

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

доктора медицинских наук, доцента Жарикова Андрея Николаевича о диссертационной работе Ярощука Сергея Александровича на тему: «Обструктивная резекция кишечника в неотложной абдоминальной хирургии», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9 Хирургия (медицинские науки)

Актуальность темы диссертационного исследования

В соответствии с современными представлениями распространенный перитонит, возникающий на фоне острого нарушения мезентериального кровообращения с некрозом кишечника, острых перфораций, травматического повреждения петель кишечника, несостоятельности межкишечных анастомозов отличается тяжелым течением, трудностями хирургического лечения и высокой летальностью, варьирующей от 15 до 70%. Это связано с особенностями этиологии, патогенеза, клинических проявлений, течения и подходов к лечению указанной патологии. В данных ситуациях остаются противоречивыми взгляды хирургов на объем хирургического вмешательства, количество операций, методику их завершения, которые всегда носят нестандартный характер и зависят от конкретной ситуации, обнаруженной при ревизии брюшной полости. В большинстве случаев повторные зашивания обширных перфорациях или деструктивно измененных дефектов кишечной стенки, без резекции кишечника неэффективны. У больных с острым мезентериальным тромбозом всегда сохраняется риск прогрессирования зоны некроза в оставшихся кишечных петлях за счет неудовлетворительного их кровоснабжения, что обязательно может привести к несостоятельности соустья или образованию несформированных кишечных свищей. Наложение же первичных межкишечных анастомозов после резекции в условиях нарушенного кишечного кровообращения или тяжелого гнойного воспаления в брюшной полости в условиях нестабильной гемодинамики всегда представляет собой серьезный риск несостоятельности швов. Попытки выведения энтеростом в таких условиях, зачастую в проксимальном отделе тонкой кишки, приводят функционированию

неуправляемого высокого кишечного свища со значительными потерями и развитием синдрома мальабсорбции. Случаи зашивания несостоятельности швов межкишечного анастомоза, как правило, обречены на неудачу.

Необходимо отметить, что у этих больных в связи с длительностью лечения, особенностями хирургической инфекции, кровоснабжения, необходимостью проведения многократных санаций брюшной полости неизбежно возникают проблемы, связанные с неудовлетворительным заживлением инфицированных тканей тонкой и ободочной кишки. В связи с этим, особенно актуальным становится разработка новых тактических и технических подходов, связанных с выбором показаний и противопоказаний, сроков, методов межкишечного анастомозирования.

В современной концепции хирургического лечения тяжелого распространенного перитонита сформировалась тактика «damage control surgery», включающая многоэтапное хирургическое лечение с проведением программированных санаций брюшной полости. Применение ее становится возможным при развитии тяжелых интраабдоминальных осложнений, как у первичных, так и ранее оперированных больных и позволяет использовать повторные санации брюшной полости с резекцией кишечника без временного наложения межкишечного анастомоза. Последующие программированные санационные релапаротомии носят классический характер «second look laparotomy» с контролем состояния не только жизнеспособности кишечника, но и воспалительных изменений в брюшной полости для наложения отсроченного межкишечного анастомоза в лучших условиях и стабильного состояния пациента.

Диссертационная работа Ярощука Сергея Александровича посвящена одному из самых дискуссионных вопросов в неотложной абдоминальной хирургии, а именно персонифицированному подходу к лечению больных с острым нарушением мезентериального кровообращения, острыми перфорациями, травматическим повреждением петель кишечника, несостоятельностью межкишечных анастомозов путем выбора показаний к завершению оперативного вмешательства с помощью обструктивной резекции кишки без наложения

анастомоза с последующим отсроченным анастомозированием в программе плановых санаций брюшной полости.

Научная новизна и теоретическая значимость работы

Научная новизна диссертационного исследования не вызывает сомнения.

Автором проведена комплексная оценка результатов формирования первичного межкишечного анастомоза в условиях перитонита. На основании проведенного многофакторного анализа показано, что его использование в условиях тяжелого перитонита, нарушенного мезентериального кровообращения в большинстве наблюдений, приводит в несостоятельности швов и сопровождается значительным количеством осложнений, зачастую ведущих к летальному исходу.

Новизна исследований подтверждается патентом на изобретение, где впервые был разработан способ обструктивной резекции тонкой кишки с наложением отсроченного анастомоза.

В работе представлена сравнительная оценка результатов многоэтапной тактики лечения пациентов с некрозом кишечника с использованием первичного или отсроченного межкишечного анастомозирования после резекции кишки.

Ключевым этапом исследования является обоснование эффективности применения обструктивной резекции в сочетании с многоэтапной тактикой в лечении пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения, осложненным некрозом кишечника и перитонитом, больных с острой спаечной кишечной непроходимостью и перфорацией язв кишечника воспалительного генеза.

Практическое значение диссертационного исследования

Практическую значимость имеет предложенный автором персонифицированный подход к наложению межкишечных анастомозов у пациентов с мезентериальным тромбозом с некрозом кишечника, перфорациями и ранениями кишечника, осложненных перитонитом.

Практический интерес представляет возможность выполнения обструктивной резекции кишечника в условиях тяжелого воспаления или нарушенного кишечного кровообращения без наложения анастомоза с

последующим формированием отсроченного соустья в максимально благоприятных условиях при программированных санациях брюшной полости.

Предложенная автором тактика многоэтапного хирургического лечения позволяет уменьшить частоту развития несостоятельности межкишечных анастомозов с 32,8 до 1,7% и снизить количество летальных исходов в послеоперационном периоде с 47,3 до 18,5%.

Внедрение предложенных тактических подходов с использованием отсроченного межкишечного анастомозирования на клинических базах г. Новокузнецка продемонстрировало клиническую эффективность, которая заключалась в снижении частоты развития острых перфораций кишечника, несостоятельности межкишечных анастомозов и уменьшении количества летальных исходов.

Обоснованность и достоверность результатов исследований

Обоснованность и достоверность научных положений, результатов исследований и рекомендаций, не вызывает сомнений и обусловлена:

Во-первых – дизайном исследования и достаточным количеством объектов, включенных на каждом из этапов:

1 этап – ретроспективная группа из 576 пациентов с некрозом кишечника, которым выполнялось одноэтапное хирургическое лечение, включающее резекцию кишки с наложением первичного межкишечного анастомоза для определения частоты послеоперационных осложнений и летальности;

2 этап – проспективное исследование с включением 260 больных с некрозом кишечника, которым выполнялось многоэтапное хирургическое лечение, включающее обструктивную резекцию кишки без наложения анастомоза тс последующим отсроченным межкишечным анастомозированием для определения оценки эффективности лечения на основе частоты послеоперационных осложнений и летальности

Во-вторых - избранные соискателем методы клинического, инструментального и лабораторного обследования современны, выполнены в специализированных учреждениях на сертифицированном оборудовании;

В-третьих - автором использованы соответствующие характеру распределения изучаемых признаков и величин методы статистического анализа, выполненные с помощью статистического пакета программы SPSS Statistics 19.

Апробация и внедрение результатов в практику

Материалы диссертационной работы представлены на VI Съезде хирургов Сибири и Дальнего Востока в г. Иркутске, в материалах пяти межрегиональных научно-практических конференций. По теме диссертационного исследования опубликовано 26 печатных работ, из них 16 научных статей в журналах, рекомендованных высшей аттестационной комиссией для публикации работ по представлению результатов научных исследований, а также 2 патента Российской Федерации на изобретение. Результаты диссертационного исследования внедрены в работу ГБУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница №29 им. А.А. Луцика» (г. Новокузнецк), ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница №1» (г. Новокузнецк), ГБУЗ КО «Беловская городская больница №8» (г. Белово). Материалы работы включены в учебную программу циклов переподготовки и усовершенствования врачей по хирургическим специальностям Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа Ярощука Сергея Александровича изложена на 221 странице машинописного текста по общепринятому плану, состоит из введения, четырех глав, выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 74 таблицами и 36 рисунками.

В разделе «Введение» автор достаточно аргументированно обосновал актуальность исследования, медицинскую значимость и приоритетные направления исследования. Шесть задач конкретны, последовательны и логично вытекают из поставленной цели. «Положения, выносимые на защиту», а их пять, последовательно отражают выявленные автором новые факты и закономерности.

В разделе «Материалы и методы» исследования диссертант дает объективное представление о дизайне исследования, отразил его этапы и применяемые методы обследования. Использованные соискателем диагностические методики

многочисленны, современны и адекватны для решения поставленных задач. Статистическая обработка полученных результатов заслуживает отдельного внимания. Результаты представлены корректно, хорошо и доступно визуализированы. Несмотря на сложность и многогранность используемых методов статистической обработки читателю отчетливо понятны итоги представленного анализа. Корректное использование методов статистической обработки полученных данных позволяет считать сформированные выводы исследования достоверными и обоснованными.

Глава «Обзор литературы» написан хорошим русским языком, хорошо читается. Автор представил аналитический обзор современного представления о хирургическом лечении некроза кишечника, возникающего на фоне острого нарушения мезентериального кровообращения с анализом способов его диагностики, ведения брюшной полости. Автор провел оценку причин несостоятельности кишечных швов и способов профилактики несостоятельности межкишечных соустьев, в том числе с проведением обструктивных резекций кишки. По всем аспектам исследования автор представил глубокий анализ публикаций, позволяющий не только отразить актуальность, но глубоко погрузиться в тему диссертационной работы.

Вторая глава посвящена клинической характеристике обследованных пациентов. Автор работы представляет данные об включении в работу больных с подтвержденными некрозом кишечника, перфорацией, травматическим повреждением кишечника и перитонитом. В этой главе дана количественная и качественная характеристика двух групп исследования, где группой сравнения признана группа ретроспективного этапа, где проводилось одноэтапное хирургическое лечение, включающего после резекции кишки наложение первичного анастомоза в условиях перитонита, а основной проспективной группой признаны пациенты с обструктивной резекцией кишки без наложения первичного анастомоза и выполнением последующего отсроченного анастомозирования на фоне программированных санаций брюшной полости. Сформированные группы для проведения методов хирургического лечения репрезентативны по основной

патологии, возрасту, полу, соматической патологии, длительности заболевания, кишечным осложнениям.

В *третьей главе* представлены результаты лечения пациентов основной группы ($n=260$) и группы сравнения ($n=575$) с наложением первичного или отсроченного анастомоза. В группах оценивалось развитие летального исхода в зависимости от степени тяжести состояния, от длительности заболевания, от длительности операции, от показателей по шкале ASA, от длины измененного участка и величины отступа от зоны некроза, от показателей шкалы МИП, сопутствующей патологии. В основной группе летальный исход отмечен у 48 (18,5%) пациентов, выздоровело 212 (81,5%) больных. Летальность от острой кишечной непроходимости в основной группе регистрировалась в 15 случаях, составив 14,4%, от острого нарушения мезентериального кровообращения – 16 (15,4%), от травматического повреждения кишки – 6 (20,7%) и от перфорации язв кишки – в 3 случаях (13,0%). В группе сравнения несостоятельность первичного анастомоза возникла в 218 случаях (37,2%), потребовавших выполнения релапаротомии «по требованию» с рerezекцией анастомоза.

Летальный исход отмечен у 309 (53,7%) пациентов, выздоровело 266 (46,3%) больных. Летальность от ОКН в группе сравнения составила 41,8% (159 из 280 человек), от ОНМК – 92,6% (113 из 122 пациентов), от травматического повреждения кишки – 47,5% (19 из 40 пациентов), в результате перфорации язв кишки – 54,5% (18 из 33 больных). В целом сравнительная оценка результатов лечения пациентов в группах оценивалось по показателю «летальный исход». Для каждого случая увеличения длительности оперативного вмешательства более 52 мин, риск наступления летального исхода возрастает в среднем на 19,5%. Летальный исход чаще регистрировался в основной группе при резекции кишки более 75 см, в то же время в группе сравнения этот показатель равнялся 60 см. что при резекции участка кишки более 85 см риск летального исхода в основной группой статистически значимо в 2,2 (1,2–4,2) раза ниже, чем в группе сравнения ($p = 0,006$). Полученные результаты показали, что величина отступа от видимой зоны некроза не оказывает статистически значимого влияния на результаты лечения (χ^2

= 13,9; $p = 0,097$. было установлено, что риск летального исхода при сумме баллов по шкале МИП более 29 у пациентов основной группы был в 3,6 (1,52–3,72) раза ниже, чем в группе сравнения. 93,7% случаев летальных исходов в основной группе связаны с нехирургическими причинами, в то время как в группе сравнения основной причиной летальности являлись хирургические причины (92,2%). Фактический материал главы систематизирован, изложен логично, хорошо иллюстрирован.

В четвертой главе «Обсуждение» соискатель проводит подробный сравнительный анализ эффективности этапной хирургической тактики при обструктивных резекциях кишечника у пациентов с некрозом на фоне нарушения мезентериального кровообращения острой кишечной непроходимости, перфорацией и травматическим повреждением кишки и сопоставляет их с литературными данными, подводит итоги исследования. Применение методики отсроченного анастомозирования в клинической практике позволяет улучшить тактические подходы в лечении пациентов с некрозом кишечника и результаты его резекций. Глава написана в классическом научном стиле и логично интерпретирует полученные результаты.

«Выводы» соответствуют задачам проведенного исследования, и свидетельствуют о том, что соискатель полностью справился с поставленной целью.

«Практические рекомендации» основаны на результатах исследования, полученных автором. Внедрение в хирургическую практику обструктивной резекции кишечника с отсроченным анастомозированием можно рассматривать очень перспективным методом, применение которого способно профилактировать несостоятельность соустья и добиться снижения летальности больных с перитонитом вследствие некроза кишки.

Список литературы и оформление соответствует действующим правилам и ГОСТу. Автореферат написан согласно требованиям ВАК Минобразования РФ и отражает основные направления исследования и полученные результаты.

Замечания к диссертационной работе

Принципиальных замечаний к диссертационному исследованию нет. Однако в ходе обсуждения работы соискателю предлагается ответить на следующие вопросы:

1. Скажите, пожалуйста, все так были ли в основной группе больные с несостоятельностью швов отсроченных анастомозов, которые накладывались при острой кишечной непроходимости, перфорациях или травматических повреждениях на фоне перитонита? У вас в выводах 0%.
2. Какие минимальные и максимальные сроки вы допускаете для наложения отсроченного межкишечного анастомоза и с чем это связано?
3. Каковы виды, рядность первичных и отсроченных межкишечных анастомозов?
4. Использовались ли анастомозы тонкой с поперечно-ободочной кишкой?
5. Уважаемый Сергей Александрович, что делать если дважды произошла несостоятельность швов отсроченного анастомоза у пациента с тяжелым перитонитом и полиорганной недостаточностью?

Предложенные вопросы, возникшие в ходе рецензирования работы, ни в коей мере не умоляют значимости и достоинств проведенного исследования.

Заключение

Диссертационная работа Ярощука Сергея Александровича на тему «Обструктивная резекция кишечника в неотложной абдоминальной хирургии», представленная к защите на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9 – Хирургия, является законченной научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных автором исследований содержится решение важной проблемы современной хирургии – снижения несостоятельности межкишечных анастомозов, применяемых в условиях неотложной абдоминальной хирургии, и летальности больных с перитонитом. По актуальности, научной новизне, теоретической и практической значимости, достоверности полученных результатов диссертационная работа Ярощука Сергея Александровича полностью соответствует критериям, установленным пунктом 9

«Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.09.2013 г. № 842 (с изменениями в редакции постановлений Правительства РФ от 20.03.2021 г. № 426, от 11.09.2021 г. № 1539), предъявляемых к докторским диссертациям, а ее автор, Ярошук Сергей Александрович, заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9 - Хирургия (медицинские науки).

Официальный оппонент:

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой
госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Алтайский
государственный медицинский университет Минздрава
России (научная специальность – 14.01.17 – хирургия;
14.01.21 – гематология и переливание крови)



А.Н. Жариков

« 15 » сентября 2024г.

Подпись д.м.н. Жарикова А.Н. заверяю
кандидат медицинских наук,
Ученый секретарь Ученого Совета
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России




Н.М. Михеева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес организации: 656038, г. Барнаул, проспект Ленина, д. 40
Телефон: +7 (3852) 566-800
Адрес электронной почты: rector@asmu.ru