

УТВЕРЖДАЮ
Ректор частного учреждения
образовательной организации
высшего образования
«Медицинский университет «Реавиз»
д.м.н., профессор  Н.А. Лысов



«29» мая 2017 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

частного учреждения образовательной организации высшего образования
«Медицинский университет «Реавиз»

Диссертация «Совершенствование лечебно-диагностической тактики принятия решения о релапаротомии в ургентной хирургии (клинико-экспериментальное исследование)» выполнена на кафедре хирургических болезней частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз».

В период подготовки диссертации соискатель Степанян Ашот Татулович являлся аспирантом кафедры хирургических болезней частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» (приказ №132/18-04 от 20.08.14).

В 2007 году Степанян Ашот Татулович окончил Саратовский государственный медицинский университет по специальности «Лечебное дело». С 2014 по 2017 год обучался в очной аспирантуре частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» на кафедре хирургических болезней.

Диплом об окончании аспирантуры № 12 выдан 01.09.2017 Частным учреждением образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз».

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент Урядов Сергей Евгеньевич, частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», доцент кафедры хирургических болезней.

По итогам обсуждения диссертации принято следующее заключение:

Актуальность темы исследования

Ранние послеоперационные осложнения, такие как перитонит и острая кишечная непроходимость, по-прежнему остаются ключевой проблемой экстренной хирургии ввиду трудности диагностики и увеличивающейся в разы летальности (Набижонов О. Г. с соавт. 2014; Томнюк Н. Д. с соавт., 2011;; R. Vather et al. 2014). И если в случаях первичных операций по поводу распространенного перитонита и тяжелого абдоминального сепсиса, а также повреждения органов или вмешательств по поводу нарушения мезентериального кровообращения тактика программированной релапаротомии является устоявшейся (Сажин В.П. 2007; Сандаков П. Я. 2013; Anadol, A.Z. et al. 2004), то принятие решения о релапаротомии в лечении больного, исходно не подразумевавшего повторной операции всегда является тяжелым решением (Блувштейн Г. А. 1993; Ефименко Н. А. 1995; Григорьев Е. Г. 2005). По данным литературы максимальная эффективность в диагностике ранних послеоперационных осложнений возможна лишь при использовании комплексного подхода, при этом вероятность ошибки как в сторону поздней релапаротомии, так в сторону лапаротомии по поводу динамической непроходимости остается велика. В ряде клиник показания к релапаротомии при неблагоприятном течении послеоперационного периода завышаются, в других работах мы встречаемся со сдержанным отношением к релапаротомии, а среди инвазивных методов диагностики послеоперационных

осложнений ведущая роль отводится диагностической лапароскопии (Маскин С.С., Wang, Y.C. 2012). При этом существуют категории больных, у которых отмечается наиболее высокая частота поздней диагностики послеоперационного перитонита. В первую очередь это больные с тяжелым течением послеоперационного периода, в том числе пожилого и старческого возраста, у которых инвазивные диагностические мероприятия, а тем более диагностическая лапаротомия, сопряжены с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском (Лещенко И.Г. 1991; С.Т. Viehl et al. 2012). В данной ситуации ряд авторов делают акцент на общеклинические анализы и ультразвуковую диагностику (Андреев А. В. 2009), предлагаются чадящие методы лапароскопии с использованием лифтинга брюшной стенки (Касумьян С.А. 2008; Федоров И.В. 1999; J. Horwood et al. 2009).

В ряде исследований делается акцент на биохимические диагностические тесты в дифференциальной диагностике пареза и перитонита (Вороной А. Л. С соавт. 2013; Топчиев М. А., Паршин Д. С. 2013; Журнаджянц В.А. с соавт. 2014), идет поиск новых диагностических критериев, что значительно затрудняется ввиду «определенных» успехов проводимой параллельно интенсивной терапии и относительно, компенсированного гомеостаза (Исаев Г.Б. 2002; Козлов Р.К. 2007; Жариков А. Н. с соавт. 2014).

Ведущим патогенетическим механизмом, определяющим тяжесть состояния больного, оперированного по поводу ургентного состояния органов брюшной полости, в настоящее время рассматривается синдром кишечной недостаточности (Ермолов А.С. с соавт. 2005; Миронов А. В. 2011). В основе патогенеза данного состояния лежит нарушение моторной и барьерной функции тонкой кишки с усилением бактериальной транслокации и запуске механизмов абдоминального сепсиса (Миронов А. В. 2011; Переходов С. Н. с соавт. 2010; Староконь П.М. и соавт. 2014; Гольбрайх В.А. с соавт. 2013). В оценке степени синдрома кишечной недостаточности особое внимание уделяется уровню эндотоксина. Ряд работ освещают динамику данного показателя при перитоните и кишечной

непроходимости (Миронов А. В. 2011). Исследования уровня эндотоксина в качестве маркера прогрессирования синдрома кишечной недостаточности нам не встречалось.

Таким образом, проблема ранней диагностики послеоперационных осложнений является актуальной, требуют продолжения исследования особенности течения ранних стадий энтеральной недостаточности при перитоните и кишечной непроходимости, что даст возможность оптимизировать лечебно-диагностическую тактику у данной категории больных.

Оценка выполненной работы

Автором проведено проспективное клинико-экспериментальное исследование, включившее изучение результатов эксперимента на 90 лабораторных животных (белые крысы), а также клиническую часть, в которую вошло 113 больных, перенесших экстренные хирургические вмешательства на органах брюшной полости, у которых проводилась оценка динамики плазменного уровня липополисахарида, а также клинических исходов заболевания. В экспериментальной части исследования на основании изучения динамики уровня плазменного эндотоксина в четырех группах животных изучена динамика развития синдрома кишечной недостаточности в зависимости от тяжести внутрибрюшного патологического процесса: при перитоните, острой кишечной непроходимости, мезентериальной ишемии и неосложненном течении послеоперационного периода. Автором показано, что уровень плазменного эндотоксина отражает тяжесть течения энтеральной недостаточности в экспериментальной группе животных, что дало возможность оценить динамику эндотоксина в клинической практике. Клиническую часть работы составили 3 группы исследования – основную, группу сравнения и группу сопоставления. Группу сравнения составили 64 больных, перенесших экстренные хирургические вмешательства на брюшной полости, которым в дальнейшем была выполнена релапаротомия. В данной группе оценивали структуру хирургических вмешательств, причины повторных

вмешательств. Больные группы сопоставления перенесли малотравматичные вмешательства на органах брюшной полости (рассечение единичных спаек, герниолапаротомия, разворот заворота долихосигмы) послеоперационный период которых протекал без осложнений.

Основную группу составили 24 больных, имевших наиболее высокий риск развития послеоперационного перитонита, критерии исключения являлись такими же, как для группы сравнения. В результате проведенных исследований установлено, что усиление транслокации бактерий сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений у больных с травмой живота, а наиболее частой причиной послеоперационного перитонита в данной группе является перфорация острых язв тонкой кишки, несостоятельность межкишечных анастомозов, нарушения мезентериального кровообращения, кроме того зачастую источник перитонита установить не представлялось возможным. Сроки релапаротомии разнообразны и зависели в первую очередь от характера осложнения, так при ранней спаечной непроходимости срок варьировал от 4 до 8 суток. При послеоперационном перитоните сроки были более переменными от 1 до 7 суток и более с момента первичной операции. Наихудшие результаты отмечены в группе больных с сочетанной травмой, где релапаротомия производилась на 3-6 сутки начала неблагоприятного течения послеоперационного периода. Выделение группы риска и внедрение предложенной методики энтеральной поддержки в послеоперационном периоде у больных данной группы показало, что проведение энтеросорбции препаратом Фишант-С является ведущим мероприятием в профилактике развития острых язв тонкой кишки в послеоперационном периоде у больных с сочетанной травмой.

Личное участие автора в получении результатов

Автором лично и самостоятельно проведен анализ фундаментальной современной литературы по теме диссертации, сформулированы условия и проведена экспериментальная часть работы, осуществлено формирование групп

клинического исследования в объеме, достаточном для получения статистически достоверных результатов, определен дизайн исследования. Автор принимал участие в диагностической работе по принятию решения о релапаротомии у больных групп исследования, а также лично участвовал в большинстве хирургических операций у больных исследуемых групп в качестве оператора и ассистента. Метод проведения энтеросорбции в раннем послеоперационном периоде освоен автором. Автором самостоятельно проведена аналитическая и вариационно-статистическая обработка полученных данных, на основе которых сделаны достоверные и обоснованные обобщения и выводы; оформлены рукописи автореферата и диссертация.

Степень достоверности результатов проведенных исследований

Результаты проведенных исследований являются достоверными, поскольку получены с использованием хорошо апробированных лабораторно-инструментальных методов диагностики на современном уровне: применением современных способов оценки плазменного уровня эндотоксина; корректной статистической обработкой с применением прикладного программного обеспечения.

Научная новизна результатов проведенных исследований

На основании комплексного клинико-лабораторного исследования в эксперименте и клинической практике изучены патогенетические механизмы формирования ранних стадий синдрома кишечной недостаточности, путем оценки динамики уровня плазменного эндотоксина при благоприятном и осложнённом течении послеоперационного периода, после urgentных вмешательств на органах брюшной полости. Доказано, что динамика уровня плазменного эндотоксина является высокоинформативным маркером, отражающим развитие интраабдоминальных послеоперационных осложнений. Установлено, что проведение энтеросорбции препаратом ФИЩАНТ-С в послеоперационном периоде позволяет эффективно купировать проявления синдрома кишечной

недостаточности, в первую очередь, послеоперационный парез, нормализуя плазменный уровень эндотоксина к исходу 2 суток заболевания, достоверно снизить частоту развития острых язв тонкой кишки у больных с сочетанной травмой, оперированных на органах брюшной полости.

Практическая значимость результатов проведенных исследований

Полученные результаты экспериментального и клинического исследований о патогенетической роли звеньев синдрома кишечной недостаточности в развитии внутрибрюшных послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу ургентной абдоминальной патологии, диктуют необходимость первоочередной коррекции данных проявлений в раннем послеоперационном периоде. При этом ведущую роль играют мероприятия по борьбе с парезом кишечника и избыточной бактериальной контаминацией верхних отделов тонкой кишки. На основании полученных данных доказано, что проведение в послеоперационном периоде энтеросорбции препаратом ФИШАНТ-С является эффективным методом борьбы с парезом кишечника и эндотоксикозом. При этом предпочтение следует отдавать введению сорбента в назоеюнальный зонд, устанавливаемый в ходе операции. Доказано, что применение разработанной методики позволяет эффективно предотвращать развитие таких состояний, как продолженный послеоперационный перитонит и перфорации острых язв тонкой кишки у больных группы риска по развитию данных осложнений в 100% случаев.

При этом установлено, что сохранение уровня плазменного эндотоксина более 1 ЕД/мл к третьим послеоперационным суткам при проведении энтеросорбции препаратом ФИШАНТ-С, свидетельствует о высокой вероятности внутрибрюшных осложнений и требует использования инвазивных диагностических методик несмотря на общее состояние больного.

Ценность научных работ

В публикациях с позиций роли синдрома кишечной недостаточности

изложены механизмы развития внутрибрюшных послеоперационных осложнений в эксперименте и клинической практике; изучены основные причины выполнения релапаротомии и своевременность постановки показаний к повторным вмешательствам в зависимости от типа патологии; изучена клинико-лабораторная эффективность использования энтеросорбции в коррекции синдрома кишечной недостаточности.

Специальность, которой соответствует диссертация

В диссертации автором изучен патогенез ранних стадий формирования синдрома кишечной недостаточности в послеоперационном периоде как в эксперименте, так и в клинической практике, внедрен в клиническую практику метод профилактики развития острых язв тонкой кишки с использованием энтеросорбции препаратом ФИШАНТ-С, и изучены патогенетические эффекты применения энтеросорбции в лечении послеоперационного пареза у больных на ранних стадиях формирования синдрома кишечной недостаточности. Диссертация соответствует паспорту специальности 14.01.17 – Хирургия.

Полнота изложения материалов диссертации в работах, опубликованных соискателем

По теме диссертации автором опубликовано 7 печатных работ, 3 из них в изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для публикаций основных научных результатов диссертации.

Опубликованные работы полностью отражают основные положения диссертационного исследования:

1. Степанян А.Т. Сравнительные патогенетические аспекты развития синдрома кишечной недостаточности при острой кишечной непроходимости и перитоните в эксперименте / С.Е. Урядов, А.Т. Степанян, Н.Ю. Стекольников, Ю.С. Однокозов // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 10–1. – С. 185-188.
2. Степанян А.Т. Клиническое значение определение плазменного уровня кишечного эндотоксина в диагностике послеоперационного перитонита / С.Е.

Урядов, А.Т. Степанян, Н.Ю. Стекольников, Ю.С. Однокозова // Врач-аспирант – 2015. – № № 6(73). – С. 16-22.

3. Степанян А.Т. Периоперационная коррекция синдрома кишечной недостаточности в профилактике развития послеоперационного перитонита / А.Т. Степанян, С.Е. Урядов, Н.Ю. Стекольников, Ю.С. Однокозова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5; URL: www.science-education.ru/ (дата обращения: 19.12.2016).

Диссертация «Совершенствование лечебно-диагностической тактики принятия решения о релапаротомии в ургентной хирургии (клинико-экспериментальное исследование)» Степаняна Ашота Татуловича рекомендуется к защите в профильный диссертационный совет на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – Хирургия.

Заключение принято на заседании Научно-методического совета частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз». Присутствовали на заседании – 17 чел. профессорско-преподавательского состава. Результаты голосования: «за» - 17 чел., «против» нет, «воздержались» – нет (протокол № 9 от 28.05.2017).

Проректор по научной работе и связям с общественностью
д.м.н., профессор,
профессор кафедры хирургических
болезней

Владимир Владимирович Масляков

443001, г. Самара, ул. Чапаевская, 227
тел.: 8(846) 333-54-51, факс 8(8452) 26-01-34
e-mail: mail@reaviz.ru

Заранее благодарю профессора Степаняна Ашота Татуловича за оказанную помощь и поддержку в работе.