

ОТЗЫВ

официального оппонента заведующего кафедрой хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, академика Академии медицинских наук республики Таджикистан, доктора медицинских наук, профессора Курбонова Каримхона Муродовича по диссертации Харина Игоря Вячеславовича на тему «Совершенствование тактики лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Актуальность выполненного исследования

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику современных эффективных методов консервативного лечения язвенной болезни, частота осложненных форм гастродуоденальных язв не имеет тенденции к снижению и составляет от 10 до 40%. Накопленные за последние годы клинические данные свидетельствуют о необходимости хирургических вмешательств при язвенной болезни.

Резекция желудка в различных её модификациях остается наиболее эффективным методом хирургического лечения осложненных гастродуоденальных язв. Однако операции при сочетанных осложнениях в 0,9–20,8% случаев осложняются несостоятельностью швов дуоденальной культи, сформированных гастроэнтеро- и гастродуоденоанастомозов. Летальность при развитии перитонита вследствие несостоятельности швов составляет 50–80%. Необходимо отметить, что одной из основных причин послеоперационной летальности у больных с несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки, сформированных после резекции желудка анастомозов и ушитых перфоративных язв, является поздняя диагностика осложнения. Другая причина заключается в низкой эффективности вынужденных оперативных приемов, таких как отграничение дефекта культи от свободной брюшной полости марлевыми тампонами, формирование наружного свища, повторное ушивание несостоятельности дуоденальной культи.

Нестандартность клинической ситуации, складывающейся при возникновении послеоперационного перитонита, затрудняет выбор оптимального хирургического вмешательства. Формирование различных стом в этих условиях вызывает большие потери, что приводит к ещё более быстрому нарушению водно-электролитного и белкового обмена и как

следствие, летальному исходу. Отказываясь от формирования первичного анастомоза в условиях перитонита, хирурги «предопределяют» неизбежность повторных операций в менее благоприятных условиях, обусловленных выраженностью местных изменений, перитонитом и тяжестью состояния больных. В тоже время необходимо отметить, что высокая летальность после повторных радикальных оперативных вмешательств при несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов обусловлена не объёмом выполненной повторной операции, а тяжестью основного заболевания и вызванной им органной недостаточностью, избежать возникновения и прогрессирования которой возможно лишь при своевременном устранении источника инфекции.

Изучению различных аспектов проблемы несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и сформированных анастомозов и посвящена диссертационная работа Харина Игоря Вячеславовича.

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв. Для реализации цели автором сформировано **5 задач**, суть которых сводится: к определению частоты основных факторов, предрасполагающих к развитию несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов; к изучению частоты различных клинических форм несостоятельности швов и факторов, влияющих на результаты лечения; к усовершенствованию тактики выбора объёма и способа повторного вмешательства; к разработке новых способов оперативных вмешательств и оценке эффективности усовершенствованной хирургической тактики лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов.

Новизна исследования и полученных результатов

Впервые предложены и применены: способ дуоденостомии с использованием катетера Фолея (патент РФ №2533016 от 11.06.2013г.), способ закрытия свища при несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки (патент РФ №2565096 от 05.12.2014г.), способ мышечной пластики дуоденального свища (рац.пред. №293 от 24.11.2014г.).

Определена частота факторов, предрасполагающих к развитию несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв. Изучены факторы, влияющие на результаты лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Обоснованность научных положений диссертационной работы, выводов и практических рекомендаций обеспечены правильным выбором направления исследования, достаточным клиническим материалом, а также статистическим анализом полученной информации с помощью современных методов статистического анализа. На основании обобщения полученных результатов сформулированы основные научные положения, вполне обоснованные и достаточно аргументированные. Выделенные клинико-статистические группы сопоставимы, анализ клинического материала в группах вполне корректен.

Таким образом, объем клинического материала, лабораторных и инструментальных исследований, уровень и глубина анализа позволили автору в своем диссертационном исследовании сделать обоснованные выводы и дать важные практические рекомендации.

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

Изучение факторов, предрасполагающих к развитию несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов позволяет разработать приёмы, направленные на её профилактику во время выполнения первичных операций у пациентов с осложненными гастродуоденальными язвами. Усовершенствованная хирургическая тактика позволяет применять дифференцированный подход к ведению пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов.

Предложенный автором способ дуоденостомии позволяет купировать перитонит и сформировать управляемый дуоденальный свищ при несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки. Разработанные способы мышечной пластики дают возможность окончательно закрыть истощающий дуоденальный свищ.

Представленные в работе практические рекомендации конкретны и могут быть использованы в профильных отделениях. Результаты и выводы диссертации целесообразно использовать при подготовке специалистов на курсах повышения квалификации врачей соответствующего профиля.

Оценка содержания работы

Диссертационная работа Харина Игоря Вячеславовича построена по традиционному принципу и состоит из введения, обзора литературы, 3 глав

собственных исследований, обсуждения, заключения, включающего выводы, практические рекомендации, перспективы дальнейшей разработки темы, списка сокращений и библиографического указателя, включающего 216 отечественных и 80 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 31 таблицей и 27 рисунками.

Диссертация представляет собой спланированное, многоцентровое, ретроспективно-перспективное, нерандомизированное исследование, относящееся к третьему уровню доказательности из пяти возможных.

Во введении автором определена актуальность избранной темы и круг действительно нерешенных вопросов в рамках рассматриваемой проблемы, сформированы, цели и задачи исследования, изложена научная новизна, практическая значимость работы и основные положения, выносимые на защиту.

Первая глава диссертационной работы посвящена обзору литературы, касающейся проблемы распространенности и развития язвенной болезни, хирургическому лечению ее осложнений и послеоперационным осложнениям. Автор рассматривает различные аспекты этиопатогенеза язвенной болезни, в котором ведущая роль, по-прежнему, отводится кислотно-пептическому фактору и хеликобактерной инфекции.

При рассмотрении вопроса хирургического лечения язвенной болезни и ее осложнений в подразделах 1.2.1 и 1.2.2, автором установлено, что наряду с абсолютными показаниями к операции при профузных гастродуоденальных геморрагиях, перфорации и подозрении на рак, показанием к резекции желудка является неэффективность консервативной терапии при хронических язвах желудка, не эпителизирующихся в течение 3 – 4 месяцев. Автор на основании данных литературы отмечает, что выбор оперативного пособия при осложненных гастродуоденальных язвах зависит от локализации язвы и характера осложнений, и отдаёт предпочтение различным вариантам резекции желудка. Разделы 1.4, 1.5 и 1.6 посвящены причинам возникновения несостоятельности швов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв, классификации и способам лечения свищей вследствие несостоятельности швов.

На основании проведенного анализа литературы автором выделен ряд ключевых проблем, решение которых позволит улучшить результаты лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв. Это стало основой для определения цели и задач диссертационного исследования.

Глава 2. Материалы и методы. В исследование включены 112 больных со свищами вследствие несостоятельности швов, развившейся после операций, выполненных по поводу осложненных гастродуоденальных язв.

Среди пациентов мужчин было большинство (72.3%). Для комплексной оценки анатомических изменений, обусловленных язвенным процессом, автором была использована градация категорий сложности мобилизации пилородуоденальной зоны по Н.А. Никитину (2007).

В зависимости от объема и способа операции свищи вследствие несостоятельности швов локализовались на различном уровне. Так несостоятельность гастродуоденоанастомоза развилась у 45 пациентов после резекции желудка по Бильрот I. Несостоятельность гастроэнтероанастомоза возникла у 8, культы двенадцатиперстной кишки – у 25 пациентов, оперированных по способу Бильрот II. Несостоятельность швов пилородуоденопластики развилась у 12 пациентов, перенесших органосохраняющие операции. У 2 пациентов несостоятельность швов наблюдали после резекции малой кривизны желудка, у 20 пациентов – после ушивания перфоративной язвы. Пациенты были распределены по типу свищей и формам несостоятельности согласно классификации В.И. Белоконева и Е.П. Измайлова (2005), и Д.М. Красильникова (2005). Также автор использовал классификацию острого гнойного перитонита В.Н. Чернова и Б.М. Белика (2002) и Л.Н. Гинзбурга (2009).

Из 112 больных со свищами, возникшими вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов, 102 были оперированы повторно, а у 10 – зона несостоятельности была отграничена от свободной брюшной полости и адекватно дренирована. В зависимости от локализации свища 102 повторно оперированных пациента были распределены на 3 группы, а также на 2 подгруппы, в зависимости от объема выполненных вмешательств (реконструктивные либо нерадикальные операции). Тяжесть состояния пациентов с несостоятельностью швов и выраженность эндогенной интоксикации оценивали по шкалам SAPS и МИП, а для объективной оценки интраоперационной картины у пациентов с перитонитом проводили расчет индекса брюшной полости (ИБП) по В.С. Савельеву и соавт. (2013). Все больные с несостоятельностью швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов были обследованы клинически, а также с использованием лабораторных, инструментальных, рентгенологических, ультрасонографических, морфологических и микробиологических методов исследования.

Тактика лечения больных со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов автором определена на основании универсальной классификации, разработанной на кафедре хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО СамГМУ. Выбор способа лечения зависел от клинической формы развития осложнения, а также от локализации свища, распространенности перитонита, выраженности изменения тканей в брюшной полости, тяжести эндогенной интоксикации,

объёма потерь химуса. Так присвищах 1 и 2 типа вследствие перитонеальной и инфильтративной форм несостоятельности формировали дуоденостому. Небольшие дефекты культи двенадцатиперстной кишки и гастроэнтероанастомоза ушивали, при большем диаметре свища, а также при наличии отека и ригидности тканей объём операции зависел от локализации свища и способа первичного вмешательства. У больных с несостоятельностью ушитых язв и швов пилоропластики проводили резекцию желудка, а у пациентов с несостоятельностью гастродуоденоанастомоза после резекции желудка по Бильрот I – ререзекцию желудка по Бильрот II в модификации Бальфура или Рейхеля. При свищах вследствие несостоятельности гастроэнтероанастомоза после резекции желудка по Бильрот II выполняли ререзекцию желудка по Рейхелю или Ру.

Варианты завершения операции определяли, исходя из стадии и распространенности перитонита. При свищах вследствие несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки формировали дуоденостому на протяжении или на сквозных дренажах, а также по разработанной методике с помощью катетера Фолея. При дуоденальных свищах 3 или 5 типа с высоким дебитом предложен способ ушивания мобилизованного слизисто-подслизистого футляра двенадцатиперстной кишки непрерывным швом с последующим перемещением мышечного стебля, выкроенного из правой прямой мышцы живота, к культе двенадцатиперстной кишки.

Статистический анализ полученных данных результатов проведен с помощью программы Statistica 6,0 и Microsoft Excel 2007.

Глава 3 посвящена анализу факторов, предрасполагающих к развитию несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов и влияющих на результаты лечения пациентов. При анализе клинического материала установлено, что клинические проявления свищей вследствие несостоятельности швов отмечали в сроки от 1 до 22 суток после первичной операции. Большинство первичных операций (70,5%) были выполнены опытными хирургами, а показанием в 52,7% наблюдений являлось продолжающееся или рецидивное гастродуоденальное кровотечение, в 3,6% – высокий риск повторного кровотечения, в 31,1% – перфорация язвы с перитонитом, в 12,5% – декомпенсированный пилоростеноз. У 61,6% больных установлено сочетание двух и более осложнений язвенной болезни.

Различные факторы местного характера, затрудняющие проведение вмешательства, отмечены в 88,1% наблюдений. Общие факторы, способствующие возникновению несостоятельности швов, были отмечены у 97 (86,6%) больных, при этом у 63 имела место различной степени тяжести анемия, у 20,5% больных была выявлена некомпенсированная гипопроотеинемия, 59,8% больных имели тяжелые сопутствующие заболевания.

Автором были изучены следующие факторы, влияющие на результаты лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов: клиническая форма несостоятельности швов и тип свища, сроки выполнения релапаротомии, стадия перитонита, возраст пациентов и наличие сопутствующей патологии. Так из 67 больных с сопутствующими заболеваниями выздоровели после релапаротомии 20, а умерли – 47 (70,1%). В то же время, из 45 пациентов без сопутствующей патологии умерли 16 (35,6%), а выздоровели – 29. По результатам исследования автор делает заключение, что на результаты лечения больных оказывали влияние следующие факторы: позднее выполнение релапаротомии, возраст пациентов и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Глава 4 посвящена анализу результатов лечения больных со свищами желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов. Изучение непосредственных результатов консервативного лечения 10 пациентов показало, что у всех имел место 3 тип свища, и в результате консервативного лечения у 7 (70%) пациентов свищи закрылись самостоятельно, а 3 (30%) больных умерли. Результаты лечения 21 пациента со свищами вследствие несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки показали, что применение разработанных и усовершенствованных методик позволило в значительной степени улучшить результаты лечения больных с дуоденальными свищами. Ушивание свищей, манифестировавших в первые 3 суток выполнено у 3 пациентов, из которых 2 умерли, дуоденостома на протяжении сформирована у 11 пациентов (6 умерли), дуоденостома на сквозных дренажах – у 4 (2 умерли). У 3 пациентов во время релапаротомии связь идентифицировать не удалось и произведена санация, тампонада и дренирования брюшной полости (умерли 2). Из 21 пациента со свищами культи двенадцатиперстной кишки умерли 12 (57,1%).

Анализ результатов лечения 49 пациентов со свищами вследствие несостоятельности желудочно-кишечных анастомозов показал, что несостоятельность гастродуоденоанастомоза после резекции желудка по Бильрот I возникла у 42 пациентов, гастроэнтероанастомоза после резекции по Бильрот II – у 7. Свищи I типа (перитонеальная форма несостоятельности) были у 32 (65,3%), 2 типа (инфильтративная форма) – у 6 (12,2%). Больным в 11 наблюдениях выполняли ушивание свища, в 3 – тампонаду брюшной полости, в 6 – гастродуоденостомию, в 1 – выключение свища и в 21 случае – ререзекцию желудка. При лечении 49 пациентов со свищами второй группы хорошие результаты были достигнуты у 19 больных, удовлетворительные – у 5, а неудовлетворительные – у 25.

Детальный анализ результатов лечения 32 пациентов со свищами после органосохраняющих вмешательств показал, что у 20 пациентов

несостоятельность швов развилась после ушивания перфоративной язвы, у 12 – после иссечения язвы или гастротомии с последующей пилоропластикой, у 2 – после резекции малой кривизны желудка. Больным в 8 наблюдениях выполняли ушивание свища, в 2 – гастродуоденостомию, в 3 – выключение свища, в 1 – тампонаду зоны свища, в 2 – резекцию желудка по Бильрот I, в 13 – по Бильрот II, в – 2 пилоропластику по Финнею и в 1 наблюдении – гастрэктомию. После лечения 32 пациентов третьей группы хорошие результаты достигнуты у 7, удовлетворительные – у 2, неудовлетворительные – у 23 пациентов.

Сравнение результатов радикальных реконструктивно-восстановительных вмешательств и нерадикальных операций при лечении больных со свищами желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв показало, что количество хороших результатов у радикально оперированных пациентов достигает 42,2%, а у нерадикально оперированных – 19,4%, удовлетворительные – у 4,5% и 13,9%. Неудовлетворительные результаты зафиксированы у 53,3% и 66,7% соответственно. Таким образом, отмечено снижение смертности у радикально оперированных больных на 13,4%.

Глава 5. Обсуждение. На обсуждение автор выносит 4 положения, где детально и всесторонне проводит обсуждение и сравнение полученных собственных результатов с данными литературы и хирургических школ, занимающихся проблемой лечения свищей желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов.

Автор справедливо отмечает, что наиболее значимыми факторами, предрасполагающими к развитию несостоятельности, являются местные патологические изменения тканей в зоне язвы, сочетание двух и более осложнений язвенной болезни, нерациональный объём и способ первичной операции, некомпенсированная анемия, гипопроотеинемия, пожилой и старческий возраст и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

При обсуждении клинического материала автор акцентирует внимание на тактику ведения пациентов со свищами желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов, при выборе которой особое значение придает клинической форме несостоятельности швов, типу и локализации свища, стадии и распространенности перитонита. Анализ результатов исследования позволил автору выделить основные критерии выбора тактики введения пациентов. Консервативное лечение привело к выздоровлению 70% пациентов при наличии первично-свищевой формы несостоятельности (3 тип свища). Пациенты с перитонеальной и инфильтративной формами несостоятельности (свищи 1 и 2 типа) были оперированы повторно. Первично-реконструктивные вмешательства проводили в основном у пациентов со свищами вследствие несостоятельности

гастродуоденоанастомоза, швов пилоропластики и ушитых перфоративных язв. Дренирующие операции, в большинстве своем, проводили у пациентов с несостоятельностью культи двенадцатиперстной кишки. Сопоставление непосредственных результатов первично-реконструктивных и нерадикальных операций с данными литературы наглядно демонстрируют преимущественно первично-реконструктивных вмешательств при лечении свищей вследствие несостоятельности гастродуоденоанастомоза, особенно при ранней диагностике.

Автор на основании полученных результатов и данных литературы отмечает, что летальность среди пациентов со свищами двенадцатиперстной кишки 1 типа (перитонеальной формой несостоятельности) значительно выше, чем при свищах 3 типа (первично-свищевой форме). В этой связи одним из способов улучшения результатов лечения является перевод свищей 1 и 2 типов в свищи 3 и 5 типов путем формирования дуоденостомы. Первично-свищевые формы несостоятельности в последующем эффективно лечатся консервативными методами, т.е. формирование управляемого свища при несостоятельности швов спасает пациента от перитонита.

В заключении автор описывает основные этапы проведенного исследования, отвечая на вопросы, выдвинутые на защиту.

По результатам проведенного исследования автором сформулировано 5 выводов, которые в целом соответствуют поставленным задачам. Наиболее существенными выводами являются следующие:

1. Несостоятельность швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов после операции по поводу осложненных гастродуоденальных язв протекают в виде перитонеальной формы с формированием свища 1 типа у 57,1% пациентов, в виде первично-свищевой с формированием свищей 3 и 4 типов – у 14,3%.

2. Выполнение первично-реконструктивных операций (резекция и ререзекция желудка) у пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов гастродуодено- и гастроэнтероанастомоза, ушитой язвы и швов после пилоропластики способствует увеличению числа хороших результатов на 22,8%, снижению летальности на 13,4%.

3. При свищах 1 и 2 типа вследствие перитонеальной и инфильтративной форм несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки лучшие результаты получены при формировании дуоденостомы, а при свищах 3 типа вследствие первично-свищевой формы более эффективным является проведение консервативного лечения.

Публикации по материалам диссертации

По теме диссертационной работы опубликовано 11 работ, из них 3 статьи в

журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, оформлено 2 патента и 1 рационализаторское предложение. Данные диссертации используются в практической работе в ГБУЗСО «Самарская городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова», ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №8», ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», а также в учебном процессе на кафедре хирургических болезней №2 Самарского государственного медицинского университета. Полученные автором результаты можно использовать в общехирургических и гастроэнтерологических отделениях, занимающихся желудочной хирургией, для широкого круга практических врачей, ординаторов, а также для издания монографии.

Замечания и вопросы, возникшие в процессе знакомства с работой

1. Наиболее высокий риск развития несостоятельности швов дуоденальной культи возникает при «трудных» язвах двенадцатиперстной кишки. В связи с этим, каково Ваше отношение к выбору способа обработки дуоденальной культи и интраоперационных методов профилактики несостоятельности при выполнении резекции желудка?
2. Зависела ли частота возникновения несостоятельности швов гастродуодено- и гастроэнтероанастомозов, сформированных после резекции желудка по Бильрот I и II, а также ушитых перфоративных язв от качества шовного материала и вида кишечного шва?

Соответствие содержания автореферата основным положениям и выводам диссертации

Автореферат полностью отражает содержание диссертации, основные ее положения и выводы.

Заключение о соответствии диссертации критериям, установленным настоящим Положением

Таким образом, диссертационная работа Харина Игоря Вячеславовича на тему: «Совершенствование тактики лечения пациентов со свищами вследствие несостоятельности швов желудка, двенадцатиперстной кишки и анастомозов после операций по поводу осложненных гастродуоденальных язв», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия, является завершенной научной квалификационной работой, в которой содержится решение важной научной проблемы современной

По актуальности, научной новизне, практической значимости и достоверности полученных результатов диссертационная работа Харина Игоря Вячеславовича соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении учёных степеней», утверждённого постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. №842 (в ред. постановления Правительства РФ от 21.04.2016 №335), предъявляемым к кандидатским диссертациям, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Заведующей кафедрой хирургических
болезней №1 Таджикского государственного
медицинского университета имени
Абуали ибни Сино, академик АМН РТ,
доктор медицинских наук, профессор
14.00.27 – хирургия

Курбонов Каримхон
Муторович

Таджикский
ибни Сино М.
Таджики
73406

верситет имени Абуали
й защиты Республики

Рудаки, 139, тел:

Рудаки, дом

all