

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

заведующего кафедрой общей хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, доцента Белика Бориса Михайловича на диссертацию Федорина Александра Ивановича «Обоснование способов лечения острой кишечной непроходимости у больных перитонитом (клинико-экспериментальное исследование)», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Актуальность темы исследования

Исследования, посвященные анализу причин, диагностике, лечению больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) и перитонитом относятся к наиболее востребованным и актуальным. Частота встречаемости перитонита и острой кишечной непроходимости, как отмечают И.А. Ерюхин с соавт. (2007); С.В. Гаврилов (2015); А.Н. Вачев с соавт. (2017); A. Oldani et al. (2018), не имеет тенденции к снижению. Так, у больных при заболеваниях тонкой и толстой кишки и выполненных по поводу них операций частота перитонита и ОКН по данным И.И. Затевахина с соавт. (2016); С.Ф. Багненко с соавт. (2017); А.М. Leung, H. Vu (2012) колеблется от 12-15% до 25,5-31%. Причиной столь серьезного внимания к проблеме остается высокая летальность при развитии ОКН и перитонита (от 27% до 48%) и число послеоперационных осложнений, на что указывают Б.К. Шуркалин (2010), М.Д. Дибиров с соавт. (2012, 2017), М.Н. Jeppesen et al. (2016), C. Parsons et al. (2017).

Установление причин и механизмов взаимосвязи ОКН и перитонита, обоснованный выбор способа операции позволяют повлиять на исход острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Наиболее проблемными вопросами у больных с ОКН и перитонитом остаются профилактика и лечение повышенного внутрибрюшного давления, как отмечают Л.Б. Гинзбург (2009); О. Х. Халидов с соавт. (2017); Rao Ivatury et

Листов	Вс. №	2019
27	05	2019
«Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации		

al. (2006), определение показаний к способам завершения операций в зависимости от стадии перитонита и ОКН. Особую проблему представляет обоснование сроков и выбор способа реконструктивных операций, направленных на устранение стом.

В связи с вышеизложенными данными, тема диссертационного исследования А.И. Федорина является актуальной, так как автор поставил перед собой **цель** - улучшение результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом путем выполнения обоснованного объема операции в зависимости от стадии перитонита. Для ее решения автором сформулировано 6 задач, имеющих научную новизну и важную практическую значимость.

Научная новизна

Уточнена структура острых хирургических заболеваний, осложненных острой кишечной непроходимостью и перитонитом, при которых имелись показания к выведению тонкокишечных стом.

Установлена достоверная прямая зависимость частоты неблагоприятных исходов лечения больных с острой кишечной непроходимостью от стадии развития перитонита; от способа завершения операции – доказано снижение летальности и частоты послеоперационных осложнений при применении способа наложения тонкокишечной стомы в стадию энтеральной недостаточности.

Впервые предложен способ формирования кишечной стомы при тотальном спаечном процессе в брюшной полости (патент РФ на изобретение № 2532304 от 10.11.2014 г.).

Установлено, что у белых лабораторных крыс при экспериментальном повышении внутрибрюшного давления в различных отделах желудочно-кишечного тракта, преимущественно в тонкой кишке, в течение первой недели преобладают гемодинамические и острые воспалительные процессы,

которые спустя месяц сменяются на необратимые атрофически-склеротические изменения.

Выделены наиболее оптимальные сроки закрытия тонкокишечных стом в зависимости от уровня их выведения, при которых наблюдается положительный результат хирургического лечения больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом.

Теоретическая и практическая значимость

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 в качестве завершающего этапа хирургического лечения больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом способа наложения разгрузочных тонкокишечных стом 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 соответствие 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 клинико-экспериментальное исследование с группами контроля. Диссертация изложена на 190 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, глав собственных исследований, обсуждения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя, который содержит 244 наименования источников, из них 156 отечественных и 88 зарубежных. Диссертация иллюстрирована 30 таблицами и 41 рисунком.

Во **введении** определена актуальность темы, направленной на изучение проблемы лечения больных с острой кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом. Наиболее сложными при лечении больных с ОКН и перитонитом остаются вопросы определения показаний к способам завершения операций в зависимости от стадии этих осложнений, обоснование сроков и выбор способа реконструктивных вмешательств, направленных на устранение стом.

В **главе 1** «Обзор литературы» представлены данные о частоте и причинах возникновения острой кишечной непроходимости и перитонита, патогенез развития этих осложнений, классификации и признаки, отражающие стадию и степень тяжести развития заболеваний. Подробно описана тактика при острой кишечной непроходимости и перитоните, способы операций, показания к наложению первичных анастомозов и формированию кишечных стом, а также осложнения при их формировании.

В резюме обзора литературы автор делает вполне обоснованное заключение о необходимости дальнейшего проведения исследований по определению противопоказаний к формированию первичного анастомоза при ОКН; обоснованию показаний к наложению кишечной стомы в зависимости от стадии перитонита; по совершенствованию техники формирования кишечных стом и обоснованию сроков их закрытия в зависимости от уровня расположения и потерь кишечного химуса.

Глава 2. Материал и методы исследования. Работа носит ретроспективно – проспективный характер и основана на анализе 160 больных с ОКН и перитонитом, которые разделены на 2 группы. В 1 группу (группу сравнения) вошли 75 больных, которым во время операции после выполнения резекции участка тонкой кишки были сформированы анастомозы; во 2 группу (основная группа) включены 85 пациентов, которым после выполнения резекции участка тонкой кишки первым этапом на кожу выводили проксимальный конец кишки для формирования стомы. Оценка половозрастных характеристик больных в группах исследования показала отсутствие в них значимых различий.

В подразделе 2.2. (Способы хирургического лечения больных с ОКН и перитонитом) представлены данные по распределению больных по типу наложенных стом. При формировании кишечной стомы автор придерживался техники, разработанной на кафедре хирургических болезней № 2 Сам ГМУ. Место выведения стомы на переднюю брюшную стенку планировалось таким образом, чтобы она располагалась в проекции дистального отдела ЖКТ, с которым может быть сформировано соустье, в том числе и с использованием малоинвазивного локального доступа.

Представляет значительный интерес решение задачи при выполнении операции у больных с выраженным тотальным спаечным процессом. При выполнении операции в таких условиях применялся разработанный группой авторов способ наложения стомы при тотальном спаечном процессе в брюшной полости («Способ формирования кишечной стомы»), защищенный патентом на изобретение.

Глава 3. «Морфологическое обоснование тактики хирургического лечения при ОКН и перитоните в эксперименте и клинике». В разделе 3.1. представлены данные по морфологическим изменениям желудка и кишечника в условиях экспериментального повышения внутрибрюшного давления. Эксперимент был направлен на обоснование сроков закрытия кишечных стом, наложенных с лечебной целью. В результате эксперимента у 17 лабораторных крыс в контроле и в опытной группе оценивали характер

морфофункциональных изменений в желудке, тонкой и толстой кишке в зависимости от длительности поддержания повышенного внутрибрюшного давления.

Морфологические изменения в разных отделах желудочно-кишечного тракта показали, что с течением длительного времени (у лабораторных животных – начиная с 3 месяца и более) в стенке тонкой и толстой кишки вслед за альтеративно – воспалительными процессами развиваются изменения атрофического и склеротического характера, необратимые по своей сути. Эти данные могут служить морфологическим обоснованием установления оптимальных сроков закрытия кишечных стом после завершения острых экссудативных процессов, но до развития атрофии желез и склероза стенки кишки.

Развитие альтеративных и экссудативных изменений в стенке тонкой и толстой кишки, связанных сугубо с повышенным внутрибрюшным давлением, являются однонаправленными с патологией органов ЖКТ при ОКН и перитоните. Параллельность развития острых альтеративно-экссудативных морфологических изменений может способствовать утяжелению и удлинению по времени воспалительного процесса у пациентов с ОКН и перитонитом. Морфологические изменения в стенке резецированной кишки в разные стадии перитонита (раздел 3.2.) были изучены у 9 пациентов с непроходимостью кишечника. Установлена схожесть и однонаправленность патологических процессов в стенке кишки, особенно в ранние сроки, с обнаруженными изменениями в стенке тонкой и толстой кишки при экспериментальном моделировании повышенного внутрибрюшного давления. Поэтому взаимное влияние разных факторов усугубляет и утяжеляет течение воспалительного процесса. Ликвидация одного фактора – в данном случае повышенного внутрибрюшного давления – благодаря применяемой лапаростомии у пациентов с ОКН и перитонитом, способствует уменьшению выраженности воспаления и снижению риска развития осложнений. Напротив, сочетание описанных патологических процессов

указывает на повышение риска несостоятельности швов при наложении межкишечного анастомоза в таких условиях.

Глава 4. «Диагностика и результаты хирургического лечения ОКН у больных с перитонитом». В разделе 4.1. автором убедительно показано, что классические клинические, клинико-лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы достаточны для диагностики ОКН и перитонита, установления причины острой кишечной непроходимости, так как у 70,7% больных диагноз был установлен в первые сутки заболевания. Однако у трети пациентов потребовалось применение более точных методов исследования, в частности, компьютерной томографии.

Раздел 4.2. Хирургическое лечение ОКН у больных с перитонитом и его результаты в 1 группе исследования. При анализе 1 группы больных показано, что наиболее частой причиной ОКН и перитонита явилась спаечная вторичная кишечная непроходимость, как осложнение выполненных в прошлом оперативных вмешательств. Это обстоятельство определяло выбор доступа при выполнении операции наложения первичного анастомоза, а степень спаечного процесса и тип спаек - технические сложности её исполнения. Оценка результатов хирургического лечения ОКН с восстановлением целостности ЖКТ после устранения причины непроходимости и резекции части кишки путем наложения первичного межкишечного анастомоза показала их зависимость от стадии перитонита. Чем тяжелее была стадия перитонита, тем больше было пациентов с осложнениями и наступлением летального исхода. Из 75 пациентов первой группы у 14(18,7%) возникли осложнения, 18(24%) – умерли в послеоперационном периоде.

В разделе 4.3. представлены результаты хирургического лечения ОКН у больных с перитонитом во 2 группе. Среди них наиболее частой причиной ОКН и перитонита была спаечная кишечная непроходимость с выраженным спаечным процессом. Разработанный авторами способ формирования кишечной стомы при тотальном спаечном процессе в брюшной полости позволил формировать кишечную стому в качестве первого этапа

хирургического лечения ОКН, осложненной перитонитом, и у данной категории пациентов.

Место выведения кишечной стомы определялось техническими возможностями выведения петли в проекции дистального отдела для последующего восстановления целостности ЖКТ. Для профилактики абдоминального компартмент - синдрома и снижения риска развития осложнений в 57,6% случаев брюшную полость закрывали временно с наложением лапаростомы.

Результаты способа хирургического лечения ОКН и перитонита путем двухэтапной операции с наложением в качестве первого этапа тонкокишечной стомы и последующего восстановления целостности ЖКТ после устранения заболевания зависели от стадии перитонита. Из 85 пациентов второй группы у 12(14,1%) возникли осложнения, 13(15,3%) – умерли в послеоперационном периоде.

Глава 5. «Обоснование способов хирургического лечения больных с ОКН в зависимости от стадий перитонита». В разделе 5.1. (Зависимость результатов хирургического лечения ОКН от примененного способа лечения и стадий перитонита) приведены данные результатов лечения больных с ОКН и перитонитом с применением методов математической статистики и доказательной медицины, позволившие достоверно обосновать гипотезы зависимости результатов лечения, во-первых, от стадии перитонита и, во-вторых, от способа завершения операции после устранения причины ОКН. Показано, что в обеих изучаемых группах, результаты лечения находились в прямой зависимости от стадии перитонита: с утяжелением стадии перитонита количество осложнений и число умерших больных достоверно возрастали. Гипотеза проверена с помощью критерия χ^2 и одно- и двухстороннего точного критерия Фишера. Хотя в абсолютных числах в 1 группе больных количество неблагоприятных исходов было больше (32 случая из 75), чем во 2 группе (25 случаев из 85), гипотеза о зависимости результатов лечения от примененного способа хирургического лечения без учета стадий перитонита, математически не подтвердила достоверность

различий. При реактивной стадии перитонита, а также при наиболее тяжелых его стадиях БТШ и ПОН применяемый способ хирургического лечения не оказал достоверного влияния на результаты лечения. В то же время клиническая эффективность и математическая достоверность способа хирургического лечения, способного повлиять на число осложнений и летальность, подтверждена для подгруппы перитонита в стадии энтеральной недостаточности. Гипотеза проверена как математически с помощью критериев χ^2 и Фишера, а также с помощью рекомендуемых ключевых показателей в соответствии с принципами доказательной медицины. Для подгруппы больных с перитонитом в стадии энтеральной недостаточности изучаемой группы исследования получены показатели снижения относительного риска - 62%, что характеризует клинически значимый эффект. По показателю отношения шансов (0,30) риск возникновения неблагоприятных исходов в группе больных, оперированных с применением способа наложения разгрузочного кишечного анастомоза, в 3 раза меньше, чем в группе сравнения. Результаты отличаются статистической достоверностью ($\chi^2=4,164$; $p = 0,041$).

Таким образом, способ наложения тонкокишечных стом при хирургическом лечении больных с ОКН и перитонитом, особенно в стадию энтеральной недостаточности, можно уверенно рекомендовать к практическому применению.

Вопрос об оптимальном сроке закрытия разгрузочных стом автор рассмотрел в разделе 5.2. Обоснование сроков закрытия кишечных стом при разных способах их наложения. Результаты анализа сроков закрытия кишечных стом показали, что стомы проксимальных отделов тощей кишки («высокие» стомы) достоверно отличаются менее благоприятными результатами, их закрытие необходимо проводить в сроки, не превышающие 1 недели. Наложение «низких» стом более благоприятно по результатам, а их закрытие можно проводить в широком диапазоне по срокам, но лучше в период свыше 21 дня и не ранее 7 дня. Срок закрытия «низких» стом в

интервале 7 - 21 день с момента выведения также является возможным с хорошим результатом, что установлено статистически.

Глава 6. «Обсуждение результатов». На обсуждение автором вынесены вопросы, суть которых сводится к трем положениям: 1) у больных с ОКН и перитонитом имеется связь осложнений и летальности в зависимости от стадии перитонита при наложении первичного анастомоза или энтеростомы при повышенном внутрибрюшном давлении; 2) способ хирургического лечения с формированием тонкокишечных стом у больных с ОКН и перитонитом в стадии энтеральной недостаточности достоверно позволяет в 3 раза снизить риск летального исхода и развития послеоперационных осложнений; 3) реконструктивную операцию устранения тонкокишечных стом и восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта необходимо проводить сроки в зависимости от уровня выведения стомы. Автором при сравнении полученных результатов с данными литературы показана обоснованность сформулированных положений, при учете которых можно существенно улучшить результаты лечения больных с ОКН и перитонитом.

По результатам проведенного исследования автором сформулировано 6 выводов, которые соответствуют поставленным задачам.

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

Разработанный алгоритм лечения больных с ОКН и перитонитом путем формирования первым этапом кишечных стом по сравнению с применяемым способом наложения первичного анастомоза позволяет снизить частоту неблагоприятных исходов с 30% до 11%.

Представленные в работе практические рекомендации конкретны и могут быть воспроизводимы в отделениях хирургического профиля. Результаты и выводы диссертации могут быть рекомендованы для практического применения хирургам, обучающимся на циклах повышения квалификации врачей ИПО.

Результаты диссертационного исследования внедрены в работу хирургических отделений ГБУЗ СО СГКБ №1 им. Н. И. Пирогова г. Самары, ГБУЗ СО СГКБ №8 г. Самары, ГБУЗ СОКБ им. В. Д. Середавина. Материалы диссертационного исследования используются в учебном процессе на кафедре хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России.

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. Следует особо подчеркнуть высокое качество проведенного автором математически-статистического анализа полученных результатов исследования.

Сформулированные выводы обоснованы и логично вытекают из результатов работы, полностью соответствуют анализу фактического материала, подтверждены статистическими методами. Практические рекомендации конкретны, изложены кратко и содержательно. Работа написана доступным, понятным языком, легко читается.

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

Вместе с тем по диссертационной работе Федорина А.И. **имеется и ряд некоторых замечаний.**

В таблице 10 на стр. 48 указано, что у пациентов с ОКН в реактивной стадии перитонита в брюшной полости гнойно-фибринозный экссудат отсутствовал, петли кишечника не были расширены или имелась их умеренная дилатация, индекс Мангема не превышал 10 баллов. Возникает вполне закономерный вопрос: с какой целью у пациентов II группы в этой фазе перитонита оперативное вмешательство завершалось не наложением первичного анастомоза, а выведением кишечных стом на брюшную стенку?

На стр. 51 автор указывает, что у больных ОКН осуществлялась ретроградная (открытая) декомпрессионная интубация тонкой кишки через кишечную стому. При этом автор в работе нигде не упоминает о проведении у этой категории больных назоинтестинальной интубации кишечника, которая является в этих случаях наиболее эффективным вариантом длительной декомпрессии тонкой кишки.

При описании способа завершения оперативного вмешательства у больных с ОКН и абдоминальным сепсисом автор описывает лапаростому, которую формировали посредством укрывания петель кишечника большим салъником и перчаточной резиной. С этих позиций, по-видимому, более целесообразно было бы использовать современные вакуум-ассистированные повязки и проведение программированных санаций брюшной полости.

Вместе с тем указанные замечания не снижают ценности диссертационной работы и существенно не влияют на ее качество. Более того, необходимо подчеркнуть, что приведенные выше замечания и возникшие спорные вопросы по данной работе как раз свидетельствуют о ее научно-практической значимости и чрезвычайном интересе, который она вызывает. В целом диссертационная работа производит исключительно благоприятное впечатление и может быть характеризована положительно. При этом предложенная автором тактика хирургического лечения ОКН, осложненной развитием перитонита, заключающаяся в превентивном наложении декомпрессионных кишечных стом на высоте абдоминального инфекционно-воспалительного процесса с последующим восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта, вероятно, займет свое надлежащее место в лечении этой категории больных.

Заключение

Диссертационная работа Федорина Александра Ивановича на тему: «Обоснование способов лечения острой кишечной непроходимости у больных перитонитом (клинико-экспериментальное исследование)», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по

специальности 14.01.17 — хирургия, является законченной научно-квалификационной работой, в которой содержится решение актуальной научной задачи, направленной на улучшение результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом, имеющей важное значение для хирургии. По актуальности, научной новизне, практической значимости и достоверности полученных результатов диссертационная работа Федорина Александра Ивановича соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения учёных степеней», утверждённого Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (в ред. Постановлений Правительства РФ от 21.04.2016 № 335, от 02.08.2016 № 748, от 29.05.2017 № 650, от 28.08.2017 № 1024, от 01.10.2018 № 1168), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а ее автор, Федорин Александр Иванович, достоин присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 — хирургия.

Официальный оппонент:

заведующий кафедрой общей хирургии

федерального государственного бюджетного образовательного

учреждения высшего образования «Ростовский государственный
медицинский университет» (ФГБОУ ВО РостГМУ) Минздрава России

доктор медицинских наук, доцент

Борис Михайлович Белик

(344022, г.Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29

Тел. +79045006442, e-mail: bbelik@yandex.ru)

Подпись Б.М. Белика "ЗАВЕРЯЮ"

учёный секретарь учёного совета ФГБОУ ВО

РостГМУ Минздрава России,

доктор медицинских наук, доцент



Н.Г.Сапронова

«22» мая 2019 г

Сотрвова ознакашп. Н.Г. Сапронова

27.05.19