

ОТЗЫВ

официального оппонента, доктора медицинских наук (3.1.9 – Хирургия),
профессора кафедры хирургических болезней детей и взрослых
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Самарский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Белоконева Владимира Ивановича о научно-практической значимости
диссертационной работы Исаева Магомеда Хабибовича на тему: «Способ
повышения эффективности пластики глубокого кольца и задней стенки
пахового канала» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 3.1.9 – Хирургия

Актуальность проблемы

За последние 20 лет способы лечения паховых грыж существенно изменились, что связано с внедрением в практику синтетических протезов. Это позволило выполнять операции у больных пожилого и старческого возраста с грыжами больших размеров и тяжелыми сопутствующими заболеваниями, что позволило снизить и частоту рецидивов заболевания, и улучшить качество жизни у оперированных больных. Однако внедрение протезов в практику породило и новые проблемы, связанные с процессами нарушения их интеграции в ткани с развитием инфекционного очага в брюшной стенке и брюшной полости. Отказ от способов пластики местными тканями у пациентов с паховыми грыжами объясняется высокой частотой рецидива заболевания. В то же время категорическое неприятие способов пластики пахового канала местными тканями также не правомочно по ряду причин. К ним относятся: молодой возраст пациента, отказ больного от использования при операции синтетического материала, выполнение операции в экстренном порядке при ущемленной грыже и отсутствии протеза, либо при противопоказаниях к его использованию в случае инфицирования раны. Поэтому разработка надежного способа пластики пахового канала местными тканями, который будет в арсенале хирурга и

сегодня является актуальной задачей, имеющей важное практическое значение.

В связи с этим тема диссертационного исследования Исаева Магомеда Хабибовича является актуальной, так как автор поставил перед собой цель разработать патогенетически обоснованную, простую и с хорошим исходом пластику пахового канала. Для решения поставленной цели автор сформулировал 7 задач, которые содержат научную новизну и практическую значимость.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций

Сформулированные научные положения обоснованы анализом 1214 клинических наблюдений пациентов, получивших хирургическое лечение по поводу паховых грыж, проведенными клиническими и специальными исследованиями, статистическим анализом полученных результатов.

Автором установлено, что паховый треугольник состоит из 4 отделов, которые отличаются по анатомо-топографическому строению и соответствию формам грыж. Первые три отдела относятся к косой, а 4 – к прямой паховой грыже.

Выявлены причины формирования паховых грыж и определены недостатки герниопластик, приводящие к развитию ранних и поздних осложнений.

Установлено, что выполнение пластики без компрессии лигатурой внутренней косой и поперечной мышц способствует полной блокировке глубокого пахового кольца и задней стенки при нагрузке на брюшную стенку.

Применение послабляющего надреза медиального листка апоневроза наружной косой мышцы живота позволяет выполнить прочную пластику 4 отдела.

Разработан и внедрен эффективный способ реконструкции глубокого пахового кольца и задней стенки ПК местными тканями (патент № 2630616)

с трехслойной раздельной пластикой поперечной фасции, мышц и апоневроза наружной косой мышцы живота.

Достоверность и новизна научных положений, выводов и рекомендаций

Достоверность и новизна научных положений, изложенных автором в диссертационной работе подтверждена анализом значительного числа клинических наблюдений, пакетом статистического метода, современными методами лабораторного и специального обследования пациентов, изучением и критическим анализом результатов, опубликованных в отечественной и зарубежной специальной литературе научных исследований по изучаемой проблеме.

Результаты, сформулированные в работе, базируются на тщательном анализе клинических наблюдений с использованием клинических, инструментальных, математических и статистических методов исследования.

Сформулированные выводы обоснованы, логичны, вытекают из результатов работы и соответствуют анализу фактического материала, подтверждены статистическими методами и отвечают цели и задачам, поставленным в исследовании.

Оценка практической значимости

Представленные в работе практические рекомендации конкретны и могут быть применимыми в профильных отделениях, занимающихся лечением больных с вентральными грыжами. Результаты и выводы диссертации целесообразно использовать при подготовке специалистов на курсах повышения квалификации врачей по хирургии.

Выявление основных причин рецидивов и осложнений позволило определить приоритетные мероприятия по улучшению результатов лечения пациентов с ПГ. Ими являются: диспансеризация, дифференцированный подход с учетом анатомо-топографических особенностей к пластике косой и

прямой ПГ, бережное отношение к мышечной ткани, отказ от традиционных методов.

Предложен способ, который позволяет сохранить без повреждения мышечную ткань с ее сосудами и нервами, что минимизирует возможные осложнения. Свободное сокращение и расслабление в лигатурном желобке позволяет мышечной ткани полностью закрыть ГПК и препятствовать развитию рецидива.

При косой ПГ предложенный способ может быть выполнен с расположением семенного канатика над ПФ, над мышечной тканью или над апоневрозом НКМЖ. При прямой ПГ необходимо располагать семенной канатик над апоневрозом с закрытием ГПК, или выполнить аллопластику.

Практические рекомендации конкретны, изложены кратко и содержательно. Работа написана доступным и понятным языком.

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

Основные результаты работы внедрены в клиническую практику в хирургических отделениях № 1, 2 и 3 ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» (Махачкала), а также в хирургических отделениях больниц Республики Дагестан. Основные положения диссертации используются в научной и педагогической деятельности на кафедре ИДПО хирургии ФГБУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Оценка структуры диссертации и содержания работы

Диссертационная работа Исаева Магомеда Хабибовича по дизайну представляет собой открытое, одноцентровое, нерандомизированное, проспективное клиническое исследование с группами контроля. Диссертация изложена на 114 страницах печатного текста, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы.

Библиографический указатель включает 184 источник, из них 109 - зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 6 таблицами и 45 рисунками

Во введении освещена актуальность проблемы, цели и задачи исследования, научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

Несмотря на многочисленные методы лечения паховой грыжи, их результаты остаются неудовлетворительными. Это обусловлено не только рецидивами заболевания, что характерно для классических способов натяжными способами местными тканями, но осложнениями, возникающими после не натяжных протезирующих способов пластики. Автор делает заключение, что разработка эффективной атензионной пластики паховой грыжи местными тканями является актуальным вопросом, что и послужило основанием для выполнения настоящего исследования.

В главе 1 «Обзор литературы» представлены данные по теме исследования о 184 источниках (75 – отечественных и 109 – зарубежных авторов). Обзор литературы написан логически последовательно и критично, что свидетельствует о достаточно полном знании автором научных публикаций по избранной теме.

В резюме главы со ссылкой на литературные источники автор делает заключение, что «стремление хирургов без основания расширять показания к применению протезов является лишь показателем отсутствия необходимости в использовании современных приемов пластики местными тканями».

Глава 2 «Материалы и методы исследования». Работа базируется на анализе результатов хирургического лечения 1214 пациентов в возрасте от 18 до 86 лет с паховыми грыжами (ПГ), которые были оперированы в трех отделениях хирургии ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» на клинической базе кафедры хирургии при Дагестанском государственном медицинском университете за период с 2013 по 2018 годы. Мужчин было 1080 (89,0%), женщин – 134 (11,0%).

Все пациенты были распределены на три группы. Первую контрольную группу составил 401 (33,0%) пациент, которые были оперированы с использованием мышечно-апоневротической пластики. Вторая контрольная группа – 675 (55,6%) пациентов, которые были оперированы по методу Лихтенштейна. Основная группа представлена 138 (11,4%) пациентами, у которых пластика пахового канала выполнена по разработанному способу.

Ущемленные ПГ были у 364 (30,0%) пациента, рецидивные грыжи - у 117 (9,6%) пациентов (после аллопластических способов – 25/2,1%, после пластики местными тканями - 92 /7,5). Операции под местной анестезией выполнены у 726 (59,8%) пациентов, под спинальной анестезией - у 481 (39,6%), под эндотрахеальным наркозом - у 7 (0,6%). В экстренном порядке с ущемленной ПГ были оперированы 275(75,6%) пациент, 89(24,4%) - в отсроченном порядке при динамическом наблюдении после вправления грыжи в период предоперационной подготовки. Открытым способом с использованием местных тканей были оперированы 552 (44,3%) пациента, по способу Лихтенштейна - 694 (55,7%). Пластика мужчинам/женщинам по Жирару-Спасокукоцкому выполнена 20/43 (5,1%), по Бассини и Постемскому – 70/24 (7,5%), по Мартынову – 0/31 (2,5%) пациенту. С 2015 года эти операции в клинике не выполняются. По способам Шоулдайса, Нестеренко-Салова и Марси ГП выполнена – у 226/0 (18,1%), по предложенному авторами способу – у 121/17 (11,1%). По способу Лихтенштейна – у 675/19 (55,7%). То есть в работе были проанализированы все наиболее распространенные известные способы пластики у пациентов с паховыми грыжами.

Все пациенты с паховыми грыжами были обследованы по единому стандарту с привлечением дополнительных методов с учетом их возраста и сопутствующих заболеваний. Инструментальные методы включали УЗИ для изучения анатомо-топографических данных пахового канала и выявления сопутствующих заболеваний (кист, липом). Для оценки послеоперационной

боли использовалась вербальная описательная шкала оценки боли. Натяжение швов при герниопластики оценивалось в граммах с помощью пружинного динамометра. Оценка послеоперационных осложнений проведена по классификации Clavien-Dindo. Оценка качества жизни пациентов после пахового грыжесечения выполнена с помощью опросника SF-36. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием прикладных программ «Биостат» (StatSoft, США), Microsoft Excel 2013. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Глава 3 «Результаты внедрения способа повышения эффективности герниопластики и их обсуждение» является ключевой в работе. Автор подробно рассматривает разметку и технику выполнения доступа у пациентов с паховой грыжей с учетом места прикрепления паховой связки к лонной кости и расположения глубокого пахового кольца. Правильно выполненный доступ облегчает манипуляции, не растягивает и не травмирует мягкие ткани. Хотя этапы вскрытия пахового канала, выделение семенного канатика и грыжевого мешка в операции стандартны, большое внимание автором уделено поперечной фасции и протяженности ее повреждения. Практическое значение имеют данные о диаметре шейки грыжевого мешка и его частоте у пациентов с грыжами. Так, диаметр шейки грыжевого мешка от 0,5 до 1,5 см наблюдался у 65 (67,7%) пациентов, от 1,5 до 2,0 см – у 24 (25,0%), более 2,0 см – у 7 (7,3%), а разрушение поперечной фасции при косых ПГ не выходило за пределы 2,5 см. Существенным дополнением к технике операции у пациентов с ПГ является использование нити, наложенной на культю грыжевого мешка, для сшивания поперечной фасции П-образным швом. Это позволяет под визуальным контролем проследить ход иглы, определить протяженность захватываемых тканей и предупредить повреждение внутренних эпигастральных сосудов.

Автором так же показано, что при прямых паховых грыжах повреждение поперечной фасции (ПФ) выражено в большей степени. У 4 (9,5%) пациентов

повреждение ПФ было от глубокого пахового кольца до лонного бугорка, у 32 (76,2%) - от 2,5 до 3,5 см и только у 6 (14,3%) - менее 2,5 см. Дефект поперечной фасции при этом ушивали с использованием П-образных швов.

Использование узловых швов для восстановления ПФ не приводит к ее прочности. Со временем, под воздействием внутрибрюшного давления, их натяжение ослабляется и дефект в ПФ возникает вновь. При прямых паховых грыжах П – образные швы следует накладывать на всем протяжении дефекта. При косых ПП поперечная фасция восстанавливается до диаметра семенного канатика.

Вторым важным элементом техники пластики пахового канала, предлагаемой автором, является отказ при сшивании внутренней косой и поперечной мышц с паховой связкой путем затягивания лигатур до упора с натяжением, так как это приводит к рубцеванию мышцы и ее отрыву от места фиксации. Данное предложение автор аргументирует, исходя из топографии пахового канала, в котором паховый промежуток, а это расстояние между внутренней косой и поперечной мышцами и паховой связкой, который только у 12,5% был более 3 см. Так как паховый промежуток имеет трапециевидную форму, то единственным швом, который можно считать натяжным при пластике местными тканями, является шов между медиальной ножкой поверхностного пахового кольца (ППК) и паховой связкой у места его фиксации к лонному бугорку, где расстояние между ними более 3 см. Эти ткани наиболее фиксированны, в отличие от паховой связки и мышц в первых трех отделах пахового канала. Свести их друг с другом с гарантией шва задача сложная, так как может наступить несостоятельность шва и реконструкция ППК нарушится.

Чтобы исключить возможность развития осложнения, автором предложен простой и надежный шов путем захвата лигатурой мышц на расстоянии 1,0-1,5 см от краев с глубоким отделом паховой связки без поперечной фасции. При затягивании лигатуры узел находится лишь только в соприкосновении, а не врезается в толщу мышечной ткани.

В случаях расположения над мышцами (34 пациента) или над апоневрозом (65 пациента) мышечная ткань плотно и прочно охватывает семенной канатик по периметру. При выполнении герниопластики мышцы и паховая связка располагаются в большинстве случаев в положении близкого соприкосновения. Если их сближение связано с возможностью повреждения мышечной ткани, то мышцы и паховая связка должны располагаться с зазором между ними, который обычно составляет не более 2-3 мм. ГПК располагается от паховой связки на расстоянии 4-5 мм. Это позволяет мышцам закрывать его полностью. Запирательная функция мышц в обоих случаях является надежной. Окружение семенного канатика функционирующими мышцами оказывает благоприятный эффект на его элементы.

У женщин пластика по предлагаемому способу выполняется так, что отдельными швами мышцы подтягиваются и фиксируются к паховой связке над круглой связкой матки, а апоневроз восстанавливаем в виде дубликатуры с послабляющим надрезом у медиального листка наружной косой мышцей живота.

Заключительным этапом операции является восстановление апоневроза наружной косой мышцы живота. С учетом данных, о ширине пахового промежутка в разных отделах пахового канала для уменьшения натяжения перед подшиванием апоневроза к лонному бугорку проводится рассечение медиального листка напротив семенного канатика длиной 6-7 мм. Первый шов накладывается под визуальным контролем между медиальной ножкой и паховой связкой у места прикрепления к лонному бугорку. Аналогичным образом выполняется надрез и у латерального листка апоневроза. Такие приемы позволяют сформировать апоневротические кольца у мест выхода семенного канатика из пахового канала. Таким образом, принципиальным отличием пластики пахового канала, предлагаемого автором является последовательное наложение швов вначале на поперечную фасцию, затем между мышцами и паховой связкой без натяжения и затем швов на края

апоневроза. При этом семенной канатик может быть расположен под мышцами, над мышцами под апоневрозом и на апоневрозе.

Важным с практической точки зрения в работе является подраздел 3.4, в котором автор рассматривает анатомические особенности тканей в паховом канале, который разделен на 4 отдела. Это позволяет дифференцированно подходить к лечению кривой и прямой паховой грыжи с раздельной пластикой поперечной фасцией, боковых мышц и апоневроза передней стенки пахового канала, что снижает частоту послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания и улучшает качество жизни пациентов.

Подтверждением последнего заключения являются данные подраздела 3.5, в котором автор приводит сведения по сравнительной оценке более при разных способах операций у пациентов с паховой грыжей и сроках лечения, в подразделе 3.6 о характере послеоперационных осложнений, а в подразделе 3.7 о качестве жизни в зависимости от способа операции. Сравнительная оценка этих данных показывает большую эффективность предложенного способа операции в сравнении с другими вариантами лечения.

В главе «Обсуждение» автор рассматривает 3 положения, вынесенные на защиту, в которых обобщены основные результаты проведенного исследования, позволившие сформулировать выводы и практические рекомендации.

Публикации. По теме диссертации опубликованы 10 научных работ, в том числе 3 работы – в рекомендуемых ВАК МОН РФ журналах, получен патент РФ на изобретение и три рационализаторских предложения

Вопросы и замечания, возникшие в процессе знакомства с работой

В целом автор справилась с задачами, которые он поставил перед собой при планировании работы. В клинике была проведена в сравнительном аспекте оценка лечения трех групп больных с паховыми грыжами. Но с

учетом важности и сложности проблемы при знакомстве с работой возникли следующие вопросы.

1. Какой шовный материал вы использовали при выполнении операций у больных с паховыми грыжами?
2. При завершении операции собственными тканями проводилось ли Вами дренирование раны?
3. Какие способы повторной пластики вы использовали у пациентов с рецидивными грыжами после пластик пахового канала местными тканями и с использованием протезов?

Оценивая содержание диссертации в целом, следует отметить, что достоинством данной диссертационной работы является, прежде всего, выбор темы для исследования, так как у пациентов с паховыми грыжами по мере увеличения числа операций с использованием протезов стало увеличиваться количество осложнений инфекционного характера. Автор предложил способ операции у пациентов с паховой грыжей с использованием собственных тканей, что имеет важное практическое значение. При знакомстве с диссертацией были выявлены грамматические и стилистические ошибки, которые, однако, не повлияли на содержание работы. Принципиальных замечаний нет.

Заключение

Диссертационная работа Исаева Магомеда Хабибовича «Способ повышения эффективности пластики глубокого кольца и задней стенки пахового канала», 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 паховыми грыжами, имеющая важное значение для хирургии. По актуальности, научной новизне, практической значимости и достоверности полученных результатов диссертационная работа Исаева Магомеда Хабибовича соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного Постановлением

