать различные органы и системы, проявляясь по-разному в зависимости от стадии заболевания, сопутствующих осложнений и реакции организма пациента. По оценкам, на сегодняшний день эхинококкозом в мире страдают более 1 млн человек, при этом уровень заболеваемости в эндемичных и неэндемичных регионах может различаться более чем в 200 раз. За последнее десятилетие отмечаются рост заболеваемости эхинококкозом и расширение географических границ его распространения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), из 50 млн человек, ежегодно умирающих в мире, более 16 млн становятся жертвами инфекционных и паразитарных заболеваний.

Ранняя диагностика эхинококкоза органов брюшной полости затруднена из-за длительного бессимптомного течения болезни. Пациенты, как правило, обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях, когда паразитарная киста достигает значительных размеров, что стало причиной наименования этого заболевания как «паразитарный рак». В запущенных случаях прогноз заболевания значительно ухудшается из-за развития осложнений, требующих экстренного хирургического вмешательства, таких как нагноение кисты, прорыв в желчные пути, брюшную или плевральную полость, а также бронхи. Ведущее значение для благоприятного исхода имеет ранняя диагностика заболевания. Проблемы

хирургического лечения осложнённых форм эхинококкоза печени в сочетании с поражением других органов брюшной полости остаются предметом научных дискуссий и требуют дальнейшего изучения. Согласно мировой статистике, частота осложнённых форм эхинококкоза печени достигает 84,6 %, а послеоперационные рецидивы наблюдаются у 54,0 % пациентов. Одним из наиболее частых осложнений является нагноение эхинококковых кист, которое выявляется у 15–34 % больных. При этом не существует единого подхода к выбору методов хирургического лечения нагноения эхинококковых кист печени. Многие хирурги-гепатологи предпочитают радикальные вмешательства с удалением фиброзной капсулы как основного источника нагноения и рецидивов заболевания. Кроме того, поражение желчных протоков занимает второе место по частоте среди осложнений эхинококкоза печени и встречается у 15,8–20,1 % пациентов. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что вопрос хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости остаётся серьёзной проблемой современной хирургии. Это связано с трудностями диагностики, отсутствием единой хирургической тактики, что приводит к высокому уровню послеоперационных осложнений и летальности, достигающей 8 %.

Следовательно, разработка чётких показаний и противопоказаний к оперативным вмешательствам при эхинококкозе печени и других органов брюшной полости является крайне важной и актуальной задачей. Таким образом, выбранная тема исследования не вызывает сомнений в своей актуальности

Научная новизна

Данная работа представляет собой исследование, направленное на всестороннее изучение и совершенствование семиотики компьютерной томографии и ультразвуковых методов диагностики эхинококкоза органов брюшной полости.

Впервые разработаны и обоснованы показания к применению лапароскопической эхинококкэктомии у пациентов с эхинококкозом органов брюшной полости.

Кроме того, автором предложены, апробированы и научно обоснованы показания для использования пункционных методов лечения у пациентов с эхинококкозом органов брюшной полости, с учётом анатомических особенностей печени и других органов брюшной полости.

С целью дезпителлизации стенок фиброзной капсулы, обезвреживания элементов эхинококковой кисты и предотвращения послеоперационных рецидивов заболевания автор применил 10% раствор Бетадина и озонированный 0,9% физиологический раствор. Данный подход позволил существенно снизить риск рецидива патологии.

Инновационные подходы, реализованные в работе, дали возможность объективно оценить эффективность предложенных методов и разработать алгоритм диагностики и хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости.

Для улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза автором усовершенствован метод химиотерапии, применяемый у пациентов с данной патологией.

Кроме того, с целью уточнения и выявления нарушений функции печени при эхинококкозе автором проведено исследование уровня ферритина. Этот показатель позволил своевременно диагностировать степень печёночной недостаточности и оценить функциональное состояние печени.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования заключается в том, что результаты, представленные в диссертации, включая теоретические и методологические положения, выводы и рекомендации, могут быть использованы в образовательном процессе медицинских вузов, а также в практике хирургических отделений больниц.

Разработанные и внедрённые клинические рекомендации по профилактике рецидивов эхинококкоза у пациентов с эхинококковой

болезнью помогут медицинским специалистам более эффективно предотвращать повторные случаи заболевания. Это позволит снизить нагрузку на систему здравоохранения и улучшить долгосрочные результаты лечения.

Результаты исследования будут способствовать повышению уровня знаний и профессиональных навыков медицинских работников в области хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости. Это, в свою очередь, приведёт к повышению качества медицинского обслуживания и уровня удовлетворённости пациентов.

Улучшение исходов лечения, снижение частоты послеоперационных осложнений и рецидивов эхинококкоза позволит сократить время госпитализации и уменьшить затраты на последующее лечение, что положительно скажется на экономической эффективности системы здравоохранения.

Для проведения, индивидуализированного и оптимального хирургического лечения автором разработан алгоритм диагностики и выбора методов оперативного вмешательства.

Выявленная семиотика компьютерной томографии и ультразвуковых методов исследования позволила дифференцированно подходить к выбору методов консервативного лечения, хирургических вмешательств, а также к применению эндовидеохирургических технологий.

Внедрение пункционных методов лечения эхинококкоза органов брюшной полости позволило минимизировать травматизацию тканей, сократить сроки выздоровления и улучшить прогноз у пациентов с данной патологией.

Модификация химиотерапии, проводимой до и после хирургического вмешательства, позволила избежать необоснованных повторных лапаротомий и снизить частоту рецидивов заболевания.

Публикации по материалам диссертации.

По теме диссертационной работы опубликовано 12 научных трудов, из них 4 - в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК РФ и РТ. Получены 4 удостоверения на рационализаторские предложения.

Объём и структура диссертации.

Диссертация изложена на 171 странице машинописного текста и состоит из введения, пяти глав, выводов, практических рекомендаций, а также списка литературы, включающего 146 русскоязычных и 72 англоязычных источника. Работа иллюстрирована 16 таблицами и 65 рисунками.

Раздел «Введение» диссертационной работы содержит обоснование актуальности проблемы, формулировку цели и задач исследования, а также основные положения, выносимые на защиту. Раздел написан грамотно, параметры изложены ясно и логично.

Первая глава диссертационной работы посвящена обзору литературы. В ней представлен подробный анализ исследований, посвящённых диагностике и лечению эхинококкоза органов брюшной полости. Проведённый анализ демонстрирует глубокую осведомлённость автора в исследуемой проблеме, а также позволяет подробно охарактеризовать актуальность и значимость темы.

Вторая глава диссертационной работы «Материал и методы исследования» посвящена общей характеристике пациентов с эхинококкозом органов брюшной полости. Автор представил подробное описание 282 пациентов, которые проходили лечение с 2005 по 2022 гг. в первом и втором хирургических отделениях, а также в отделении хирургии печени и желчевыводящих протоков Государственного учреждения «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. Данное учреждение является клинической базой кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Клинический материал был разделён на две группы, для которых автором подробно описаны применяемые методы исследования. Приоритет отдавался

использованию современных инвазивных и неинвазивных лучевых методов диагностики, выполняемых в условиях стационара. Особое внимание уделено характеристике сопутствующих заболеваний у пациентов с эхинококкозом печени и органов брюшной полости. В работе представлены результаты морфологических исследований тканей фиброзной капсулы печени, выполненные при различном увеличении срезов и экспозиции в лаборатории ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Для анализа данных был использован статистический пакет Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США), что обеспечило высокую точность обработки результатов.

Третья глава диссертационной работы посвящена комплексной диагностике эхинококкоза органов брюшной полости. Автор подробно охарактеризовал результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, проведённых у пациентов с данным заболеванием. В ходе изучения особенностей клинических проявлений эхинококкоза было установлено, что наиболее частыми симптомами у пациентов являлись болевой синдром, а также локальные и общие признаки заболевания. Общие симптомы классифицированы в три основные категории: повышение температуры тела, аллергические реакции и гипербилирубинемия. Также выявлены достоверные изменения в лабораторных показателях, зависящие от локализации паразитарного очага. Проведённое исследование показало, что определение принадлежности паразитарной кисты к конкретной доле или сегменту печени возможно при её компактной локализации в пределах одной анатомической структуры. Однако при иной локализации эхинококковых кист точно установить их принадлежность к определённой группе было затруднительно, что также осложняло измерение размеров паразитарных образований. Комплексное обследование больных в большинстве случаев позволило определить характер осложнений эхинококкоза, что служило основой для выбора дальнейшей тактики лечения. Для окончательной постановки диагноза автором активно применялись дополнительные инструментальные методы

исследования. Рутинная рентгенография применялась для оценки контуров диафрагмы, её дыхательных экскурсий, состояния лёгких на предмет наличия паразитарных очагов, а также для изучения особенностей объёмных образований в печени, включая состояние сосудов и печёночных протоков. У 49 пациентов (34,3%) рентгенологическое исследование выявило прямые и косвенные признаки эхинококкового поражения. В ходе анализа данных рентгенологического исследования была проведена оценка информативности и чувствительности обнаруженных симптомов, что позволило учесть их диагностическую значимость при планировании лечения.

Ультразвуковое исследование было выполнено у всех 143 пациентов основной группы (100%) с эхинококковым поражением печени и органов брюшной полости. Анализ результатов УЗИ позволил определить эхо-признаки, характеризующие стадии развития эхинококковых кист.

Согласно полученным данным, использование современных инструментальных методов диагностики позволило не только установить стадию заболевания, но и выявить изменения в эхинококковой кисте до хирургического вмешательства. Эти данные также играли ключевую роль при выборе метода санации внутрикистозной полости в ходе оперативного лечения. Подтверждение диагноза эхинококкоза с помощью УЗИ было достигнуто у 95,5% пациентов. Метод позволил не только выявить наличие заболевания, но и определить его стадию, что повышало точность диагностики и улучшало планирование лечения. КТ исследование было проведено у 77 пациентов основной группы. Эхинококковое поражение печени и органов брюшной полости при помощи КТ-диагностики было выявлено у 96,7% пациентов. КТ позволило точно определить сегментарное расположение паразитарной кисты, её диаметр, а также степень вовлечения в патологический процесс смежных органов. Эта информация была важна для выбора оптимальной тактики оперативного вмешательства.

Четвёртая глава диссертационной работы посвящена тактике хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости. В разделе

охарактеризованы особенности всех применённых методов хирургического вмешательства при лечении данной патологии. Особое внимание при эхинококкозе уделялось проекционному ультразвуковому сканированию, которое выполнялось накануне операции. Выбор наиболее подходящего оперативного доступа во многом основывался на результатах компьютерной томографии (КТ) и ультразвукового исследования (УЗИ), которые позволяли точно определить локализацию эхинококковых кист, их количество и характер. Автором установлено, что локализация крупных эхинококковых кист в поддиафрагмальных сегментах печени, а также поражение обеих долей печени создают значительные трудности при хирургическом вмешательстве. В таких случаях целесообразно применение хирургических доступов, исключающих необходимость выполнения плевротомии, характеризующихся минимальной травматичностью и обеспечивающих удобный доступ к поражённым участкам для хирурга. Одним из применяемых оперативных подходов был двухподреберный доступ. Он включал пересечение обеих прямых мышц живота с продлением разреза вверх по срединной линии, обходя мечевидный отросток с правой стороны. Этот подход известен как вариант "Мерседес". Для лечения одиночных кист печени, а также в случаях их комбинированного присутствия автором использовались видеолапароскопические и пункционные методы в зависимости от клинических показаний.

С целью снижения числа интра- и послеоперационных осложнений, а также повышения эффективности хирургического лечения пациентов с эхинококковым поражением печени, в основной группе было применено внедрённое в клиническую практику комплексное лечение. Оно было направлено на профилактику диссеминации паразита во время его удаления и обеспечение оптимальной санации внутрикистозной полости. Для обработки остаточной полости автором был разработан метод, включающий использование 10% раствора Бетадина и 0,9% озонированного физиологического раствора. Этот подход позволил существенно снизить

риск развития резидуального эхинококкоза. В рамках профилактики рецидивов заболевания применялся метод интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ), который активно использовался при выполнении хирургических вмешательств в условиях клиники.

При хирургическом вмешательстве открытые эхинококкэктомии были выполнены у 18 пациентов контрольной группы. В основной группе применялся метод закрытой эхинококкэктомии, который был выполнен в 11 случаях (7,7%). Установлено, что закрытые эхинококкэктомии целесообразно проводить преимущественно при простых формах эхинококкоза, когда кисты имеют небольшой или средний размер, располагаются поверхностно и отсутствуют дегенеративные изменения в фиброзной оболочке. Одномоментное удаление эхинококковой кисты с выполнением капитонажа остаточной полости, её тампонадой или дренированием (полузакрытая эхинококкэктомия) проводилось в 7 случаях в качестве самостоятельной операции и в 2 случаях в рамках комбинированного хирургического вмешательства. Резекционные методы хирургического лечения применялись у 13 пациентов с эхинококковым поражением печени, из которых в трёх случаях заболевание протекало с осложнениями. Причинами выбора резекционных методов служили внутripеченочная локализация крупных кист, занимавших всю долю печени, а также наличие многокамерных эхинококковых кист. Множественное эхинококковое поражение печени в основной группе наблюдалось у 14 пациентов (9,8%), из них у 11 была диагностирована первичная форма заболевания, а у 3 — рецидивирующая форма. Число паразитарных кист у больных варьировалось от 3 до 25. Автором сделан вывод о том, что проведение одномоментной эхинококкэктомии при множественном эхинококковом поражении печени возможно только при благоприятном расположении кист и удовлетворительном общем состоянии пациента. Множественное и сочетанное эхинококковое поражение органов брюшной полости было выявлено у 15 пациентов (10,5%). Тактика хирургического лечения зависела от количества паразитарных кист, их расположения, структурных особенностей фиброзной капсулы и общего состояния пациента. В ходе

операции первоначально удалялись кисты с осложнёнными формами. Затем эвакуировались кисты, ухудшающие функциональность органов. На завершающем этапе удалялись паразитарные кисты, локализованные в сальнике.

Видеолапароскопические эхинококкэктомии были выполнены у 23 пациентов основной группы под общим обезболиванием. На этапах лапароскопической эхинококкэктомии, после аспирации содержимого кисты, проведения противопаразитарной санации полости и введения пластинки «Тахокомб», производилось вскрытие фиброзной капсулы с использованием электроножниц. Для предотвращения желчеистечения выполнялось эндовидеоскопическое исследование остаточной полости печени. Процедура начиналась с обработки полости спиртом, после чего вводился лапароскоп с боковой оптикой. Это позволяло визуально осмотреть полость на наличие дочерних кист, фрагментов хитиновой оболочки и возможных соединений с желчными протоками. При обнаружении производилось их удаление. В 10 случаях были выявлены желчные свищи, которые в 6 случаях ушивались атравматическим шовным материалом, а в 4 случаях проводилась диатермокоагуляция. В область желчных сообщений дополнительно наносили пластинки «Тахокомб» размером 2,5 x 3,0 см. Лапароскопическая резекция большого сальника была выполнена у 14 пациентов (9,8%), лапароскопическая эхинококкэктомия из брыжейки кишечника — у 6 пациентов (4,2%), а лапароскопическая цистоварэктомия — у 16 пациентов (11,2%). Послеоперационное течение у данной категории пациентов проходило гладко, без осложнений. Пункционные вмешательства были применены в следующих клинических случаях: у 6 пациентов с однокамерной кистой печени, у 3 пациентов с эхинококковыми кистами в брыжейке кишечника и у 5 пациентов с эхинококковыми кистами в яичниках. Все пункционные дренирования проводились под контролем ультразвукового мониторинга. Автором усовершенствована техника визуализации медицинских инструментов, основанная на использовании

твинклинг-артефакта во время проведения экстракорпоральной доплерографии (ЭДК). Этот метод позволяет более точно определять положение инструментов в тканях, что значительно облегчает работу хирурга и повышает точность вмешательства.

С профилактической целью пациентам назначалась антигельминтная терапия. В состав применяемых средств входил билтрицид (производства компании "Байер", ФРГ), который автор комбинировал с секнидоксом, эссенциале, метилурацилом и панкреатином. Анализ показал, что такая комбинированная терапия является эффективной как в лечении, так и в профилактике эхинококкоза, существенно снижая риск рецидивирования заболевания. У пациентов основной группы было проведено исследование непосредственных результатов хирургического лечения в период от 6 до 36 месяцев. Во время контрольных обследований выполнялись клинические и биохимические исследования крови. Для диагностики рецидива заболевания и изучения состояния остаточных полостей после удаления эхинококковых кист применялись ультразвуковые и КТ-исследования. Оценка результатов хирургического лечения проводилась в соответствии с критериями, приведёнными в медицинской литературе: «хороший», «удовлетворительный» или «неудовлетворительный» исход. Особое внимание было уделено изучению уровня ферритина в динамике при различных локализациях эхинококкоза у 39 пациентов основной группы. Выявленная динамика повышения уровня ферритина в венозной крови свидетельствовала о наличии хронического воспалительного процесса в тканях печени. До операции при эхинококкозе печени уровень ферритина составлял $470,3 \pm 7,1$ нг/мл, а к моменту выписки после операции снизился до $401,7 \pm 1,4$ нг/мл $p < 0,05$. У пациентов с поражением селезёнки уровень ферритина также был связан с разрушением эритроцитов и снижением показателей красной крови. До операции уровень ферритина составлял $333,5 \pm 8,3$ нг/мл, а после спленэктомии — $361,2 \pm 1,0$ нг/мл ($p < 0,05$). Глава

написана подробно, оформлена аккуратно и дополнена цветными фотоснимками, демонстрирующими этапы оперативных вмешательств.

На основании полученных данных разработан алгоритм, предназначенный для диагностики и выбора стратегии оперативного лечения эхинококкоза печени и других органов брюшной полости. Предлагаемый алгоритм позволяет эффективно подбирать оптимальный метод лечения для каждого клинического случая, что способствует снижению частоты применения открытых методов эхинококкэктомии

Пятая глава диссертационной работы посвящена обсуждению полученных результатов. Автор подробно представил данные о применении различных методов хирургических вмешательств, проанализировал их эффективность и подвёл итог проделанной работы, сравнив полученные результаты с данными, представленными в работах других исследователей. Выводы и рекомендации по практическому использованию результатов основываются на фактическом материале исследования, соответствуют поставленным целям и задачам, а также обладают значительной научной и практической ценностью. В диссертационной работе встречаются отдельные стилистические ошибки и неудачные языковые обороты, которые, однако, не оказывают влияния на общее качество и научную значимость исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационная работа Ризоева Ватаншо Сайфовича на тему «Оптимизация методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости», представленная в Диссертационный совет 6D.KOA-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, является завершённым и квалифицированным научным исследованием. Работа посвящена решению актуальной задачи — улучшению результатов хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости.

Диссертация по своей актуальности, новизне, объёму выполненных исследований и методическому подходу полностью соответствует требованиям, изложенным в разделе 3, пунктах 31, 33 и 34 «Порядка присуждения учёных степеней», утверждённого Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года №267 (с изменениями и дополнениями от 26 июня 2023 года №295) предъявляемым к диссертациям на соискание учёной степени кандидата наук, а автор заслуживает присуждения учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - Хирургия.

Официальный оппонент:

Старший научный сотрудник

ГУ «Институт Гастроэнтерологии»

МЗ и СЗН Республики Таджикистан

д.м.н.



Кодиров Ф.Д.

Подпись доктора медицинских наук

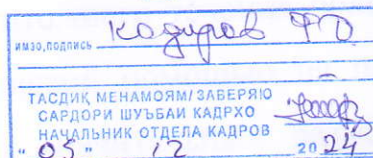
Кодирова Ф.Д., заверяю, начальник

отдела кадров ГУ «Институт

гастроэнтерологии» МЗ и СЗН РТ»

« 05 » 12 2024г.

Ниязова А.Н.



Республика Таджикистан, г. Душанбе, Индекс: 734026, ул. Маяковского 2,
Государственное учреждение «Институт гастроэнтерологии» Министерства
здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Тел: +(992) 918 64 85 75;

E-mail: farhod.kadyrov@mail.ru