

ОТЗЫВ

Официального оппонента доктора медицинских наук, Рахматуллаева Рахимжона на диссертационную работу Абдуллоева Сулаймона Халифаевича на тему «Профилактика и лечение несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки в хирургии «трудных» дуоденальных язв на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17-хирургия.

Актуальность темы исследования. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на современном этапе развития абдоминальное хирургии не потеряла свою актуальность. Не до конца решенными остаются вопросы по особенностям диагностики, лечения и осложнений низких дуоденальных язв как бульбарной, так и постбульбарной локализации. Так по данным литературы низкие язвы составляют 3,6-11% среди всех дуоденальных язв.

Разработанные новые фармакотерапевтические противоязвенные препараты в комплексном лечении язвенной болезни способствовали существенному снижению частоты различных осложнений, что и способствовало значительному снижению хирургической активности по отношению к язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. На сегодняшний день экстренные операции по поводу перфоративной язвы желудка и плановые операции по поводу пилоростеноза стали редкостью.

Противоязвенная консервативная терапия при наличии низких язв полностью не избавляет пациента от нарушения проходимости пилорического канала, сама язва заживает, однако происходит деформация пилорического канала, которая в свою очередь приводит к нарушению пассажа пищи из желудка, развивается суб- и/или декомпенсированный пилоростеноз. Этим пациентам показана дистальная резекция желудка, при

наличии низких язв обработка культи двенадцатиперстной кишки сопровождается техническими трудностями.

Одним из грозных осложнений, которые могут развиваться в ближайшем послеоперационном периоде, является несостоятельность швов дуоденальной культи, частота несостоятельности культи отмечается в 2-17% случаях, а при «трудных» язвах данный показатель доходит до 30% и выше, что в свою очередь приводит к развитию перитонита и летального исхода 46-70% случаев. В литературе существуют более трехсот вариантов обработки культи ДПК. Однако ни одна из этих методик не является оптимальной при обработке культи у больных с низкими язвами ДПК.

В связи с вышеизложенным диссертационная работа посвящена одной из актуальных проблем современной хирургической гастроэнтерологии, направленной на профилактику несостоятельности культи ДПК при «трудных» низких язвах, с применением оригинальных методик обработки культи с применением патогенетически обоснованных методик терапии профилактики несостоятельности культи ДПК.

Степень обоснованности и достоверность основных научных положений. Не вызывает сомнения, 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.

Оценка содержания диссертации

Диссертация изложена на 147 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 5 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Библиографический

указатель включает 191 источник, из них 130 на русском и 61 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 21 таблицей и 20 рисунками.

Во введении доказана 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 хирургического лечения ВГ и проблемы диагностики и хирургического лечения грыж.

Вторая глава посвящена характеристике клинического материала и методам исследования

Клинический материал включает 104 пациента с «трудными» дуоденальными язвами, которым была выполнена резекция желудка по различным методикам и обработка культи ДПК.

Все оперированные больные разделены на 2 группы:

I группа контрольная, включала 51 (49%) пациентов, которым выполнялась резекция желудка по различным методикам и обработка культи ДПК по общеизвестной методике:

II группа (основная) – составляли 53 (51,0%) пациента, которым резекция желудка выполнялась по различным методикам, с целью профилактики развития несостоятельности культи ДПК выполнялись разработанные и усовершенствованные способы её обработки с проведением до и в послеоперационном периоде комплексной патогенетической консервативной терапии.

Среди обследованных лица мужского пола составили 87 (83,7%), женщин – 17 (16,3%). До момента поступления в стационар все обследованные

пациенты находились на лечении у врача терапевта, язвенный анамнез у большинства больных составил от 1 до 10 лет, у 19 больных отмечен язвенный анамнез более 10 лет.

Дуоденальный стеноз отмечался у 62 (59,6%) больных, пенетрирующие дуоденальные язвы – у 8 (7,7%), дуоденальные кровотечения – у 11 (10,6%), перфорации дуоденальных язв (постбульбарные, низкие язвы) – у 4 (3,8%) и в 19 (18,3%) случаях имели место сочетанные осложнения «трудных» дуоденальных язв (рисунок 2.1).

Среди всех 104 (100%) больных с дуоденальными язвами наличие гигантских дуоденальных язв, сопровождающихся выраженным рубцово-язвенным инфильтратом, отмечались у 21 (20,1%) больного. В (73,1%) случаях язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки, а в 28 (26,9%) - в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки.

С целью изучения результатов проведенного оперативного лечения пациентам выполнялись клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования, включая УЗИ, Рентгеноскопия, гастропиброскопия, по показаниям МРТ, с целью исследования двигательной-эвакуаторной функции ДПК и выраженности интрадуоденального давления больным с «трудными» дуоденальными язвами в пред- и послеоперационном периоде проводили поэтажную монOMETрию с использованием способа открытого катетера.

Третья глава посвящена изучению результатов клинико –лабораторных и инструментальных методов исследования.

Согласно полученным результатам, у пациентов с «трудными» язвами ДПК отмечается наличие анемии средней и тяжелой степени

выраженности. Это может быть обусловлено развитием дуоденальных кровотечений и пилородуоденостеноза, Исследования на наличие хеликобактера в дуоденальной слизи выполнялись у 53 пациентов и в 37 случаях результаты исследования оказались положительными. При рентгенологическом исследовании у всех обследованных больных установлено наличие суб и/или декомпенсированного пилеростеноза, а у больных с перфоративной язвой наличие свободного газа под куполами диафрагмы. При больших язвах ДПК у 8 (7,7%) пациентов обнаружено наличие «ниши».

У 69 пациентов эндоскопические исследования выполнялись в плановом порядке, а у 35 пациентов – в экстренном порядке. В 18 случаях при эндоскопическом исследовании у больных было обнаружено наличие кровоточащей дуоденальной язвы.

УЗ-исследование было выполнено у 63 (60,5%) пациентов, из них у 8 (7,7%) пациентов с размерами язвы не более 10 мм был обнаружен такой УЗ-симптом ЯБ, как «выхождение» язвенного дефекта за пределы стенки двенадцатиперстной кишки, т.е. пенетрация язвы в близлежащие органы.

У пациентов с «трудными» язвами ДПК, пенетрирующими головку поджелудочной железы, в сочетании с наличием хронического индуративного панкреатита выполнялось КТ-исследование поджелудочной железы, при этом глубина пенетрации язвы в 4 случаях составляла от 1 до 4 мм, в 3-х случаях она составляла от 5 до 10 мм, а в 3 наблюдениях эта глубина составляла более 10 мм. МРТ-исследование было выполнено у 5 пациентов, что позволило определить у них наличие морфологических изменений в паренхиме поджелудочной железы.

С целью измерения давления в двенадцатиперстной кишке, и изучения

характера расстройств двигательной-эвакуаторной функции желудка у 48 (49,5%) пациентов выполнена поэтажная манометрия с использованием способа открытого катетера

В 8 наблюдениях диагностирована скрытая дуоденальная гипертензия, при этом в 5 случаях.

Четвертая глава посвящена хирургическому лечению «трудных» дуоденальных язв

Среди больных контрольной группы 47 больным была произведена резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера и обработка культи ДПК было выполнено по стандартной методике и у 4 больных в связи с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы резекция желудка была выполнено по методике Ру в сочетании со стволовой ваготомией. В раннем послеоперационном периоде у 14 (27,4%) случаев отмечена нестойкость культи ДПК. Летальность отмечена у 5 (9,8%) пациентов от полиорганной недостаточности на фоне перитонита.

Пациентам основной группы, для обработки культи ДПК при трудных язвах были выполнены разработанные и/или усовершенствованные способы обработки культи ДПК. В сочетании с проведением комплексной патогенетической консервативной терапии. В данной группе, резекция желудка по методу Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера выполнено у 48 (90,6%) пациентов, у 5 (9,4%) пациентов с хроническим индуративным панкреатитом, обусловленным пенетрацией язвенного дефекта в головку поджелудочной железы, выполнена резекция желудка по способу Ру в сочетании со стволовой ваготомией.

Обработка культи ДПК выполнено по разработанной методике, суть которого заключается в следующем: в культе ДПК первым рядом, не снимая зажим, накладывали П-образные швы и затягивали их. Вторым рядом накладывался полукисетный шов и затягивали его, в месте образования бортика третьим рядом накладывались узловые швы с подшиванием капсулы поджелудочной железы, что позволяло добиться герметичного закрытия культи ДПК.

Также диссертантом разработана оригинальная методика обработки культи ДПК и низких, неудаляемых язв. Метода заключается в следующем: После выполнения резекции желудка по методу Бильрот II, когда остается короткая культя ДПК, на короткую культю двенадцатиперстной кишки со стороны просвета кишки накладывался кисетный шов с захватом слизистой и мышечных слоев, и затягивается. Вторым рядом накладываются узловые швы с подшиванием передней поверхности капсулы поджелудочной железы к культе двенадцатиперстной кишки. Далее проводится назодуоденальное зондирование для декомпрессии культи двенадцатиперстной кишки, что позволяет добиться хорошей герметичности при закрытии короткой культи двенадцатиперстной кишки, для профилактики несостоятельности швов выполняется декомпрессия культи.

Для профилактики несостоятельности швов культи ДПК и для стимуляции тонуса ДПК разработан способ лазерной стимуляции, пациентам после операции проводится чрездренажная лазеротерапия в течении 30 минут в течении 10-12 дней.

Таким образом, в результате применения индивидуального подхода при выборе обработки культи ДПК, и соответствующей медикаментозной терапии в послеоперационном периоде у больных основной группы, диссертанту удалось снизить частоту развития ранних послеоперационных осложнений до 15,1%, летальности - до 1,9%, а частоту развития недостаточности культи ДПК до 1,9%, по сравнению с пациентами контрольной группы, где послеоперационные осложнения в целом имели место в 37,2% случаев, летальные – 9,8%, развитие НШДК наблюдалось в 27,5% случаев.

Подтверждение опубликованных основных результатов диссертации в научных изданиях. Полученные в исследовании данные отражены и опубликованы в 11 научных работах, в том числе 3 в, рецензируемых журналах ВАК при Президенте РТ, Получены 4 удостоверения на рационализаторские предложения.

Заключение

Диссертация Абдуллоева Сулаймона Халифаевича на тему «Профилактика и лечение несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки в хирургии «трудных» дуоденальных язв, по специальности 14.01.17 – Хирургия, выполненная под руководством д.м.н., профессора Абдуллозода Дж. А., представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук представляет собой законченную научно-квалификационную работу, выполненную на достаточно высоком уровне. Основные положения работы обоснованы, обладают новизной и имеют научно практическую значимость. В работе содержится решение важной научной задачи, имеющей существенное значение в современной хирургической гастроэнтерологии.

Диссертационная работа полностью соответствует требованиям раздела 3 п. 31, 33, 34 и «Порядок присуждения ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года № 267, (с вынесением изменений и дополнений от 26.06.2023 года №295), а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17-Хирургия.

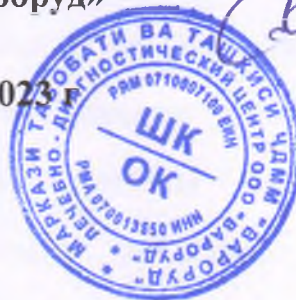
Официальный оппонент:

Директор ЛДЦ «Вароруд»,
доктор медицинских наук



Р. Рахматуллаев

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



Ю. Мурадова

«30» 11 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.