

ВЫПИСКА

из протокола № 11 от 22.10.2020 г. заседания диссертационного совета Д 14.19.600 при КГМА им. И. К. Ахунбаева и НХЦ МЗ КР по предварительной защите диссертации соискателя Нуржан уулу Уланбека на тему: «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкэктомии печени», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

1. **Председатель:** д.м.н., профессор Тилеков Э.А. (14.01.17 - хирургия);
2. **Ученый секретарь:** к.м.н., с.н.с. Чапыев М.Б. (14.01.17 - хирургия).

Присутствовали:

3. Ашимов Ж.И. – д.м.н., директор Научно-исследовательского института хирургии сердца и трансплантации органов (14.01.17 - хирургия);
4. Жолдошбеков Е.Ж. - д.м.н., профессор, профессор кафедры факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева (14.01.17 – хирургия);
5. Мамакеев М.М. – д.м.н., профессор, академик НАН КР, Почетный директор НХЦ (14.01.17 - хирургия);
6. Мусаев А.И. - д.м.н., профессор, главный врач ГКБ №1 г. Бишкек (14.01.17 - хирургия);
7. Мусаев У.С. - д.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе ГКБ №1 г. Бишкек (14.01.17 - хирургия);
8. Намазбеков М.Н. - д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР, заведующий профессорским курсом сердечно-сосудистой хирургии ФУВ КГМИП и ПК им. С. Б. Даниярова (14.01.26 - сердечно-сосудистая хирургия);
9. Ниязов Б.С. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ФУВ КГМИП и ПК. им. С.Б. Даниярова (14.01.17 - хирургия);
10. Сыдыгалиев К.С. - д.м.н., профессор, профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии им. М. М. Мамакеева КГМА им. И. К. Ахунбаева (14.01.17 - хирургия);
11. Урманбетов К.С. - д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения хирургии приобретенных пороков сердца и коронарной хирургии НИИХСиТО (14.01.26 - сердечно-сосудистая хирургия);
12. Эраалиев Б.А. - д.м.н., профессор, заведующий отделением гнойной хирургии НХЦ (14.01.17 - хирургия).

Всего: 12 человек.

Повестка дня:

Предварительная защита диссертации соискателя Нуржан уулу Уланбека на тему: «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкэктомии печени», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Председатель: Заседание открыл д.м.н., профессор Тилеков Э.А., который ознакомил присутствующих с повесткой дня, представил докладчика

соискателя Нуржан уулу Уланбека для выступления с сообщением об основных результатах диссертационной работы на тему: «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкэктомии печени», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Работа выполнена на кафедре хирургии Южного филиала Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова и в отделении хирургии №1 Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Научный руководитель: Осумбеков Байышбек Зияйдинович - доктор медицинских наук, проректор по научной работе Ошского Государственного Университета Министерства образования и науки Кыргызской Республики (14.01.17 - хирургия).

Тема представленной диссертационной работы и научный руководитель утверждены на заседании Ученого совета центра последиplomного медицинского образования г.Ош (ныне южный филиал КГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова) - протокол № 3 от 27 мая 2009 года.

Диссертационная работа, автореферат, первичный материал прошла экспертизу в составе: д.м.н., профессора Сыдыгалиева Кылычбека Сулкайдаровича; д.м.н., профессора Жолдошбекова Есенгельди Жолдошбековича и д.м.н. Мусаева Улана Салтанатовича - заключение всех экспертов положительное и рекомендуют принять на рассмотрение в диссертационном совете.

Есть ли вопросы по повестке дня?

Кто за то, чтобы утвердить повестку дня, прошу проголосовать.

«За» - 12; «Против» - нет; «Воздержавшиеся» - нет.

Председатель: Для изложения основных положений диссертации слово предоставляется диссертанту Нуржан уулу Уланбеку.

Слушали: доклад Нуржан уулу Уланбека на тему: «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкэктомии печени» (доклад сопровождался демонстрацией слайдов).

Глубокоуважаемые председатель, уважаемые коллеги!

Клиническая практика констатирует бесспорный рост заболеваемости эхинококкозом печени (ЭП), экспансии эндемического ареала паразита и возрастания случаев заражения в не эндемичных регионах. Для нашей страны эхинококкоз является краевой патологией. Диагностика и госпитализация осуществляются в основном по обращаемости и в поздние сроки, что влияет на результаты оперативного лечения и обуславливают высокий процент осложнений. Одним из важных причин развития инфекционно-воспалительных осложнений являются хирургические ошибки организационного и тактико-технического характера, а также осложненное течение заболевания.

Следует отметить, что на результативность хирургического лечения влияют осложнения, связанные после ЭП с наличием остаточной полости (ОП), частота возникновения которой составляет 17,9-28,5%.

А между тем, существующие методы профилактики гнойно-септических осложнений ЭП, включая развитие ОП, малоэффективны, поэтому непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с ЭП неоднозначны.

Таким образом, в плане системного улучшения результатов диагностики, лечения и профилактики у больных с осложненным ЭП важно проведение ревизии существующих, а также разработка на этой основе новых способов С-ДХ, а также диагноза, прогноза и профилактики развития гнойно-септических осложнений с изучением непосредственных, ближайших и отдаленных результатов их использования.

Данные предпосылки определили направление нашего исследования, целью которого являлось улучшить результативность хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем совершенствования технологий санационно-дигестивной хирургии, а также оптимизированных методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Оценить эффективность открытой эхинококкэктомии (ЭЭ) печени со сквозным дренированием остаточной полости, у больных осложненным эхинококкозом печени в условиях применения способов ранней диагностики послеоперационных гнойно-септических осложнений, основанной на ультразвуковой гистографической денситометрии (УЗИ-ГДМ);

2. Оценить результативность чрескожное пункционно-аспирационное дренирование (ЧКП-АД) у больных с нагноением остаточной полости после ЭЭ печени в условиях применения тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений;

3. На основании полученных данных обосновать и оптимизировать результативность хирургического лечения больных с эхинококкозом печени, у которых развились послеоперационные гнойно-септические осложнения.

В основу работы положен анализ опыта хирургического лечения 186 больных осложненным ЭП. Возраст обследованных больных колебался в пределах 15-70 лет. Женщин было 101 (54,4%), мужчин 85 (45,6%). Абсолютное большинство больных находились в трудоспособном возрасте (21-50 лет).

У более половины больных (56,6%) давность заболевания составил <1 года и лишь 5,3% больных, то есть в 10 раз меньше, давность заболевания составил >5 лет.

В качестве прямого маркера интоксикации на фоне которого, как правило использовали ЛИИ, который определяли по Я.Я. Кальф-Калифу (1941) в модификации Ю.М. Островского и соавт. (1983) по формуле: ЛИИ - плазматические клетки + миелоциты + юные + палочкоядерные + сегментоядерные / эозинофилы + моноциты + лимфоциты. У здоровых людей ЛИИ - 0,5 - 1 ед.

При обозначении способа операций мы пользовались классификацией А.З. Вафина (РФ, 2000).

I. Способы эхинококкэктомии:

- 1) Закрытая - без вскрытия кисты («идеальная»; резекция органа с кистой; удаление органа с кистой; перистэктомия);
- 2) Открытая - с пункцией или вскрытием кисты и удалением ее содержимого;
- 3) Сочетанная - при множественном эхинококкозе - сочетание закрытого удаления одних и открытого удаления других кист.

II. Методы ликвидации остаточной полости:

- 1) Полная ликвидация остаточной полости путем (капитонажа; инвагинации фиброзной капсулы; тампонады сальником, оментопластики; тотальной резекции фиброзной капсулы (открытой перистэктомии); субтотальной резекции фиброзной капсулы с аплатизацией остающейся (неудаляемой) площадки фиброзной капсулы);
- 2) Неполная ликвидация остаточной полости с ее наружным дренированием после (капитонажа; инвагинации фиброзной капсулы; тампонады сальником);
- 3) Только наружное дренирование остаточной полости;
- 4) Внутреннее дренирование остаточной полости - цистодигестивные анастомозы.

Основными жалобами было наличие болевого синдрома, который отмечен у всех больных (100%). По сути, появление боли и явилось основной причиной для обращения пациентов за медицинской помощью с последующей госпитализацией.

Боли носили чаще всего приступообразный характер (47,8%). Причем, с иррадиацией в лопатку (5,9%) либо в правую руку (1,6%). 44,5% больных отмечали постоянную, тупую боль в правом подреберьях. Пальпаторно здесь отмечалась болезненность.

Зачастую больные отмечали сухость во рту (86,5%), слабость (92,4%). Желтуху в анамнезе отмечали 8 больных (4,3%). Рвота, слабость имело место практически у каждого второго больного, а тошнота и болезненность в правом подреберьях практически у каждого из них.

У 142 (76,4%) пациентов были диагностированы различные клинически значимые сопутствующие заболевания. Причем у 17 (9,1%) из них обнаружены два, а у 11 (5,9%) – три и более сопутствующих заболеваний.

У 186 больных выявлено всего 224 кист разного характера. Чаще (74,2%) эхинококковые кисты располагались в правой доле печени (n-109), а в ней у более ½ части пациентов - в VII-VIII сегментах (58,6%). В обеих долях печени эхинококковая киста обнаруживалась в 9,2% случаев.

Среди больных преобладали (56,3%) случаи, когда диаметр эхинококковых кист печени составлял до 10 см. Эхинококковые кисты размером >10 см наблюдались у 43,5%.

В клинической картине в основном преобладали общие признаки, свидетельствующие о наличии гнойной инфекции. 1/3 больных при поступлении отмечали озноб (33,3%), у 18 больных (9,7%) имело место желтушность кожных покровов.

У 4,16% больных отмечалась анемия. Лейкоцитоз выявлялся у 36,5% больных, а ускоренное СОЭ – у 66,6% больных. Эозинофилия выявлена у 31,25% больных,

При осложненном ЭП отмечалась анемия практически у более 2/3 больных осложненным ЭП. Синхронно со снижением количества эритроцитов достоверно было снижено содержания Hb и ЦП. СОЭ было ускоренной, составляя $21,4 \pm 6,1$ мм/ч. у 66,66% больных.

У больных имело место нарушения показателей печеночного теста, что в особенности выражено у лиц с перфорациями эхинококковой кисты в билиарную систему.

Кроме того, отмечается умеренное повышение общего билирубина за счет прямого билирубина сыворотка крови и повышение уровня ферментов сыворотки крови.

В целях повышения информативности, точности диагностики и для оценки состояние паренхимы печени вокруг эхинококковой кисты и здоровых непораженных тканей до операции и после операции нами использовалась УЗИ-ГДМ больным с осложненным ЭП на ультразвуковых аппаратах, работающих в реальном масштабе времени и серой шкалой сканирования.

Клинический материал составил 90 человек. Они выделены в две клинические группы: 1) Из основной группы составили 90 больных с осложненными эхинококковыми кистами печени, у которых использованы данные гистографической кривой; 2) Контрольную группу составили пациенты с неизменной печенью, у которых также использована методика УЗИ-ГДМ.

Для решения поставленной задачи проводили оценку структуры паренхимы печени у здоровых лиц и больных с осложненными эхинококковыми кистами печени с применением способа гистографии на определенном выделенном участке.

Как видно из слайда у больных неизменной паренхимой печени при УЗ гистографической денситометрии выявлены следующие показатели: распределение эхосигналов структуры паренхимы печени на гистограмме в виде высокого и острого пика графической кривой со «столиком» основания средней величины, расположенного в начальном и среднем отделе горизонтальной оси графика гистограммы шкалы полутонов, что свидетельствует о нормальном состоянии структуры паренхимы печени.

У 78 больных с осложненными эхинококковыми кистами печени гистограмма характеризуется в графическом изображении распределением эхосигналов структуры паренхимы печени в виде низкого и пологого пика графической кривой с широким «столиком» основания, расположенного в среднем и конечном отделах горизонтальной оси графика гистограммы шкалы полутонов. У 12 больных структура паренхимы печени без изменений.

Таким образом, представленный способ ультразвуковой гистографической денситометрии помогает в диагностике, регистрации отсутствия или наличия, степени выраженности и распространенности диффузных изменений паренхимы печени осложненных формах эхинококкоза

и оценка степени выраженности повреждения печеночной ткани при осложненном ЭП.

Придерживались рекомендации специалистов о том, что кисты I-IV сегментов печени лучше удалять из срединного лапаротомного доступа, а кисты V-VIII-сегментов - из доступов более близких правому подреберью. При эхинококковых кистах печени, не включая сочетанные поражения, в 87,3% случаев был использован трансабдоминальный доступ.

ЭЭ были использованы закрытые и открытые методы.

Техника открытой ЭЭ была традиционной и заключалась в следующем. После вскрытия брюшной полости производили ревизию, оценивали расположение и размеры кисты. При наличии спаек производили их разъединение острым и тупым путем.

Далее операционное поле обкладывали салфетками, смоченными антипаразитарным веществом (10%-р-р NaCl, фурациллин 1:5000 или 0,05 % водный р-р хлоргексидина) для отграничения кисты от свободной брюшной полости. Производили пункцию кисты иглой, диаметром 2,5 мм, подсоединенной к электрическому отсосу и аспирация содержимого кисты. Пункцию производили в наиболее выступающем из паренхимы печени участке фиброзной капсулы. После полного отсасывания жидкости полость кисты заполняется гермицидным р-ром и после 3-минутной экспозиции отсасывается.

После аспирации жидкости на фиброзную капсулу на расстоянии 1-3 см от иглы накладывали две держалки, за которые фиброзная капсула приподнималась и между держалками монополярным электрическим ножом производили рассечение фиброзной капсулы на протяжении 3-4 см. Из полости кисты удаляли ее содержимое (хитиновую оболочку, дочерние пузыри), затем ОП вновь заполняли гермицидным р-ром с 3 минутной экспозицией.

Большие и старые кисты иногда жидкости не содержали, а полость была заполнена более густой, вязкой гнойным содержимым или заполнена множеством дочерних и внучатых пузырей. В такой ситуации после тщательного обкладывания кисты, фиброзная капсула вскрывается и указанная масса удаляется ложечкой или электроотсосом. Полость фиброзной капсулы обеззараживается вышеуказанным гермицидным способом.

Традиционным в практике нашей клиники является поэтапная гермицидная обработка ОП горячей дистиллированной водой, нагретым до 60-70° р-ром фурацилина в соотношении 1:5000 (по Б.А. Акматову) и 96° спиртом. В последние годы гермицидная обработка ОП производится с использованием 33% р-ра NaCl или декасаном.

Оценка результатов лечения ЭП расположенных в VI-VIII сегментах показала, что ведущую роль в развитии послеоперационных осложнений играет крове- и желчеистечение из фиброзной капсулы в сочетании с неадекватным дренированием остаточной полости, мигрированием и выпадением дренажной трубки.

Плотные стенки фиброзной капсулы играют роль каркаса, устранение

которого технически не всегда будет возможным. Скопление раневого и ранее инфицированного экссудата приводят к повторному нагноению и формированию наружных желчно-гнояных свищей, лечение которых требует длительного времени.

Адекватное дренирование остаточной полости является важным этапом эхинококкэктомии, и применяется для эвакуации серозно-гнояного или реактивного экссудата, желчи и ее санации с целью профилактики послеоперационных специфических осложнений.

Для профилактики послеоперационных специфических осложнений, связанных с ОП эхинококковых кист расположенных в VI-VIII сегментах, мы разработали способ сквозного метода дренирование ОП после ЭЭ. Данный способ приемлем при поддиафрагмальных эхинококкозах, расположенных в VI-VIII сегментах, точнее труднодоступных местах печени, где при средних и больших ОП невозможно адекватное дренирование.

Сквозной метод дренирование ОП осложненного ЭП применено у 41 (35,0 %) больных основной группы. После открытой ЭЭ, санации остаточных полостей и спивании желчных свищей проводился прокол фиброзной капсулы на границе с тканью печени. Через отверстие проводился и укладывался на дно ОП силиконовая дренажная трубка диаметром 6-8мм с боковыми отверстиями.

Отдельными кетгутовыми швами ушивалось цитотомное отверстие. После этого на фиброзную капсулу вокруг дренажной трубки накладывался кисетный кетгутовый шов, погружающую фиброзную капсулу внутрь. Следующий кисетный шов накладывался на 2см кнаружи от предыдущего. Кисетные швы накладывались до полного выворачивания свободной части фиброзной капсулы.

Латеральный конец трубки выводился наружу через дополнительный прокол фиброзной капсулы и ниже края реберной дуги медиальнее по средне-аксиллярной линии, а другой конец трубки через прокол фиброзной капсулы и ниже края реберной дуги медиальнее по средне – ключичной линии не доходя мечевидного отростка. Медиальный конец трубки фиксировали к коже вместе с послойными швами на рану и дополнительно дренировали брюшную полость.

После операции через сквозную дренажную трубку проводилась активная проточная санация ОП. При необходимости производилась смена дренажной трубки на более тонкую в диаметре. Дренажная трубка удаляется после полной облитерации ОП. Данный способ позволяет проводить лечебные и контрольные манипуляции без риска миграции и выпадения дренажной трубки, добиться облитерации ОП без абсцедирования и

В целях оценки эффективности открытой ЭЭ со сквозным дренированием ОП у больных с осложненным ЭП мы исследовали лабораторные и биохимические параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени на 3-ьи и 5-и сутки.

Лабораторные параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени. Показатели гемограммы и биохимические показатели 3-е сутки снижается, на

5-е сутки практически нормализуется.

Как видно из слайда у больных осложненным ЭП – лиц основной группы, уже на 3-и сутки после ЭЭ печени ЛИИ снижается вдвое ($P < 0,05$), а на 5-е сутки нормализуется.

Всего послеоперационные осложнения были зарегистрированы у 62 оперированных пациентов, что составляет 33,3%. По характеру все послеоперационные осложнения нами разделены на 2 группы: специфические и неспецифические.

Из всех 62 случаев послеоперационных осложнений на долю основной группы наших наблюдений приходится 10 (16,1%) случаев разного рода осложнений. Все они оказались специфическими осложнениями (нагноение остаточной полости, нагноение операционной раны и экссудативный плеврит).

В контрольной группе всего послеоперационные осложнения имели место в 52 (83,9%) случаях. Среди них осложнения неспецифического характера зарегистрированы у 14 (22,5%) больных, а специфического характера – у 38 (61,3%). Из всех специфических осложнений наиболее часто встречалось нагноение ОП – 21 (33,8%).

В контрольной группе послеоперационные осложнения наблюдались больше, чем в основной группе. Наибольшее число осложнений (18 больных, 29%) отмечалось после наружного дренирования ОП без ее ликвидации.

Размеры НОП варьировали от 3 см до 18 см, но в основном от 6 см до 10 см (78,1%).

Следует отметить, что в 26 (92,8%) случаях НОП располагались в проекции VII-VIII сегментов печени, то есть в труднодоступных местах и при раннем удалении или выпадении дренажных трубок из остаточных полостей.

Во всех случаях катетерное дренирование осуществлялось из межреберного доступа, не задевая плевральный синус. Сопутствующий гидроторакс служил акустическим окном, позволяющим лучше визуализировать намеченную к дренированию ложную кисту и окружающие ее структуры.

Контроль за состоянием плевральной полости на стороне катетерного дренирования считаем обязательным и в течение 3-4 дней после вмешательства производили у 12 больных плевральную пункцию даже при относительно небольшом количестве выпота, заканчивая процедуру внутриплевральным введением антибиотиков широкого спектра действия.

ЧКП-АД выполнялось без предварительной тонкоигольной пункции при заполненной кисте. После установки дренирующего катетера в НОП печени происходила быстрая самостоятельная очистка остаточной полости от имеющихся гнойных масс. Функция катетера контролировалась посредством УЗИ и ежедневного учета наружного дебита желчи.

В целях оценки эффективности ЧКП-АД при НОП после ЭЭ печени нами выполнен лабораторный и биохимический мониторинг послеоперационного периода.

Как видно из слайда у больных ЧКП-АД при НОП после ЭЭ печени уже

на 3-и сутки снижается вдвое ($P < 0,05$), а на 5-е сутки нормализуется.

Выводы и практические рекомендации разрешите не зачитывать, они изложены в розданном вам автореферате. Спасибо за внимание!

Председатель: Доклад завершен, прошу у кого есть вопросы задавайте.

Вопросы по докладу:

Мусаев А.И. - доктор медицинских наук, профессор:

1. Вопрос: Название темы «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкэктомии печени», остаточная полость это когда появляется полость после адекватной эхинококкэктомии печени и может осложниться нагноением через некоторое время, в вашем случае это фиброзная полость, объясните?

Ответ: Спасибо за вопрос, уважаемый Акылбек Инаятович! Мы с вами полностью согласны по поводу фиброзной полости, но во многих литературных данных, остаточная полость - это полость оставшиеся после операции, это наше мнение.

2. Вопрос: Расшифруйте слово ультразвуковая гистографическая денситометрия, что надо делать конкретно чтобы провести данную методику?

Ответ: Уважаемый Акылбек Инаятович! В целях повышения информативности, точности диагностики и для оценки состояние паренхимы печени вокруг эхинококковой кисты и здоровых непораженных тканей до и после операции нами использована данная методика. Для проведения данной методики нужен только аппарат УЗИ с функцией гистограммы.

3. Вопрос: По каким критериям вы определили специфические и неспецифические осложнения, имеется ли классификация. У вас механическая желтуха 4 случаев находится в группе неспецифических осложнениях, почему?

Ответ: Уважаемый Акылбек Инаятович! Классификации по специфическим и неспецифическим осложнениям нет, но в некоторых литературных данных авторы делят осложнения, возникающие после операции эхинококкэктомии печени - специфическими, неспецифическим осложнениям у категории больных уже до операции были сопутствующие заболевания. А механическая желтуха входит к специфическим осложнениям, в таблице произошла механическая ошибка. В скором времени исправим.

Сыдыгалиев К.С. - доктор медицинских наук, профессор:

1. Вопрос: Что такое тотальное и субтотальное перицистэктомия?

Ответ: Спасибо за вопрос, уважаемый Кылычбек Сулкайдарович! Тотальная перицистэктомия это полное иссечение фиброзной капсулы после эхинококкэктомии. Субтотальная перицистэктомия это частичное иссечение фиброзной капсулы.

2. Вопрос: Какому методу обеззараживания при обработке остаточной полости отдаете предпочтение?

Ответ: Уважаемый Кылычбек Сулкайдарович! Данное время имеется много разновидных методов обеззараживания. Традиционным в практике нашей клиники является обработка остаточной полости по Б.А. Акматову. В последние годы гермицидная обработка остаточной полости производится

33% раствора NaCl или 0,02% декасаном.

3. Вопрос: Почему часто эхинококковые кисты локализуется 6-8 сегментах, 109 случаев.

Ответ: Уважаемый Кылычбек Сулкайдарович! На наш взгляд такое частое расположение эхинококковых кист зависит от сосудистого угла падения в печени.

Ниязов Б.С. - доктор медицинских наук, профессор:

1. Вопрос: Чем отличается доступ по Кохеру от Федорова?

Ответ: Спасибо за вопрос, уважаемый Батырхан Сабитович! Доступ по Федорову - разрез брюшной стенки в правом подреберье с поворотом под тупым углом к мечевидному отростку. По Кохеру - косой разрез в правом подреберье параллельно к реберной дуге.

Намазбеков М.Н. - доктор медицинских наук, профессор:

1. Вопрос: Сквозной метод дренирование остаточной полости после эхинококкэктомии считаете идеальным методом?

Ответ: Спасибо за вопрос, уважаемый Мамбетакун Намазбекович! При хирургии эхинококкоза печени считать какой то метод идеальным невозможно, но мы рекомендуем применить сквозной метод дренирование остаточной полости при расположениях эхинококковой кисты 7-8 сегментах.

2. Вопрос: Как укладываете катетер в полости после эхинококкэктомии печени?

Ответ: Уважаемый Мамбетакун Намазбекович! После открытой эхинококкэктомии проводился прокол фиброзной капсулы на границе с тканью печени. Через отверстие проводился и укладывался на дно остаточной полости дренажная трубка диаметром 6-8 мм с боковыми отверстиями. На фиброзную капсулу вокруг дренажной трубки накладывался кистный кетгутовый шов, погружающую фиброзную капсулу внутрь.

Урманбетов К.С. - доктор медицинских наук:

1. Вопрос: Вы изучили группы основное 90 больных и контрольную 96 больных. Почему в автореферате не отображены подробно?

Ответ: Спасибо за вопрос, уважаемый Кубатбек Самыйбекович! Указанные Вами ошибки будут обязательно исправлены.

2. Вопрос: Чем вы можете обосновать выводы?

Ответ: Уважаемый Кубатбек Самыйбекович! Диссертация и автореферат будет еще раз проверен и указанные Вами ошибки будут обязательно исправлены.

Тилеков Э.А. - доктор медицинских наук, профессор:

1. Вопрос: Сквозной метод дренирование всем больным делаете или имеется отбор больных каким-то критериям и показаниям?

Ответ: Спасибо за вопрос, уважаемый Эрнис Абдышевич! Сквозной метод дренирование применено у 41 больных основной группы (35,0%) и приемлем при поддиафрагмальных эхинококкозах, расположенных в VI-VIII сегментах, точнее труднодоступных местах печени, где при средних и больших остаточных полостях невозможно адекватное дренирование.

2. Вопрос: Какие критерии удаление дренажной трубки и какие сутки?

Ответ: Уважаемый Эрнис Абдышевич! Сокращение полости дренирования до размеров выполняющего его катетера. Отсутствие отделяемого по дренажу. Нормализация клинических анализов. Удалили дренажные трубки от 28 сутки до 1,5 месяцев.

3. Вопрос: По вашим данным после операционное осложнение, точнее нагноение остаточной полости после эхинококкэктомии 7 больных основной группы, в чем причина нагноение?

Ответ: Уважаемый Эрнис Абдышевич! Причинами на наш взгляд развитие нагноение остаточных полостей могли стать: недостаточное функция и раннее удаление или выпадение установленных дренажных катетеров. Оставление при эхинококкэктомии избыточно большой остаточной полости или технические трудности в ходе уменьшения.

Председатель: Уважаемые члены диссертационного совета, у кого имеются вопросы к диссертанту? Вопросов нет? Если нет вопросов, слово предоставляется научному руководителю проректору по научной работе Ошского Государственного Университета, доктору медицинских наук Осумбекову Байышбеку Зияйдиновичу.

Отзыв научного руководителя, имеющего в аттестационном деле, зачитал ученый секретарь Чапыев М.Б., так как он не смог присутствовать на заседании из-за болезни.

Председатель: Согласно распоряжению ВАК КР от 13 января 2019 г. «На заседании диссертационного совета по предварительной защите заслушивать результат проведенной экспертизы диссертационной работы каждого эксперта экспертной комиссии, проводить активное обсуждение диссертационной работы». В связи с чем, предоставим слово экспертам диссертационного совета Д 14.19.600 – д.м.н., профессору К.С. Сыдыгалиеву, д.м.н., профессору Е.Ж. Жолдошбекову и д.м.н. У.С. Мусаеву.

Выступление члена экспертной комиссии – д.м.н. профессора Сыдыгалиева К.С.

Рассмотрев представленную соискателем Нуржан уулу Уланбеком диссертацию пришел к следующему заключению:

1. Соответствие работы специальности, по которой дано право диссертационному совету принимать диссертации к защите:

Представленная кандидатская диссертация соответствует профилю диссертационного совета. В работе проводится исследование по диагностике и хирургическому лечению осложненных форм эхинококкоза печени, что в полной мере отвечает паспорту специальности 14.01.17 - хирургия.

2. Соответствие объекта исследования диссертации цели и задачам диссертации: Предметом исследования является совершенствование технологий ранней диагностики, малоинвазивного хирургического лечения и тактико-технической профилактики гнойно-септических осложнений при хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени. Объектом исследования диссертации явились 186 больных с осложненным эхинококкозом печени, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях Ошской межобластной объединенной

клинической больнице в период с 1998 по 2013 гг.

В обследовании больных и оценке оперативного лечения использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы, что соответствует требованиям к исследованиям по специальности 14.01.17- хирургия.

Актуальность темы диссертации. Клиническая практика констатирует бесспорный рост заболеваемости эхинококкозом печени (ЭП), экспансии эндемического ареала паразита и возрастании случаев заражения в не эндемичных регионах [Р.А. Оморов и соавт., 2008; и др.]. Для нашей страны эхинококкоз является краевой патологией. Диагностика и госпитализация осуществляются в основном по обращаемости и в поздние сроки, что влияет на результаты оперативного лечения и обуславливают высокий процент осложнений [А.К. Акешов. 2012; А.Д. Джоробеков и соавт., 2000; А.И. Мусаев и соавт., 2004; Р.А. Оморов и соавт., 2008;]. На основании вышеизложенного можно заключить, что научное исследование, выполненное соискателем, представляется актуальным, своевременным и довольно значимым для хирургии печени.

3. Научные результаты.

В работе представлены следующие новые научно-обоснованные теоретические результаты, совокупность которых имеет немаловажное значение для развития медицинской науки.

3.1. Научная новизна полученных результатов соответствует современной науке, она заключается в детально проведенной оригинальной оценке изменений клинико-лабораторных показателей у больных осложненным эхинококкозом печени, при этом разработаны параметры оценки выявления ранних послеоперационных осложнений с использованием ультразвуковой гистографической денситометрии.

3.2. Обоснование достоверности научных результатов: полученные автором результаты достоверны, так как подтверждены четко сформулированными этапами исследования, достаточным количеством больных - 186 больных с осложненным эхинококкозом печени. Применялись современные методы исследования и статистически обработаны. Использованные в работе методики соответствуют поставленной цели, методы исследования информативны, своевременны и адекватны для решения сформулированных задач, что позволило улучшить результативность хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем совершенствования технологий санационно-дигестивной хирургии, а также оптимизированных методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений.

3.3. Теоретическое значение работы: проведена оценка результативности чрескожного пункционно-аспирационного дренирования у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени с обоснованием показаний.

3.4. Соответствие квалификационному признаку. Диссертация соответствует требованиям п.п. 10 Положения о порядке присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия,

является индивидуальной научно-квалификационной работой, где имеется изложение научно-обоснованных технических и технологических разработок, имеющих существенное значение в области хирургии.

4. Практическая значимость полученных результатов.

Научные результаты, полученные в кандидатской диссертации соискателем Нуржан уулу Улан были реализованы:

Материалы диссертации диссертанта Нуржан уулу Улан внедрены в практику работы хирургических отделениях Ошской межобластной объединенной клинической больницы и позволило улучшить результаты хирургического лечения больных.

5. Соответствие автореферата содержанию диссертации

Автореферат полностью соответствует содержанию диссертации, поставленной в ней цели и задачам исследования. Автореферат имеет идентичное резюме на кыргызском, русском и английском языках.

6. Замечания:

1. Стр.17. Нет фамилии Акматова Б.А. и Кенжаева М.Г. (обработка остаточной полости нагретым до 70 градуса фурацилина и горячими парами спирта).

2. Стр. 23. 42% летальности наступает в связи с развитием гнойно-воспалительных осложнений (Ветшев Л.С., Шамсиев Ж.А., Грубник В.В.) уточнить.

3. Стр. 37. КСБ сокращение непонятно, расшифровать.

4. Стр. 59. Рис. 5.2. Дренирование остаточной полости по разработанной методике не четкий, систематизировать и конкретизировать рисунок.

5. Стр. 34. Табл. 3.1. Семиотика больных осложненным эхинококкозом печени при поступлении желательна в одну страницу перевести.

6. Стр. 35. Табл. 3.2. Сопутствующие заболевания больных осложненным эхинококкозом печени занимает 35-36 страницы, желательна в одну страницу перенести.

7. Стр. 34. Слово эхографические (эхографических).

8. Стр. 39.,41. В правом подреберье (подреберий).

7. Предложение:

Эксперт диссертационного совета предлагает по кандидатской диссертации назначить:

✓ в качестве ведущей организации – Андижанский государственный медицинский институт (г. Андижан, Республика Узбекистан), где работают доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

✓ первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, заведующего отделением гнойной хирургии Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики Эраалиева Бейшенбека Ашимовича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), который имеет труды, близкие к проблеме исследования:

1. Эраалиев Б.А. Секторальная эхоморфометрия печени и почек при коморбидной патологии [Текст] / Б.А. Эраалиев // Медицина Кыргызстана. –

Бишкек, 2012. - №6. – С.44-48.

2. Ультразвуковая дооперационная диагностика холедохолитиаза [Текст] / [Б.С. Ниязов, Б.А. Эралиев, А.К. Берикбаев и др.]. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2017. - №2. – С.127 – 130.

✓ вторым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, ассистента кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева Литпазарова Мыктыбека Сатыбалдиевича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), которое имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. Айтпазаров, М.С. Современные подходы к лечению гидатидозного эхинококкоза печени [Текст]: / М.С. Айтпазаров, Н.Б. Касыев, А.Н. Нурбекова // Сибирский научный медицинский журнал. - Томск, 2017. - Том 37, №1. - С. 27-31.

2. Айтпазаров, М.С. Результаты ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени [Текст]: / М.С. Айтпазаров, Н.Б. Касыев, Э.М. Мадаминов //Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - Москва, 2017. - №5-2. - С.80-82.

8. Рекомендации:

В диссертации представлен ряд научных положений по проблеме результативности хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем совершенствования технологий санационно-дигестивной хирургии, а также оптимизированных методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений. Хочу отметить, что исследования выполнены на достаточном клиническом материале и статистическим анализом полученных результатов. Полученные результаты взаимосвязаны, практические рекомендации построены на выверенных теоретических положениях.

Предложенные практические рекомендации достаточно аргументированы и критически оценены по сравнению с существующими способами и могут быть внедрены в лечебных учреждениях Кыргызской Республики в широком плане. Рекомендую диссертационную работу рассмотреть на заседании диссертационного совета.

9. Заключение:

Диссертантом разработан и внедрен рациональный способ динамического ультразвукового исследование больных осложненным эхинококкозом печени в послеоперационном периоде, что позволило в раннем выявлении гнойно-септических осложнений и прогнозирования эффективности лечения ультразвуковой гистографической денситометрии. Соискателем усовершенствованы технологии тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных с эхинококкозом печени на основе использования метода ультразвуковой гистографической денситометрии. Выполнена оценка эффективности открытой эхинококкоэктомии печени со сквозным дренированием остаточной полости у больных осложненным эхинококкозом печени и осуществлена оценка результативности чрескожной пункционно-

аспирационной дренировании у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкоэктомии печени с обоснованием показаний.

В целом полученные соискателем результаты характеризуются внутренним единством и наличием взаимосвязей между главами диссертации. После каждой главы даны основные результаты и намечена необходимость выполнения следующего этапа исследования. Результаты основаны на данных клинического, лабораторного и статистически обработанного материала и даны в виде таблиц, графиков и фотографий.

Выводы соответствуют цели и задачам исследования, а практические рекомендации основаны на комплексе исследований, выполненных соискателем и отражают сущность научной работы.

По проверке первичной документации: проверка первичного материала подтверждает, что соискателем проведена самостоятельная работа по теме диссертации. Имеющаяся в наличии первичная документация достоверна, репрезентативна и выполнена лично соискателем. Документы находятся в хорошем состоянии. Данные имеющиеся в первичной документации полностью соответствуют целям и задачам исследования. В тексте работы имеются неудачные стилистические обороты и отдельные орфографические ошибки. Однако, все эти указанные замечания не носят принципиального характера, не снижают положительной оценки и легко устранимы при окончательном оформлении работы.

10. *Эксперт диссертационного совета*, рассмотрев представленные документы рекомендует диссертационному совету Д 14.19.600 при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики принять диссертацию Нуржан уулу Уланбека на тему: «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкоэктомии печени» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Председатель: Слово предоставляется соискателю для ответа рецензенту.

Ответ: Глубокоуважаемый Кылычбек Сулкайдарович! Благодарю Вас за детальное рецензирование нашей работы и положительную оценку нашей работы. Ваши замечания уже учтены и исправлены.

Председатель: Далее слово предоставляется второму члену экспертной комиссии д.м.н. профессору Е. Ж. Жолдошбекову.

Выступление второго члена экспертной комиссии – д.м.н., профессора Е. Ж. Жолдошбекова.

1. Представленная кандидатская диссертация соответствует профилю диссертационного совета. В работе проводится исследование по диагностике и хирургическому лечению осложненных форм эхинококкоза печени, что в полной мере отвечает паспорту специальности 14.01.17 - хирургия.

2. *Целью диссертации является:* улучшение результатов хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем совершенствования технологий санационно-дигестивной хирургии, а также оптимизированных

методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений.

Объектом исследования диссертации явились 186 больных с осложненным эхинококкозом печени, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях Ошской межобластной объединенной клинической больницы в период с 1998 по 2013 гг. Предметом исследования является совершенствование технологий ранней диагностики, малоинвазивного хирургического лечения и тактико-технической профилактики гнойно-септических осложнений при хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени.

В обследовании больных и оценке оперативного лечения использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы, что соответствует требованиям к исследованиям по специальности 14.01.17- хирургия.

3. Научные результаты.

В работе представлены следующие новые научно-обоснованные теоретические результаты, совокупность которых имеет немаловажное значение для развития медицинской науки.

3.1. Научная новизна полученных результатов соответствует современной науке, она заключается в детально проведенной оригинальной оценке изменений клинико-лабораторных показателей у больных осложненным эхинококкозом печени, при этом разработаны параметры оценки выявления ранних послеоперационных осложнений с использованием ультразвуковой гистографической денситометрии.

3.2. Обоснование достоверности научных результатов: полученные автором результаты достоверны, так как подтверждены четко сформулированной программой исследования, достаточным числом единиц наблюдения, применением современных методов исследования и статистической обработки. Используемые в работе методики соответствуют поставленной цели, методы исследования информативны, своевременны и адекватны для решения сформированных задач, что позволило улучшить результативность хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем совершенствования технологий санационно-дигестивной хирургии, а также оптимизированных методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений.

3.3. Теоретическое значение работы: проведена оценка результативности чрескожное пункционно-аспирационное дренирование у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени с обоснованием показаний.

3.4. Соответствие квалификационному признаку. Диссертация соответствует требованиям п.п. 10 Положения о порядке присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия, является индивидуальной научно-квалификационной работой, где имеется изложение научно-обоснованных технических и технологических разработок, имеющих существенное значение в области хирургии.

4. Практическая значимость полученных результатов.

Научные результаты, полученные в кандидатской диссертации соискателем Нуржан уулу Улан были реализованы:

Материалы диссертации, а именно разработанный алгоритм диагностики с помощью ультразвуковой гистографической денситометрии, разработанные методы обработки, ликвидации и дренирования остаточных полостей внедрены в клиническую практику в Ошской межобластной клинической больнице, что подтверждено актом внедрения.

Реализация разработанного алгоритма и методик позволила выявить специфические осложнения осложненного эхинококкоза печени в более ранние сроки с соответствующей лечебно-профилактической коррекцией и улучшить результативность хирургического лечения больных с осложненным эхинококкозом печени, что позволила получить медико-социальный эффект за счет сокращения сроков лечения, расходов медикаментов и операционно-перевязочных материалов.

5. Соответствие автореферата содержанию диссертации

Автореферат полностью соответствует содержанию диссертации, поставленной в ней цели и задачам исследования. Автореферат имеет идентичное резюме на кыргызском, русском и английском языках.

6. Замечания:

Принципиальных замечаний диссертация не вызывает, но я детально останавливаюсь на замечаниях, которые не влияют на положительную оценку работы и легко устранимы:

1. В диссертации следует исправить нумерации таблиц и рисунков по требованию ВАК КР (смотри Инструкцию ВАК КР).

2. Рисунки схемы представить в цветном варианте, техника позволяет.

7. Предложение:

Эксперт диссертационного совета предлагает по кандидатской диссертации назначить:

✓ в качестве ведущей организации – Андижанский государственный медицинский институт (г. Андижан, Республика Узбекистан), где работают доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

✓ первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, заведующего отделением гнойной хирургии Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики Эраалиева Бейшенбека Ашимовича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), который имеет труды, близкие к проблеме исследования:

3. Эраалиев Б.А. Секторальная эхоморфометрия печени и почек при коморбидной патологии [Текст] / Б.А. Эраалиев // Медицина Кыргызстана. – Бишкек, 2012. - №6. – С.44-48.

4. Ультразвуковая дооперационная диагностика холедохолитиаза [Текст] / [Б.С. Ниязов, Б.А. Эраалиев, А.К. Берикбаев и др.]. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2017. - №2. – С.127 – 130.

✓ вторым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, ассистента кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии

Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева Айтназарова Мыктыбека Сатыбалдиевича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), которое имеет труды близкие к проблеме исследования.

3. Айтназаров, М.С. Современные подходы к лечению гидатидозного эхинококкоза печени [Текст]: / М.С. Айтназаров, Н.Б. Касыев, А.Н. Нурбекова // Сибирский научный медицинский журнал. - Томск, 2017. - Том 37, №1. - С. 27-31.

4. Айтназаров, М.С. Результаты ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени [Текст]: / М.С. Айтназаров, Н.Б. Касыев, Э.М. Мадаминов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - Москва, 2017. - №5-2. - С.80-82.

8. Рекомендации:

Диссертационная работа является законченным исследованием и имеет научную новизну, предложенные соискателем результаты, позволяют улучшить результативность хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем совершенствования технологий санационно-дигестивной хирургии, а также оптимизированных методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений. Рекомендую диссертационную работу рассмотреть на заседании диссертационного совета.

9. Заключение:

В заключении хочу отметить, что диссертантом впервые разработан рациональный способ динамического ультразвукового исследование (УЗИ) больных осложненным эхинококкозом печени в послеоперационном периоде в целях раннего выявления гнойно-септических осложнений и прогнозирования эффективности лечения ультразвуковой гистографической денситометрии, а также усовершенствованы технологии тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных с эхинококкозом печени на основе использования метода ультразвуковой гистографической денситометрии. Выполнена оценка эффективности открытой эхинококкоэктомии печени со сквозным дренированием остаточной полости у больных осложненным эхинококкозом печени и осуществлена оценка результативности чрескожной пункционно-аспирационной дренирования у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкоэктомии печени с обоснованием показаний.

10. *Эксперт диссертационного совета*, рассмотрев представленные документы рекомендует диссертационному совету Д 14.19.600 при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики принять диссертацию Нуржан уулу Улапбека на тему: «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкоэктомии печени» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Председатель: Слово предоставляется соискателю для ответа рецензенту.

Ответ: Глубокоуважаемый Есенгельди Жолдошбекович! Благодарю Вас за положительную оценку нашей работы.

Председатель: Далее слово предоставляется третьему члену экспертной комиссии д.м.н. Мусаеву Улану Салтанатовичу.

Выступление эксперта д.м.н. Мусаева У.С.

Рассмотрев представленную соискателем Нуржан уулу Уланбеком диссертацию пришел к следующему заключению:

1. Представленная кандидатская диссертация соответствует профилю диссертационного совета. В работе проводится исследование по диагностике и хирургическому лечению осложненных форм эхинококкоза печени, что в полной мере отвечает паспорту специальности 14.01.17 - хирургия.

2. *Целью диссертации является:* улучшение результатов хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем совершенствования технологий санационно-дигестивной хирургии, а также оптимизированных методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений.

Объектом исследования диссертации явились 186 больных с осложненным эхинококкозом печени, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях Ошской межобластной объединенной клинической больницы в период с 1998 по 2013 гг. Предметом исследования является совершенствование технологий ранней диагностики, малоинвазивного хирургического лечения и тактико-технической профилактики гнойно-септических осложнений при хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени.

В обследовании больных и оценке оперативного лечения использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы, что соответствует требованиям к исследованиям по специальности 14.01.17- хирургия.

По актуальности темы диссертации на основании литературных данных можно заключить, что научное исследование, выполненное соискателем, представляется актуальным, своевременным и довольно значимым для хирургии печени.

3. Научные результаты.

В работе представлены следующие новые научно-обоснованные теоретические результаты, совокупность которых имеет немаловажное значение для развития медицинской науки.

3.1. Научная новизна полученных результатов соответствует современной науке, она заключается в детально проведенной оригинальной оценке изменений клинико-лабораторных показателей у больных осложненным эхинококкозом печени, при этом разработаны параметры оценки выявления ранних послеоперационных осложнений с использованием ультразвуковой гистографической денситометрии.

3.2. Обоснование достоверности научных результатов: полученные автором результаты достоверны, так как подтверждены четко сформулированной программой исследования, достаточным количеством больных - 186 больных с осложненным эхинококкозом печени, применением

современных методов исследования и статистической обработки. Использованные в работе методики соответствуют поставленной цели, методы исследования информативны, своевременны и адекватны для решения сформулированных задач, что позволило улучшить результативность хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем совершенствования технологий санационно-дигестивной хирургии, а также оптимизированных методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений.

3.3. Теоретическое значение работы: проведена оценка результативности чрескожного пунктирно-аспирационного дренирования у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени с обоснованием показаний.

3.4. Соответствие квалификационному признаку. Диссертация соответствует требованиям п.п. 10 Положения о порядке присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия, является индивидуальной научно-квалификационной работой, где имеется изложение научно-обоснованных технических и технологических разработок, имеющих существенное значение в области хирургии.

4. Практическая значимость полученных результатов.

Материалы диссертации диссертанта Нуржан уулу У. внедрены в практику работы хирургических отделений Ошской межобластной объединенной клинической больницы и позволило улучшить результаты хирургического лечения больных.

5. Соответствие автореферата содержанию диссертации

Автореферат полностью соответствует содержанию диссертации, поставленной в ней цели и задачам исследования. Автореферат имеет идентичное резюме на кыргызском, русском и английском языках.

6. *Замечания:* В тексте работы имеются неудачные стилистические обороты и отдельные орфографические ошибки.

Однако, все эти указанные замечания не носят принципиального характера, не снижают положительной оценки и легко устранимы при окончательном оформлении работы.

7. Предложения:

Эксперт диссертационного совета предлагает по кандидатской диссертации назначить:

✓ в качестве ведущей организации – Андижанский государственный медицинский институт (г. Андижан, Республика Узбекистан), где работают доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

➤ первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой общей хирургии факультета усовершенствования врачей Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова Ниязова Батырхана Сабитовича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), которое имеет труды близкие к проблеме исследования:

1. Радикальные и органосохраняющие операции при эхинококкозе

печени и их эффективность [Текст] / [Б. С. Ниязов, М. Ж. Алиев, К. А. Гапуров, Ю. С. Кабылов]. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2018. - № 3. – С. 96-99.

2. Эффективность мер профилактики осложнений при эхинококкэктомии печени [Текст] / [А. И. Мусаев, Б. С. Ниязов, М. Ж. Алиев, К. А. Гапуров, Т. А. Калыбеков, Максут уулу Э., А. И. Балтабаев]. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2019. - № 5-6. - С. 110-115.

✓ вторым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, ассистента кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева Айтназарова Мыктыбека Сатыбалдиевича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), которое имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. Айтназаров, М.С. Современные подходы к лечению гидатидозного эхинококкоза печени [Текст]: / М. С. Айтназаров, Н. Б. Касыев, А. П. Нурбекова // Сибирский научный медицинский журнал. - Томск, 2017. - Том 37, №1. - С. 27-31.

2. Айтназаров, М.С. Результаты ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени [Текст]: / М. С. Айтназаров, Н. Б. Касыев, Э. М. Мадаминов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - Москва, 2017. - №5-2. - С.80-82.

8. *Рекомендации:* После внесение исправлений может быть представлена на следующий этап рассмотрения диссертационной работы.

9. *Заключение:* Проверка первичного материала подтверждает, что соискателем проведена самостоятельная работа по теме диссертации. Имеющаяся в наличии первичная документация достоверна, репрезентативна и выполнена лично соискателем. Документы находятся в хорошем состоянии. Данные имеющиеся в первичной документации полностью соответствуют целям и задачам исследования. Принципиальных замечаний по проверке первичной документации не имеется.

10. *Эксперт диссертационного совета,* рассмотрев представленные документы рекомендует диссертационному совету Д 14.19.600 при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики принять диссертацию Нуржан уулу Уланбека на тему: «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкэктомии печени» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Председатель: Слово предоставляется соискателю для ответа рецензенту.

Ответ: Глубокоуважаемый Улан Салтанатович! Благодарю Вас за положительную оценку нашей работы.

Председатель: Спасибо экспертам, продолжим обсуждение, кто желает выступить, пожалуйста.

ВЫСТУПИЛИ:

Мусаев А.И. – д.м.н., профессор. Уважаемый председатель!

Уважаемые коллеги! Мое твердое убеждение название диссертации не соответствует, а должно быть Эффективность санационно-дигестивной хирургии нагноившихся эхинококкозах печени. А остаточную полость лечат пункционным методом, здесь пункцию не делаете.

Ну в общем такая ситуация. Эхинококкоз растет, у нас в Кыргызстане тоже имеет большую проблему. Людей который занимались и занимаются проблемой ликвидации остаточной полости и фиброзной капсулы достаточно много, к сожалению методов, очень много, но идеального метода как такового в настоящее время не существуют. Поэтому продолжается поиски. Абсолютное завершения вопроса - это миф, это иллюзия. Каждый раз, когда ты приближаешься к решению основного вопроса возникает новые задачи.

Что касается сегодняшней рассматриваемой диссертации, то особого ничего нет, в принципе имеется своя интерпретация авторов. Я достаточно подробно ознакомился авторефератом, чувствуется что соискатель умеет работать научной литературой. Умеет проводит анализ тех данных которых получил в процессе исследования. Умеет излагать свою мысль научно и научно изложить на бумаге. С этих позиций соискатель достоин искомой степени кандидата медицинских наук. Рекомендую поддержать на официальную защиту. Спасибо.

Председатель: Спасибо Акылбек Инаятович, еще есть вопросы, если нет, разрешите подвести итоги сегодняшней работы.

Заключительное слово председателя – д.м.н., профессор Тилеков Э.А. Сами понимаете, эхинококкоз честно говоря особенно после распада Советского Союза растет. В данный момент в ГКБ №1 в год оперируется около 1000 случаев если я не ошибаюсь. А в Кыргызстане сколько клиник где проводится лечения эхинококкоза печени. Тема очень интересная, несколько диссертации вышла на базе ГКБ №1, все равно вопрос остается актуальным. Правильно заметили, самая головная боль хирургов остается ликвидация остаточных полостей после эхинококкэктомии печени. Хирургов мучает послеоперационные осложнения. Я знаю пациентов, которых много раз оперировались и по сей день ходит гнойными и желчными свищами. Конечно, соискатель тоже видать с руководителем обсудили и дали свое видение в ликвидации остаточной полости. Акылбек Инаятович правильно заметил, что вы должны найти ответ по поводу терминологии.

Позвольте поблагодарить экспертов в лице доктора медицинских наук, профессора Сыдыгалиева К.С., доктора медицинских наук, профессора Жолдошбекова Е.Ж., доктора медицинских наук Мусаева У.С., которые изложили свои объективные мнения о работе соискателя Нуржан уулу У. Думается, что сделанные ими рекомендации и замечания будут учтены соискателем и его научным руководителем.

Подводя итог сегодняшнему заседанию, хочу отметить, что по уровню исследования, достоверности полученных результатов, научной повизне положений и выводов вполне можно признать, что диссертация Нуржан уулу Уланбека «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкэктомии печени», выполнена на должном

методическом уровне и может быть представлена на официальную защиту по специальности 14.01.17 - хирургия.

Уважаемые члены совета, позвольте, с учетом, сделанным замечаний, после их устранения, рекомендовать диссертационную работу на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на официальную защиту по специальности 14.01.17 - хирургия.

Кто за то, чтобы рекомендовать диссертационную работу на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на официальную защиту, прошу проголосовать.

Результат голосования: «За» - 12; «Против» - нет; «Воздержавшиеся» - нет.

Председатель:

Приступим к утверждению ведущего учреждения и официальных оппонентов. Эксперты диссертационного совета по предварительному рассмотрению диссертации предлагают диссертационному совету по кандидатской диссертации Нуржан уулу Уланбека назначить:

✓ *в качестве ведущей организации* - Андижанский государственный медицинский институт, кафедру факультетской и госпитальной хирургии (г. Андижан Республика Узбекистан), где имеется кафедра хирургии и работают доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия;

✓ *первым официальным оппонентом* - доктора медицинских наук, профессора, заведующего отделением гнойной хирургии Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики Эраалиева Бейшенбека Ашимовича (специальность по автореферату 14.01.17 - хирургия), который имеет труды, близкие к проблеме исследования;

✓ *вторым официальным оппонентом* - доктора медицинских наук, ассистента кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева Лйтпазарова Мыктыбека Сатыбалдиевича (специальность по автореферату 14.01.17 - хирургия), которое имеет труды близкие к проблеме исследования.

Прошу проголосовать. *Результат голосования:* «За» - 12; «Против» - нет; «Воздержавшиеся» - нет.

Таким образом, диссертационная работа Нуржан уулу Уланбека выполнена на актуальную тему, современном методическом уровне, содержит новизну, имеет практическое значение, в ней представлено решение одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии, что соответствует требованиям ВАК КР, предъявляемым к кандидатским диссертациям по специальности 14.01.17 - хирургия. Диссертационная работа после устранения замечаний может быть представлена к защите в диссертационный совет Д 14.19.600 при КГМА им. И. К. Ахунбаева и НИЦ МЗ КР для официальной защиты.

После обсуждения пришли к **ЗАКЛЮЧЕНИЮ:**

Наиболее существенные научные результаты и их новизна

➤ Соискателем разработан рациональный способ динамического УЗИ

больных осложненным ЭП в послеоперационном периоде в целях раннего выявления гнойно-септических осложнений и прогнозирования эффективности лечения- УЗИ-ГДМ.

➤ Усовершенствованы технологии тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных с ЭП на основе использования метода УЗИ-ГДМ.

➤ Выполнена оценка эффективности открытой ЭЭ печени со сквозным дренированием ОП у больных осложненным ЭП.

➤ Осуществлена оценка результативности ЧКП-АД у больных с НОП после ЭЭ печени с обоснованием показаний.

Оценка достоверности и новизна полученных данных

Достоверность результатов не вызывает сомнений, так как материал статистически обработан, представлен в виде таблиц, графиков и подтвержден выписками из историй болезни.

Значение для теории и практики

Полученные результаты исследования дают возможность раскрыть этиопатогенез осложнений, а практическое значение в том, что предложенные разработки дают возможность снизить частоту осложнений.

Рекомендации об использовании результатов исследования

Основные положения рекомендуются для внедрения в практическое здравоохранение.

ПОСТАНОВИЛИ:

Учитывая актуальность выполненной работы, ее современный методический уровень, новизну научных положений проведенных исследований, практическую значимость, диссертационная работа Нуржан уулу Уланбека на тему: «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкэктомии печени», является законченным, самостоятельным научным исследованием, содержащим новое решение одной из актуальных задач в абдоминальной хирургии, что соответствует требованиям «Положения о порядке присуждения ученых степеней» ВАК КР и после устранения сделанных замечаний может быть представлена к защите в диссертационном совете Д 14.19.600 при КГМА им. И. К. Ахунбаева и НХЦ МЗ КР на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Председатель:
д.м.н., профессор

Секретарь:
к.м.н. с.н.с.
27.10.2020 г.



Тилеков Э.А.

Чаныев М.Б.