

ОТЗЫВ

официального оппонента доктора медицинских наук, профессора Топчиева Михаил Андреевича на диссертационную работу Маслова Ярослава Яковлевича по теме: «Клинико-морфологические параллели состояния тонкокишечных анастомозов при различном течении на фоне перитонита», представленную к официальной защите в качестве диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия

Актуальность темы исследования

Проблема лечения больных с перитонитом уже около века не перестаёт быть актуальной хирургии, летальность при перитоните, осложненном сепсисом, составляет 17,1-46,2%, а в случае развития третичного перитонита достигает 60% (Гостищев В.К. и др. 2016). Говоря о третичном перитоните особое место, занимает несостоятельность энтеро-энтероанастомоза. Проблема приобретает особую актуальность при экстренной ситуации, на фоне распространенного перитонита (РП) (Агаев Э.К. 2012). К несостоятельности энтеро-энтероанастомоза могут привести различные причины: технические погрешности при формировании анастомоза, нарушение кровоснабжения в сшиваемых тканях, вовлечение в воспалительный процесс стенки кишки, прилегающей к анастомозу, снижение ее защитно-барьерной функции для флоры, повышение внутрикишечного давления, а так же наличие злокачественного новообразования (Мильдзихов Г.У. и др. 2002; Дибиров М.Д., 2018 Прохоров Г.П. и др 2017;). Соответственно, довольно сложно определить истинную причину несостоятельности анастомоза в послеоперационном периоде. На сегодняшний день с целью профилактики подобного осложнения прибегают к укреплению линии кишечных швов фибрин-коллагеновой субстанцией применяют аутофибриновый клей, различные биоклеи, укрепляют линии швов сегментом подвздошной кишки, интубации и декомпрессии тонкой кишки, перманентной внутри брыжеечной блокады и лимфотропной терапии, лазермагнитотерапии зоны анастомоза, санация области анастомоза (Коробов В.М. и др. 2016; Плечева Д. В. И др. 2016; Вайнер В.С. 2017).

Однако, несмотря на все имеющиеся методы профилактики развития несостоятельности энтероэнтероанастомоза, частота данного осложнения достигает 38-40%, а в 40-60% приводит к летальному исходу (Зубрицкий В.Ф. 2010; Харин В.Н. и др. 2014; Белоконев В.И. 2017)

Соответственно довольно актуальным вопросом современной хирургии является поиск мер борьбы с несостоятельностью энтероанастомозов при перитоните. Следовательно, тему диссертационной работы Маслова Я.Я. можно считать актуальной.

Новизна исследования и полученных результатов.

В ходе научной работы автором впервые дана объективная морфологическая, морфометрическая и поляризационно-оптическая оценка морфофункциональных изменений тканей тонкой кишки в зоне анастомоза, сформированного у больных в условиях острого разлитого перитонита. Помимо того диссертантом впервые показано, что важнейшими морфологическими критериями несостоятельности энтероанастомоза и неблагоприятного прогноза являются высокий удельный объем сосудов микрогемодиализаторного русла, фибрина, полиморфно-ядерных лейкоцитов, очагов некроза, дезорганизации соединительной ткани в виде развития белковой мезенхимальной дистрофии.

Интраоперационная оценка данных параметров при наложении энтероэнтероанастомоза позволит избежать послеоперационные осложнения и повторные операции.

Так же доказано, что электрофизиологические параметры тонкой кишки параллельно с морфологическими изменениями в стенке кишки, являются прогностически достоверными факторами состоятельности энтероанастомоза в условиях перитонита.

Помимо этого автором были установлены морфофункциональные параметры прогнозирования течения послеоперационного периода при формировании энтероанастомозов на фоне перитонита.

Разработан алгоритм определения тактики лечения пациентов с

перитонитом которым требуется резекция тонкой кишки

Степень обоснованности и достоверности выводов и заключений в диссертации

Все содержащиеся в работе выводы и положения подтверждены анализом результатов проведенного диссертантом исследования. Для реализации поставленных целей автором был предложен следующий дизайн исследования: 1 час - ретроспективный анализ результатов лечения 49 пациентов с разлитым перитонитом, и 2 часть оценка эффективности разработанного диссертантом алгоритма лечения 28 пациентов. В ходе исследования все больные были разделены на 3 группы в зависимости от тяжести течения перитонита.

Первую группу составили 18 больных с благоприятным клиническим исходом - энтероанастомоз был сформирован в реактивной фазе. Вторая группа (токсическая фаза перитонита) - 17 больных имела благоприятным исход, однако в послеоперационном периоде были зарегистрированы различные осложнения. Третья группа (14 больных) – больные у которых энтероэнтероанастомоз был наложен на фоне токсической фазы перитонита, а в послеоперационном периоде была зарегистрирована несостоятельность. По показаниям им была выполнена релапаротомия с последующими программными санациями. При этом выполнялась резекция участка кишки с несостоятельным анастомозом и реанастомозирование тонкой кишки в несколько этапов.

Выводы диссертации соответствуют поставленным задачам, вытекают из полученных результатов исследования.

Статистический анализ полученных данных выполняли с помощью пакета программы Statistica 5.5, определяли среднюю арифметическую (M), среднее квадратическое отклонение (σ), ошибку определения средней арифметической (m), коэффициент вариации (W), уровень достоверности различий (p) сравниваемых групповых средних с помощью t-критерия Стьюдента.

Практическая значимость работы

Проведенная диссертационная работа позволяет четко определить показания и противопоказания к первичному наложению энтероэнтероанастомоза в условиях разлитого перитонита.

Разработанные в диссертационной работе практические рекомендации внедрены в клиническую практику и используются в работе хирургических отделений больниц г. Симферополя.

Практическая ценность

По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ, в том числе 4 научные статьи в рецензируемых изданиях, рекомендованных для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук ВАК ДНР, 2 статья в журналах РФ и 3 тезиса в сборниках конференций.

Автором определены показания и противопоказания к наложению первичного энтероэнтероанастомоза у больных с острым разлитым перитонитом. Диссертантом доказана целесообразность оценки морфологических, морфометрических показателей, а так же поляризационно-оптическая оценки морфофункционального состояние тканей тонкой кишки в зоне анастомоза.

Доказано, что важнейшими морфологическими критериями несостоятельности энтероанастомоза и неблагоприятного прогноза являются высокий удельный объем сосудов микрогемодиализаторного русла $-0,5323 \pm 0,0154$ и выше, фибрина – $0,0516 \pm 0,0136$, полиморфно-ядерных лейкоцитов – $0,3213 \pm 0,0267$, очагов некроза – $0,0363 \pm 0,0157$.

Автором предложен алгоритм лечения больных с разлитым перитонитом, которым требуется проведения резекции участка тонкой кишки. В рамках алгоритма в ходе исследования были сформировано 3 группы: 1 группа (8 больных) – первичное формирование энтероэнтероанастомоза, 2 группа (9 больных) - Damage control+ обтурационные варианты резекции тонкой кишки,

3 группа (12 больных)- отсроченное формирование энтероэнтероанастомоза (илеостомы с программной лапаростомой).

В результате применения алгоритма удалось снизить общую летальность на 2,4%, а абдоминальный сепсис на 6,5%, третичный перитонит – на 20,3% внутрибрюшные абсцессы на 3,1%.

Говоря об осложнениях, в послеоперационном периоде следует подчеркнуть, что на фоне применения разработанного алгоритма внутрибрюшные абсцессы возникли на 22,6% меньше во второй части исследования, пневмонии на 12,7%, третичный перитонит на 75% . Общее количество осложнений уменьшилось в 2,6 раза.

Оценка содержания работы.

Диссертация представляет собой клинико-инструментальное исследование. Диссертация написана на 145 страницах формата А4, состоит из традиционных глав – вступление, литературный обзор, материалы и методы, собственные исследования, обсуждение результатов собственных исследований, выводы, практические рекомендации, список использованной литературы.

В **ведении** автор четко и лаконично обосновывает актуальность выбранной темы, ставит цель исследования и определяет конкретные задачи. Также представлены научная новизна и практическая ценность работы. В конце приведена информация об апробации работы

Глава №1 – Обзор литературы состоит из 3 частей. В первой автор освещает патогенез энтеральной недостаточности на фоне перитонита. Во второй идет речь о моторно-эвакуаторная функция кишечника на фоне перитонита. И в конце обзора литературы приведены современные данные о возможных вариантах введения пациентов и формирования энтероэнтероанастомозов при перитоните

В целом, обзор литературы обосновывает поставленные цель и задачи диссертационной работы. В списке литературы имеется достаточное

количество ссылок на работы последних лет, как зарубежных авторов, так и на работы соотечественников

Глава №2 «Материалы и методы» посвящена описанию клинических методов применяемых в работе и методов исследования. Клиническая часть исследования содержит результат ретроспективного исследования и лечения 49 пациентов с разлитым перитонитом и анализ эффективности 28 пациентов рамках собственно разработанного алгоритма лечения. Для поставленных целей диссертант сформировал 3 группы больных в соответствии с поставленными целями:

Все больные (49 пациентов) были разделены на три группы в зависимости от тяжести течения острого разлитого перитонита. Первую группа (18 пациентов) реактивная фаза перитонита – исход благоприятный. Вторая группа (17 пациентов) токсическая фаза – анастомоз состоятелен, однако в послеоперационном периоде зарегистрировано осложнение. Третья группа (14 пациентов) токсическая фазы перитонита - энтероэнтероанастомоз несостоятелен. Им была выполнена релапаротомия с последующими программными санациями. При этом выполнялась резекция участка кишки с несостоятельным анастомозом и реанастомозирование тонкой кишки в несколько этапов.

Далее Маслов Я.Я. представляет характеристику использованных методов исследования функционально состояния кишечника – УЗИ, чернильно-пищущий аппарат ЭГС-3, гастроэнтерограф «Гастроскан».

Среди лабораторных методов для определения тяжести общего состояния автором были выбраны общий белок, мочевины, билирубин, аминотрансферазы, концентрация С – реактивного белка, уровень аденозинтрифосфат, перекисное окисление липидов, лейкоцитарный индекс интоксикации, уровень молекул средней массы. Так же автор использовал обще гистологические, гистохимические и морфометрические методики исследований состояния кишечной стенки.

Глава №3 – в данной главе представлены результаты инструментальных данных исследования. Она состоит из трех подглав: сравнительного анализа периферической гастроэнтерографии в различных группах, сравнительного анализа контактной электрической активности зоны анастомоза и данные ультразвукового метода исследования.

Глава №4 – результаты лабораторных и морфологических методов исследования.

Эта глава разделена на четыре раздела. В первом представлена патоморфология энтероанастомоза, сформированного у больных первой группы в условиях перитонита с благоприятным клиническим исходом - воспалительная реакция и сосудистые нарушения не привели к несостоятельности анастомоза. Во втором разделе нам предоставлена патоморфология энтероанастомоза второй группы, мы видим, что сосудистая реакция, характер воспалительного инфильтрата с появлением большего числа полиморфно-ядерных лейкоцитов, очаги некроза не были прогностически неблагоприятными и не привели к несостоятельности анастомоза. В третьем разделе представлена патоморфология энтероанастомоза больных третьей группы, здесь мы видим выраженные структурные изменения кишечной стенки, которые привели к его несостоятельности анастомоза и неблагоприятному клиническому исходу. В четвертом разделе представлен сравнительный качественный и количественный анализ патологических процессов, происходящих в сформированном энтероанастомозе в условиях острого разлитого перитонита, у больных с благоприятным и неблагоприятным исходом заболевания

Глава №5 представляет собой обсуждение результатов лечения больных с острым разлитым перитонитом.

Результатом диссертационной работы являются 6 выводов, которые полностью соответствуют поставленным в работе задачам.

Практические рекомендации могут быть использованы в клинической практике некоторые важные детали использования описанной методики

Недостатки работы

К числу недостатков работы можно отнести ряд стилистических погрешностей и некоторых опечатки. Принципиальных замечаний, влияющих на общую положительную оценку работы нет.

В порядке обсуждения хотелось бы задать следующие вопросы:

1. По какому принципу происходил набор больных для проведения работы? Какие причины привели к перитониту?
2. Почему для оценки степени тяжести состояния пациентов вы применяли исключительно классификацию Симоняна?
3. На основании каких критериев вы определяли степень СЭН?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационная работа Маслова Ярослава Яковлевича на тему «Клинико-морфологические параллели состояния тонкокишечных анастомозов при различном течении на фоне перитонита» по специальности 14.01.17-хирургия, выполненная под руководством доктора медицинских наук, профессора Михайличенко Вячеслава Юрьевича, является законченным научным исследованием, выполненном на высоком научном и методологическом уровне.

В работе содержится решение важной и актуальной на сегодняшний день научной задачи хирургии - улучшение результатов лечения больных с острым разлитым перитонитом за счет снижения частоты несостоятельности энтероанастоза.

Использование разработанного диссертантом алгоритма позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и летальность, а также

избежать не обоснованных релапаротомий. Установлены и научно обоснованы показания и противопоказания к наложению первичного энтероанастомоза. Диссертационная работа соответствует требованиям установленных в п.2.2 Положения о присуждении ученых степеней, предъявляемым к кандидатским диссертациям, а автор диссертационной работы, Маслов Ярослав Яковлевич, заслуживает присуждения степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Официальный оппонент:

Заведующий кафедрой общей хирургии
с курсом последипломного образования
по хирургии Федерального государственного
бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Астраханский
государственный медицинский университет»

Доктор медицинских наук, профессор

 М.А. Топчиев

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, 414000, Российская
Федерация, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512)58-76-34,
e-mail: Topchievma@mail.ru

