

## ОТЗЫВ

официального оппонента заведующего кафедрой хирургии  
Академии постдипломного образования Федерального государственного  
бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр  
специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий  
Федерального медико-биологического агентства», доктора медицинских наук  
Черепанина Андрея Игоревича по диссертации Жарова Андрея  
Владиславовича на тему: «Определение тактики и обоснование выбора  
способа операции у пациентов с неосложненной и осложненной бедренной  
грыжей»

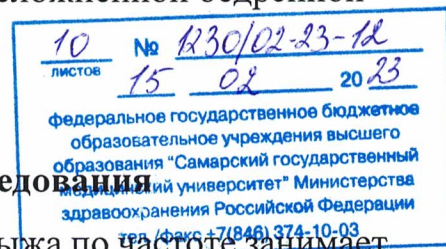
### 3.1.9. Хирургия

#### 1. Актуальность выполненного исследования

В структуре пациентов с грыжами бедренная грыжа по частоте занимает последнее место, однако скрытое течение заболевания, которое чаще всего проявляется при ущемлении грыжи, затрудняют ее профилактику и лечение. Изучению этиологии и патогенеза бедренной грыжи посвящены многочисленные исследования, однако окончательного ответа на причины ее образования до настоящего времени не получено.

Начальные проявления бедренной грыжи носят неспецифический характер, а поэтому на них не обращают внимание ни больной, ни врачи, не имеющие опыта контакта с такими пациентами. Только при развитии ущемления в грыже наступает манифестация заболевания. При этом частота некроза кишки в ущемленной бедренной грыже из-за малых размеров бедренного канала достигает 36,3 %, тогда как при паховой грыже - только 11,3 %. Последствия ущемления кишки в бедренной грыже сопровождаются тяжелыми осложнениями и высокой летальностью.

Описано более 100 способов закрытия бедренного канала местными тканями и с использованием протезов, но показания к ним выработаны без учета размеров грыжевого мешка, его содержимого, состояния тканей в зоне бедренного канала, длительности заболевания, сочетания бедренной грыжи с



паховой и ранее перенесенными вмешательствами в паховой области и в результате ущемления грыжи.

Таким образом, тема диссертационного исследования Жарова Андрея Владиславовича, целью которого является улучшение результатов лечения больных путем обоснования выбора способа пластики бедренного канала при неосложненной бедренной грыже, объема операции и способа ее завершения при различных вариантах ущемленной бедренной грыжи, является актуальной. Сформулированные автором 5 задач исследования имеют научную новизну и практическую значимость.

## **2. Новизна исследования и полученных результатов и их достоверность**

Установлено, что у пациентов с неосложненной бедренной грыжей с длительным анамнезом происходит разрушение надкостницы лонной кости, что делает невозможным выполнение пластики классическими способами.

Выявлена возможность оценки состояния надкостницы лонной кости с помощью УЗИ у лиц молодого возраста и интраоперационно с помощью метода спектроскопии комбинационного рассеивания.

Впервые предложен способ лечения паховых и бедренных грыж (патент РФ на изобретение № 2445002 от 27.06.2010). Впервые предложено устройство для проведения лигатуры (патент РФ на полезную модель № 95248 от 05.05.2009).

Подтверждена целесообразность выделения вариантов ущемления бедренной грыжи без осложнений со стороны органов брюшной полости и с осложнениями - острой кишечной непроходимостью и перитонитом, что оказывает влияние на выбор объема операции и способы ее завершения.

Степень достоверности полученных результатов в настоящем диссертационном исследовании основана на достаточном количестве наблюдений, современных методов исследования.

Весь полученный разнородный цифровой материал подвергнут статистической обработке, что позволило объективно оценить и обосновать

тактику и выбор способа операции у пациентов с неосложненной и осложненной бедренной грыжей.

### **3. Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации**

Научные положения и результаты работы подтверждаются достаточным объемом исследований, базирующимся на анализе лечения 238 пациентов с различными вариантами бедренной грыжи, обследованных с использованием клинических современных лабораторных и инструментальных методов, и обработке полученных материалов с помощью методов математической статистики и показателей, используемых в доказательной медицине.

### **4. Значимость для науки и практики результатов диссертации, возможные конкретные пути их использования**

Обоснована целесообразность применения у пациентов с неосложненной бедренной грыжей при сохранении надкостницы лонной кости передних протезирующих способов пластики по Ривес, Лихтенштейну, комбинированным способом. При разрушении надкостницы предложен новый вариант передней протезирующей пластики с помощью синтетического протеза сложной формы.

Автором убедительно показано, что у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями при простой ущемленной грыже из-за отсутствия существенных различий в непосредственных результатах пластик протезирующими способами и местными тканями возможна пластика местными тканями по Бассини и Ружи Парлавечио, что упрощает технику выполнения операции и без ущерба для непосредственных результатов лечения.

В тоже время у больных с ущемленной бедренной грыжей при показаниях к резекции кишки вопрос о завершении операции путем наложения первичного анастомоза или выведения кишечной стомы должен решаться на основании оценки стадий перитонита и острой кишечной непроходимости.

Предложенные автором тактика и способы лечения пациентов с бедренной грыжей могут быть использованы в практической работе хирургических отделений при оказании помощи пациентам с неосложненной и осложненной бедренной грыжей.

## **5. Оценка содержания диссертации**

Диссертация изложена на 142 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 2 глав собственных результатов, обсуждения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя, включающего 251 источник литературы: 114 отечественных и 137 иностранных. Работа иллюстрирована 36 таблицами и 24 рисунками.

### **Анализ диссертации по главам**

В главе 1 (Обзор литературы) представлены: анатомия бедренного канала, варианты и классификация бедренной грыжи, патогенез бедренной грыжи; особенности клиники и диагностики неосложненной и осложненной бедренной грыжи; методы инструментальной диагностики; дан исторический обзор методов хирургического лечения больных с бедренной грыжей; современные подходы к лечению пациентов с бедренной грыжей; осложнения операций по поводу бедренной грыжи. Обзор литературы дает полное представление об изученности патогенеза заболевания, о проблемах его диагностики и лечения.

Глава 2 (Материал и методы исследования). Работа основана на анализе лечения 238 пациентов с неосложненными и осложненными бедренными грыжами, находившихся на стационарном лечении в период с 1996 по 2019 годы.

В исследование были включены больные старше 18 лет с бедренными грыжами, госпитализированные в плановом и в экстренном порядке.

Критериями исключения из исследования были выбраны следующие: больные с бедренными не ущемленными и ущемленными грыжами, которые были оперированы по технике полного внутреннего доступа ТЕР и с

использованием устройств на основе хирургической сетки системами для герниопластики Prolene PHS и Plug and Patch.

Все больные были распределены по группам. В первую группу вошли 46 пациентов, которые были оперированы в плановом порядке. Вторую группу составили 192 пациента с ущемленной бедренной грыжей, оперированных в экстренном порядке, которые были подразделены на две группы. В группу 2а вошли пациенты (n=132) с простыми ущемленными бедренными грыжами (ПУБГ), у 84 пациентов были изучены отдаленные результаты. В группу 2б включены больные (n=60) с осложненными ущемленными бедренными грыжами (ОУБГ), у которых развился некроз кишечной стенки, острая кишечная непроходимость и перитонит.

В главе дана общая характеристика больных; методы обследования, наряду с известными описан метод спектроскопии комбинационного рассеивания (СКР); способы оперативных вмешательств; методы оценки состояния тяжести больных; критерии оценки результатов лечения больных и статистическая обработка результатов исследования.

Глава 3 (Результаты лечения больных с неосложненными бедренными грыжами). Для обоснования выбора способа операции больные с неосложненными бедренными грыжами разделены на контрольную группу 1а (n=24), у которых грыжевые ворота закрывали местными тканями натяжными способами, и основную группу 1б (n=22), у которых при выполнении операций применяли ненатяжную протезирующую пластику бедренного канала.

При анализе пациентов с застарелой бедренной грыжей автором установлено разрушение надкостницы лонной кости, что не позволяло использовать для пластики классические способы местными тканями и с использованием протезов. Для таких ситуаций был предложен новый способ герниопластики (патент РФ на изобретение №2445002 от 08.06.2009 г.), который дает возможность закрывать бедренный канал передним доступом в условиях измененных тканей в паховом канале.

Новые сведения о патогенезе бедренной грыжи послужили

обоснованием возможности инструментальных методов для оценки состояния надкостницы лонной кости в бедренном канале до операции. В результате исследования было установлено, что с помощью рентгенологического метода и КТ перед операцией установить сохранность и разрушение надкостницы лонной кости в зоне бедренного канала не удастся. При УЗИ визуализировать надкостницу лонной кости можно у пациентов молодого возраста. Метод спектроскопии комбинационного рассеивания позволяет подтвердить сохранность и разрушение надкостницы лонной кости, но только во время выполнения операции.

Оценка результатов операций у больных с неосложненной бедренной грыжей с использованием местных тканей и с использованием протезов показала, что при применении ненатяжных протезирующих способов пластики бедренного канала способствует снижению непосредственных и отдаленных осложнений.

Глава 4 (Результаты лечения больных с ущемленными бедренными грыжами). С ущемленными бедренными грыжами было пролечено 192 пациента. 132 пациента (группа 2а) были с простым ущемлением (жировой подвесок, большой сальник, кишка без некроза) без осложнений со стороны органов брюшной полости. В группе 2а после устранения ущемления пластика бедренного канала проведено преимущественно местными тканями по способу Bassini, реже по Ruggi - Parlavecchio и I.M. Lichtenstein.

Такую закономерность хирурги объясняли выполнением операций по экстренным показаниям в дежурное время, стремлением к сокращению времени и простоте вмешательства. Летальных исходов в группе 2а не было. С этой точки зрения, такой подход можно считать оправданным. Оценка результатов операций у пациентов с ущемленными бедренными грыжами без внутрибрюшных осложнений (группа 2а) показала, что при использовании натяжных способов пластики местными тканями у 66 % больных ближайший результат лечения был хорошим, у 34 % удовлетворительный из-за осложнений в зоне операции. В отдаленные сроки у 80,3 % результат был

хороший, у 7,6 % - удовлетворительный, а у 12,1 % - неудовлетворительный из-за развития рецидива заболевания. Поэтому был сделан вывод, что у пациентов с ущемленной бедренной грыжей без внутрибрюшных осложнений для снижения частоты рецидивов заболевания требуется пересмотр подходов при выборе способа пластики.

У 60 пациентов в группе 2б с некрозом кишки из-за ущемления и прорыва содержимого в брюшную полость развился перитонит. У 50 (261) пациентов после резекции кишки операция была завершена наложением анастомоза, умерло 18 (36 %), а у 10 (262) – выведением кишечной стомы, умерло 2 (20 %). Всего из 60 больных группы 2б умерло 20 (33,3 %).

У больных с ущемлением и некрозом кишки была проведена оценка факторов, влияющих на исход заболевания в зависимости от сопутствующих заболеваний, времени госпитализации от начала заболевания, способа наложения анастомоза «конец в конец» и «бок в бок», от возраста и стадии перитонита.

При построении математической модели множественной логистической регрессии установлено, что у пациентов с ущемленной бедренной грыжей, осложненной ОКН и перитонитом временное закрытие брюшной полости снижает риск летального исхода с отношением шансов (ОШ) = 0,18 (95 % ДИ:0,04–0,88),  $p=0,034$ . При этом существенно ухудшает прогноз заболевания развитие у пациента бактериально-токсического шока.

Практическим выводом из полученных расчетов является положение о том, что у пациентов в реактивную стадию перитонита операцию можно завершить формированием кишечного анастомоза и окончательным закрытием брюшной полости. Завершение операции при ущемленной бедренной грыже путем выведения кишечной стомы и наложения лапаростомы по показаниям позволяет получить лучшие результаты, чем при формировании кишечного анастомоза и окончательного закрытия брюшной полости.

В главе 5 (Обсуждение результатов исследования) проведено

обоснование положений, выдвинутых на защиту, определяющих тактику и выбор способа операции. У пациентов с неосложненной бедренной грыжей обращено внимание на возможность разрушения надкостницы лонной кости у пациентов с длительными сроками грыжи, у которых по этой причине пластика бедренного канала классическими способами невыполнима, но возможна с помощью предложенного нового способа. При лечении пациентов с простым ущемлением в бедренной грыже, у которых не наблюдаются тяжелые раневые осложнения, для снижения частоты рецидивов заболевания рекомендован переход от способов пластики местными тканями к ненапряжным протезирующим способам пластики. При лечении пациентов с ущемленной бедренной грыжей и некрозом кишечной стенки в зависимости от стадии перитонита отказ после резекции кишки от первичного наложения анастомоза в пользу выведения кишечной стомы и временного закрытия брюшной полости позволяет улучшить результаты лечения.

Выводы и практические рекомендации, представленные в работе, отражают поставленную цель, отвечают на поставленные задачи и вытекают из содержания диссертации.

### **Публикации по теме диссертации**

По материалам диссертации опубликовано 10 печатных работ, в том числе 4 статьи в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования РФ для публикации результатов кандидатских и докторских диссертаций и 2 статьи в журналах библиографической базы данных Scopus. Получен 1 патент РФ на изобретение и 1 патент РФ на полезную модель.

### **Внедрение результатов исследования**

Результаты работы внедрены и используются в практике хирургических отделений ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова», ГБУЗ «Городская клиническая больница №8», ГБУЗ «Городская клиническая больница №10», «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина». Основные научно-практические положения работы применяют



в учебном процессе на кафедре хирургических болезней детей и взрослых ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России.

**В ходе рецензирования диссертации возник ряд замечаний и вопросов:**

1. Какова дальнейшая тактика у больных с кишечной стомой, лапаростомой и оставшимся бедренным грыжевым дефектом, следствием которых в свою очередь может быть грыжа?
2. От чего зависели сроки выполнения реконструктивной операции для закрытия кишечной стомы у больных с ущемленной бедренной грыжей?

### **Заключение**

Диссертационная работа Жарова Андрея Владиславович на тему: «Определение тактики и обоснование выбора способа операции у пациентов с неосложненной и осложненной бедренной грыжей», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 - Хирургия, является законченной научно-квалификационной работой, в которой решена задача хирургического лечения больных с бедренными грыжами, имеющая важное значение для хирургии. По актуальности, научной новизне, практической значимости и достоверности полученных результатов диссертационная работа Жарова Андрея Владиславович соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842 (в ред. Постановлений Правительства РФ от 21.04.2016 г. № 335, от 02.08.2016 г. № 748, от 29.05.2017 г. № 650, от 28.08.2017 г. № 1024, от 01.10.2018 г. № 1168), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а ее автор, Жаров Андрей Владиславович, достоин присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 - Хирургия.

Согласен на сбор, обработку, хранение и размещение в сети «Интернет» моих персональных данных (в соответствии с требованиями Приказа Минобрнауки России № 662 от 01.07.2015 г.), необходимых для работы диссертационного совета Д 21.2.061.01 при федеральном государственном

бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (443079, г. Самара, пр. К. Маркса, 165 Б).

**Официальный оппонент**

Заведующий кафедрой хирургии

Академии постдипломного образования

Федерального государственного бюджетного учреждения

«Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»,

доктор медицинских наук



Черепанин Андрей Игоревич

Подпись А.И.Черепанина подтверждаю

Секретарь ученого совета

Академии постдипломного образования ФНКЦ ФМБА

к.м.н.



О.В.Курзанцева

Адрес: 125371, Российская Федерация, г. Москва, Волоколамское ш., 91.

Тел. 8 (495) 617-10-50

e-mail: [info@medprofedu.ru](mailto:info@medprofedu.ru)

Internet: <https://medprofedu.ru/>

*С отзвкой ознакомлен*

*15.02.2023*

