

«Утверждаю»  
Ректор КГМИПиПК  
имени С.Б. Даниярова  
д.м.н., профессор



Курманов Р.А.  
2020 г.

## ВЫПИСКА

из протокола №4 заседания сотрудников кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова, по предварительной апробации диссертационной работы аспиранта Калыбекова Т.А. на тему: «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: 14.01.17-хирургия.

г. Бишкек

16.11.2020 г.

**Председатель заседания:** Ниязов Б.С. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова 14.01.17-хирургия;

**Секретарь:** Ашимов Ж.И. – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова 14.01.17-хирургия;

**Присутствовали:**

Мусаев А.И. – д.м.н., профессор, главный врач ГКБ №1 г.Бишкек, 14.01.17-хирургия (приглашенный);

Рысбеков М.Т. – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова, 14.01.17-хирургия;

Ниязова С.Б. – к.м.н., и. о. доцента кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова, 14.01.17-хирургия;

Кудайбердиев А. Т. – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова 14.01.17-хирургия;

Динлосан О.Р. – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова 14.01.17-хирургия;

Токтогулов О.Ж. – д.м.н., заведующий отделением хирургии №1 ГКБ №1, г. Бишкек, 14.01.17-хирургия (приглашенный);

Айтназаров М.С. – д.м.н., и.о. доцента кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА имени И.К. Ахунбаева, 14.01.17-хирургия (приглашенный);

Ибраимов Д.С. – д.м.н., врач хирург отделения хирургии №1 ГКБ №1 г. Бишкек, 14.01.17-хирургия (приглашенный);

Касыев Н.Б. – к.м.н., доцент кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА имени И.К. Ахунбаева, 14.01.17-хирургия;

Имашев У.Д. – к.м.н., заведующий отделением экстренной хирургии ГКБ№1, г. Бишкек, 14.01.17-хирургия;

Ниязбеков К.И. – к.м.н., и.о. доцента кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА имени И.К. Ахунбаева, 14.01.17-хирургия;

Керималиев Т.К. – к.м.н., врач хирург отделения хирургии №1 ГКБ№1 г. Бишкек, 14.01.17-хирургия;

Мамасалы уулу Ж. – к.м.н., врач хирург отделения хирургии №1 ГКБ№1 г. Бишкек, 14.01.17-хирургия;

Баширов Р.М. – к.м.н., ассистент кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА имени И.К. Ахунбаева, 14.01.17-хирургия;

Акешов А.Ж. – к.м.н., заведующий отделением хирургии №2 ГКБ№1, г. Бишкек, 14.01.17-хирургия;

Алиев М.Ж. – к.м.н., врач хирург отделения хирургии №1 ГКБ№1 г. Бишкек, 14.01.17-хирургия;

Максут уулу Э. – к.м.н., ассистент кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА имени И.К. Ахунбаева, 14.01.17-хирургия;

Жумадылов К.С. – к.м.н., врач хирург отделения экстренной хирургии ГКБ№1 г. Бишкек, 14.01.17-хирургия;

Исаев Э.Б. – ассистент кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА имени И.К. Ахунбаева, 14.01.17-хирургия;

Мадаминов Э.М. – к.м.н., ассистент кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА имени И.К. Ахунбаева, 14.01.17-хирургия;

**Всего 22 человека**

#### **Повестка дня**

Предварительное рассмотрение диссертации аспиранта кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова Калыбекова Т.А. на тему: «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17.-хирургия

Работа выполнена: на кафедре общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова и городской клинической больнице №1. г. Бишкек.

Тема кандидатской диссертации и научный руководитель утверждены на основании решения Ученого совета по науке КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова от 26 декабря 2017 г., протокол №3

**Научный руководитель:** д.м.н., профессор Мусаев А.И.

#### **Рецензенты:**

1. Токтогулов О.Ж. – д.м.н., заведующий отделением хирургии №1 ГКБ №1, г. Бишкек, 14.01.17-хирургия
2. Ниязова С.Б. – к.м.н., и. о. доцента кафедры общей хирургии КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова 14.01.17-хирургия

**Председатель:** Известил о том, что аспирант Калыбеков Т.А. завершил кандидатскую диссертацию и о том, что сегодняшнее совместное



заседание кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова и хирургов хирургических отделений ГКБ №1 г. Бишкек, посвящено предварительной экспертизе и обсуждению данной работы. Научный руководитель и рецензенты присутствуют. Слово для доклада основных положений диссертации предоставляется аспиранту.

**Слушали:** доклад аспиранта Калыбекова Т.А. «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика». Доклад сопровождался демонстрацией слайдов.

**Глубокоуважаемый председатель, уважаемые коллеги!**

Эхинококкоз – одно из распространенных заболеваний во всем мире, лечение которого в основном хирургическое. Несмотря на множество разработанных методов оперативного лечения, частота осложнений в послеоперационном периоде остается на высоком уровне, особенно при осложненных формах эхинококкоза. К настоящему времени предложено и используются ряд мер, направленных на профилактику осложнений, но их частота снизилась незначительно. Идут поиски все новых и совершенствование известных мер профилактики, что и явилось основанием для выполнения данного исследования.

**Цель работы:** изучить причины возникновения осложнений после органосохраняющих и радикальных операций при эхинококкозе печени и разработать целенаправленные меры их профилактики.

**Задачи исследования:**

1. Определить частоту осложнений после органосохраняющих и радикальных операций при эхинококкозе печени, выяснить причины их возникновения и результаты лечения по материалам хирургических отделений ГКБ №1 г. Бишкек.

2. Усовершенствовать отдельные этапы операций, направленных на предотвращение осложнений.

3. Разработать меры профилактики осложнений с учетом характера осложнений эхинококкоза и типа выполненной операции.

4. Дать сравнительную оценку результатов лечения эхинококкоза печени при использовании традиционного подхода и усовершенствованного.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Применение традиционных органосохраняющих операций при эхинококкозе печени приводит к возникновению осложнений у 28,7% больных, причинами которых является неадекватный выбор метода ликвидации полости фиброзной капсулы и технические погрешности.

2. Улучшение результатов лечения эхинококкоза печени можно добиться при использовании разработанных мер профилактики осложнений и усовершенствования их лечения (включающих применение гемостатической коллагеновой губки и инфракрасного облучения раны).

3. Под наблюдением 236 больных эхинококкозом печени оперированных в хирургических отделениях ГКБ №1. г Бишкек с 2014 г. по 2019 г. включительно (материал проспективный).



4. Распределение больных по полу и возрасту показало, что из 236 больных наиболее часто поступали женщины и чаще возраст поступивших не превышали 40 лет.

Анализ сроков заболевания показал, что большинство больных поступали с давностью до 1 года. Нами обращено внимание на размеры кист. В результате обследования преобладали больные со средними и большими кистами. Наиболее часто кисты локализовались в правой доле, но и поражения обеих долей было существенным.

При рассмотрении семиотики специфических признаков не выявлено и наиболее часто обнаруживали общие признаки тупая боль в правом подреберье, снижение аппетита, слабость и прогрессивное похудание.

Для оценки разработанных нами мер профилактики, были выделены 2 группы больных эхинококкозом печени: первая включала 122, в лечении которых использованы традиционные меры и она служила для нас контролем, во вторую группу включены 114 больных, у которых были использованы меры профилактики. Она была основной. Необходимо отметить что по основным клиническим показателям обе группы были равнозначными.

Что же касается осложненных форм, то они чаще имели место у больных основной группы.

В процессе работы особое внимание обращали на характер сопутствующих заболеваний.

В контрольной группе у 11, а в основной у 16 были выявлены сопутствующие заболевания, которые требовали оперативного лечения, или были выполнены симультанные операции, осложнения были у 1 из 16. Выполнение симультанных операций незначительно увеличивало продолжительность операции и кровопотери, но не повышало частоту после операционных осложнений.

В обеих группах превалировало расположение кист правой доли. В нашем материале размеры кист были одинаковыми в обеих группах, небольшие колебания не носили достоверных различий.

Мы обратили внимание на частоту осложненных форм эхинококкоза и при этом было отмечено преобладание осложненных форм в основной группе, что указывало на более выраженную тяжесть состояния больных основной группы.

Особое внимание было уделено нами на меры профилактики и эффективность лечения в обеих наблюдаемых нами группах больных.

В лечении контрольной группы с целью профилактики применен цефазолин перед операцией и к концу 1,0г. внутривенно, при неосложненных кистах после операции антибиотики не назначали, а при осложненных продолжали внутривенное или внутримышечное введение этих же антибиотиков. Обеззараживание осуществляли 0,02% растворами декасана или озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл. Выбор доступа был следующим при расположении кист в правой доле подреберный, а в левой – верхнесрединный.



В контрольной группе наиболее часто выполняли капитонаж, инвагинацию и абдоминализацию из числа органосохраняющих операций, а также выполняли и радикальные: перицистэктомию, резекцию печени и энуклеацию кисты. После органосохраняющих операций осложнения имели место у 23 из 78 (29,5%), а после радикальных у 12 из 44 (27,3%). Всего осложнений было выявлено у 35 больных (28,7%). В контрольной группе у 11 больных обнаружены заболевания, требующие оперативного лечения и им были выполнены симультанные операции. Из 11 больных у 3 в послеоперационном периоде возник плеврит, который излечен плевральными пункциями.

Анализ осложнений показал, что они чаще возникали при осложненных формах эхинококкоза и при неадекватном выборе метода ликвидации полости фиброзной капсулы. Наиболее частыми осложнениями был плеврит, остаточная полость и раневые осложнения, возникновение которых требовало более длительного стационарного лечения, особенно, нагноение остаточной полости. Среднее пребывание больных в стационаре без осложнений составило  $8,8 \pm 0,13$ , а с осложнением  $15,9 \pm 0,76$  койко дней. Результаты лечения больных контрольной группы явились основанием для поиска мер профилактики, которые были выполнены у больных основной группы.

В основную группу включено 114 больных эхинококкозом печени, у которых мы использовали меры профилактики. Больным также перед операцией и к её концу вводили цефазолин, но пересмотрены были подходы к выбору доступа и типа операции. При локализации кист в зоне 6-7-8 сегментов для выбора доступа использовали критерии, предложенные Айтназаровым М.С. По возможности отдавали предпочтение радикальным операциям, но обязательно с учетом показаний.

В основной группе капитонаж и инвагинацию применяли реже из-за их малой эффективности. Из органосохраняющих операций чаще использовали абдоминализацию, но с обязательной фиксацией пряди большого сальника к оставшейся части фиброзной капсулы и наиболее часто из радикальных методов использовали перицистэктомию. С целью профилактики осложнений у 32 больных (у 12 при капитонаже и у 5 при инвагинации и у 15 при перицистэктомии) применена гемостатическая коллагеновая губка, которую ряд хирургов использовали для гемостаза при других заболеваниях.

Сущность методики заключалась в том, что при капитонаже между кисетными швами укладывали губку, при инвагинации полость фиброзной капсулы заполняли губкой, а при перицистэктомии в ложе удаленной кисты помещали губку и ушивали. При использовании губки подводили микроирригатор с последующей активной аспирацией отделяемого. В послеоперационном периоде проследили за динамикой ЛИИ и результатами УЗИ.

Наблюдение за этими больными показало, что послеоперационный период протекал благоприятно и к моменту выписки у одного больного, у которого выполнена методика капитонажа выявлена остаточная полость, но



небольших размеров, без жидкости и воспалительных явлений. Наблюдение за больными, у которых мы использовали губку на протяжении 6- 24 месяцев осложнений не выявлено.

Для профилактики воспалительных осложнений нами было использовано инфракрасное облучение послеоперационной раны, начиная со 2 суток.

Динамика ЛИИ показала отсутствие воспалительного процесса, а выполненная эхоморфометрия подтвердила благоприятное течение раневого процесса. Анализ осложнений показал, что после органосохраняющих операций из 58 больных у 5 возникло осложнение, и из 56 больных после радикальных операций осложнение отмечено у 4 пациентов. В целом по группе осложнения имели место у 9, что составило 7,9%. Среднее пребывание в стационаре у больных без осложнений составило  $7,1 \pm 0,18$  койко дней, а при осложнении  $12,1 \pm 0,92$ .

Чтобы подтвердить целесообразность применения наших мер, мы провели сравнительную оценку результатам лечения двух наших групп.

Мы учли типы операции в обеих группах и частоту осложнений и их характер.

При анализе выполненных операций, их типы были одинаковыми в обеих группах, но были различия по количеству выполненных операций.

В контрольной группе из органосохраняющих операций чаще выполнялась инвагинация и капитонаж, а также абдоминализация, а в основной абдоминализация и реже выполняли капитонаж и инвагинацию. Радикальные операции в контрольной группе выполнены у 44 больных, а в основной у 51.

Мы проследили за динамикой ЛИИ и клиническими показателями у больных, у которых применено инфракрасное излучение и при этом отметили отсутствие воспалительной реакции.

Анализ показателей ЛИИ позволил отметить более быстрое снижение его при использовании ИК и на 5 сутки он достигал нормы, в то время как без применения ИК шло замедленное снижение ЛИИ и к 5 суткам его уровень оставался повышенным.

Мониторинг за больными показал, что инфракрасное излучение оказывает положительное влияние и на течение раневого процесса, что нашло подтверждение в показателях эхоморфометрии ран.

Рассмотрение показателей эхоморфометрии позволило отметить что в обеих группах на 3 сутки увеличивается зона инфильтрации но более высокая у больных не получавших ИК. Кроме того более быстро шло снижение зоны инфильтрации у лиц получавших ИК и менее выраженное уменьшение зоны инфильтрации наблюдалось у больных которым мы не использовали ИК.

Значительный интерес представляло сравнение послеоперационных осложнений.

В контрольной группе осложнения возникли у 35 больных что составило 28,7%, а в основной у 9 (7,9%), снижение частоты осложнений позволило добиться уменьшение сроков стационарного лечения ( $8,8 \pm 0,13$



до  $7,1 \pm 0,18$  у больных без осложнений и с осложнениями с  $15,9 \pm 0,98$  до  $12,1 \pm 0,92$  койко дней.

Лечение осложнений представляло сложную задачу, особенно при нагноении остаточной полости. Наши наблюдения за этой группой больных явилось основанием для разработки алгоритма их лечения.

Анализ, полученных результатов лечения больных контрольной и основной групп показал, что улучшения результатов лечения можно добиться путем ранней диагностики эхинококкоза, адекватном выборе доступа, метода ликвидации полости фиброзной капсулы и использования разработанных нами мер профилактики, что явилось решением цели задач нашего исследования.

Спасибо за внимание!

**Председатель:** Доклад завершен, прошу задавать вопросы.

**Вопросы по докладу:**

**1. Рысбеков М.Т. – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова**

**Вопрос:** В чем суть критериев выбора доступа по Айтназарову М.С.?

**Ответ:** Айтназаров М.С. предложил при локализации кист в зоне 6-7-8 сегментов печени учитывать высоту стояния диафрагмы, ее подвижность и толщину печеночной ткани над кистой, расположенной под диафрагмой. Если высота стояния диафрагмы (до 3-4 ребра), диафрагма при дыхании неподвижная, а толщина печеночной ткани над кистой менее 2 см, то более целесообразно использовать торакальный доступ, он в данном случае менее травматичный, дает возможность свободно выполнить все этапы операции. При расположении кист в зоне 6-7-8 сегменте есть риск повреждения диафрагмы если использовать подреберный доступ в правом подреберье.

**Вопрос:** Ваши подходы и меры профилактики снизили длительность стационарного лечения или нет?

**Ответ:** Да, снизили, в основном за счет профилактики частоты осложнений.

**Вопрос:** Каков Ваш личный вклад в эту работу?

**Ответ:** Оперировал 34 больных с эхинококкозом печени, а у остальных принимал участие в качестве ассистента. Обследовал больных, вел за ними наблюдение до и после операции.

**2. Ниязбеков К.И. – к.м.н., и. о. доцента кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА имени И.К. Ахунбаева**

**Вопрос:** Какие показания для применения гемостатической коллагеновой губки?

**Ответ:** Одиночная киста, при плотной неподатливой стенке капсулы, когда радикальную операцию выполнить невозможно, а при выполнении перицистэктомии губка снижает кровопотерю, является мерой профилактики желчеистечения и кровотечения.

**Вопрос:** Почему вы взяли коллагеновую губку, а не пластину Тахокомб?



**Ответ:** По данным литературы обе методики оказывают равнозначный эффект, но стоимость пластины Тахокомб в 10-15 раз дороже, что имеет немаловажное значение в настоящее время. Оба метода хорошие, но коллагеновая губка дешевле.

**3. Кудайбердиев А. Т. к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова**

**Вопрос:** Какой метод статистической обработки материала был использован?

**Ответ:** Результаты всех методов исследования обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической величины (M), средней квадратичной ( $\sigma$ ), ошибки ряда (m), степень достоверности определялась по таблице Стьюдента, различия считали достоверными при  $P < 0,05$ .

**Вопрос:** Сколько работ опубликовано вами по теме диссертации и есть ли у вас рационализаторское предложение?

**Ответ:** По теме диссертации опубликовано 10 работ из них 2 опубликованы в журналах ближнего зарубежья рекомендованных ВАК КР. Утверждено 3 рационализаторских предложений.

**4. Ибраимов Д.С. – д.м.н., врач-хирург отделения хирургии №1, ГКБ №1, г. Бишкек**

**Вопрос:** Где вы докладывали результаты своих исследований?

**Ответ:** На научно практических конференциях молодых ученых КГМА имени И.К. Ахунбаева (2018, 2019) и на заседании хирургов ГКБ №1 и сотрудников двух кафедр: факультетской хирургии и хирургии общей практики с курсом комбустиологии (г. Бишкек 2020)

**5. Ашимов Ж.И. – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова**

**Вопрос:** Были ли различия в осложнениях после операции в зависимости от формы эхинококкоза (не осложненный, осложненный)?

**Ответ:** Да, при осложненных формах эхинококкоза осложнения составила 19%, а при не осложненном 12%

**Вопрос:** Изучали ли отдаленные результаты?

**Ответ:** Это не входило в задачу наших исследований, но больных, у которых мы использовали губку, мы обследовали через 3 - 6 мес. 1 год и 2 года.

**6. Ниязов Б.С. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С. Б. Даниярова**

**Вопрос:** Какие показания были для выполнения симультанных операций?

**Ответ:** При сочетании эхинококкоза с желчнокаменной болезнью учитывали данные анамнеза, приступы печеночной колики, а при УЗИ признаки воспалительного процесса в желчном пузыре, утолщение стенок пузыря более 5 мм и наличие конкрементов.

При сочетании с грыжей показанием служило прогрессивное увеличение грыжи и боязнь ущемления после операции.



**Вопрос:** В какой последовательности выполняли операции при сочетании заболеваний?

**Ответ:** В хирургии принято при сочетанных заболеваниях операцию сначала выполнять на менее инфицированном органе. Этого положения нам не всегда удавалось выполнить, но при сочетании ЖКБ и эхинококкоза сначала выполняли холецистэктомию, а потом эхинококкэктомию, а вот при сочетании с грыжами, мы сначала выполняли эхинококкэктомию, меняли простыни, перчатки, заново обрабатывали операционное поле, а затем грыжесечение.

**Председатель:** Если больше нет вопросов, то слово предоставляется рецензентам.

**Выступление рецензентов:**

**1.Токтогулов О.Ж. – д.м.н., заведующий отделением хирургии №1 ГКБ №1, г. Бишкек, 14.01.17- хирургия**

**Актуальность темы исследования.** Эхинококкоз тяжелое паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени, имеет широкое распространение и тенденцию роста заболеваемости. Эхинококкоз долгое время протекает бессимптомно и лишь при возникновении осложнений появляются клинические признаки заболевания.

Частота осложненных форм эхинококкоза колеблется от 20 до 50% по данным большинства исследователей наиболее часто возникает нагноение, затем разложение, прорыв кист в брюшную, плевральную полости, желчные ходы, а обызвествление кист встречается реже.

Основным методом лечения эхинококкоза является хирургический. В последнее время появились работы о возможности медикаментозного лечения небольших размеров кист эхинококкоза. Методы операции в странах ближнего зарубежья делятся на открытые, полужакрытые, закрытые. В дальнем зарубежье они делятся на паллиативные и радикальные.

Осложнения после органосохраняющих операций на печени при эхинококкозе составляют от 10 до 24%, после радикальных от 5 до 9,5%, а при осложненных формах эхинококкоза до 36%. Учитывая частоту осложнений обсуждаемая тема имеет актуальность и на ее решение направлено данное исследование.

Диссертация построена по традиционному типу, состоит из введения, обзора литературы, четырех глав исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 199 литературных источника, из них 44 работы авторов дальнего зарубежья.

Работа основана на достаточном числе наблюдений, чтобы сделать выводы и дать практические рекомендации. Материал хорошо обработан и дан в виде таблиц, графиков, рисунков и их достоверность не вызывает сомнений.

Во введении дана актуальность темы, новизна, положения выносимы на защиту. В первой главе представлен анализ литературных сведений о частоте осложнений и меры профилактики, использованы литературные источники



последних лет и количество источников, позволяющих оценить современное состояние вопроса.

Во второй главе достаточно полно представлена клиническая характеристика больных и методы обследования. Методы современные.

В третьей главе даны результаты оперативного лечения больных эхинококкозом печени с традиционным подходом, дан анализ причин возникновения осложнений после органосохраняющих и радикальных операций.

В четвертой главе – это стержень диссертации дано обоснование мер профилактики и их эффективность.

В пятой главе дана сравнительная оценка результатов лечения контрольной и основной групп.

Все главы содержат статистически обработанные таблицы, графики, эхограммы и краткие выписки из истории болезни и их достоверность сомнений не вызывает.

В работе имеется и **новизна**, которая заключается в использовании коллагеновой гемостатической губки для профилактики остаточных полостей и инфракрасное излучение для профилактики воспалительных осложнений. Новизна обоснована результатами исследования.

Работа имеет и **практическое значение** – внедрение ее основных положений в работу хирурга направлено на улучшение результатов лечения больных эхинококкозом.

В процессе рецензирования возникло ряд замечаний и пожеланий.

1. В обзоре литературы необходимо добавить работы где сообщается о применении медикаментозных средств в лечении эхинококкоза.

2. В обзоре литературы не указаны работы о возникновении и профилактике тромбоэмболических осложнений. Эти осложнения есть и они опасны. Хотя в материале автора это осложнение не наблюдалось.

3. Препарат декасан обладает не только сколексоцидным действием, но и антимикробным действием в отношении многих микробов, проникает вглубь тканей тем самым оказывает хороший эффект при осложненных формах эхинококкоза, поэтому целесообразно сделать акцент на эти качества препарата.

4. На стр. 48-49 указано о необходимости холецистэктомии при прорыве эхинококковой кисты в холедох с целью профилактики эхинококкоза желчного пузыря. В литературе не встречаются случаи развития эхинококкоза желчного пузыря, наоборот желчь убивает эхинококк. Может лучше написать что с целью профилактики холангита и острого обтурационного холецистита.

5. При описании классификации эхинококкоза необходимо добавить международную классификацию и классификацию по УЗ картине.

6. Целью применения коллагеновой губки является остановка кровотечений и должна применяться при резекциях печени у вас таких больных в основной группе мало. Применяли губку в основном при закрытии остаточных полостей где не бывает обычно кровотечения, а бывает



желчеистечение которые тоже являются причиной нагноения остаточных полостей. Губка останавливает желчеистечение или механически сдавливает надо детализировать.

7. Для инфракрасного облучения пользовались аппаратом «Матрикс» необходимо написать технические характеристики и дать фото аппарата.

Необходимо отметить, что мои замечания не носят принципиального характера, они легко устранимы, все они обсуждены с аспирантом и он внес добавления и исправления.

**Заключение:**

Работа аспиранта Калыбекова Т.А. на тему: «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика» выполнена на актуальную тему, современном методическом уровне, содержит новизну, имеет практическое значение, что соответствует требованиям ВАК КР, предъявляемым к диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и может быть представлена в диссертационный совет.

**Ответ аспиранта рецензенту:** Глубокоуважаемый Орозали Жунусалиевич! Спасибо за детальное рецензирование нашей работы, ценные замечания, которые нами учтены.

**Председатель:** Слово предоставляется второму рецензенту

**2.Ниязова С.Б.- к. м. н., и.о.доцента кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК имени С.Б. Даниярова**

Несмотря на достижения в диагностике и лечении эхинококкоза печени до сих пор не решены вопросы по выбору метода лечения, профилактике возникающих ряд осложнений как формирование остаточной полости с нагноением, образование желчных свищей, а также профилактики рецидивов заболевания. На протяжении многих лет в лечении эхинококкоза печени использовали органосохраняющие операции. В последние годы стали применять радикальные методы лечения (перицистэктомия, резекция печени).

После любого метода возникает ряд осложнений, которые снижают эффективность операции, увеличивают сроки стационарного лечения и материальные затраты. Исследование Калыбекова Т.А. актуально, так как оно направлено на профилактику осложнений.

Представленная диссертационная работа посвящена лечению и профилактике осложнений после эхинококкэктомии печени. В работе проведен анализ не только частоты осложнений, но и выяснение причины их возникновения и пути их профилактики.

Исследование носило проспективный характер. В соответствии с поставленными целью и задачами был разработан план их выполнения и всех этапов диссертационной работы. Объектом исследования стали 236 пациентов оперированных по поводу эхинококкоза печени. Автором использованы клинические и инструментальные методы обследования, проведен анализ полученных результатов.



Грамотный дизайн, а также математическая статистика позволили автору получить обоснованные и достоверные выводы и дать практические рекомендации.

Диссертация написана в классическом стиле, состоит из введения, обзора литературы, глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и библиографического указателя, включающего 199 источников, из них 44 работ авторов дальнего зарубежья. Работа иллюстрирована 19 таблицами и 18 рисунками. Содержит достаточное количество клинических примеров. Во введении четко излагается актуальность исследования, современное состояние проблемы в целом, цель и задачи работы, а также положения выносимые на защиту.

В первой главе освещаются основные вопросы, касающиеся современных взглядов на изучаемую проблему. Даны представления отечественных и зарубежных авторов о патогенезе эхинококкоза печени, диагностических и лечебных аспектах, выделены основные направления совершенствования хирургических способов лечения, определены приоритетные задачи. В заключении главы обосновывается необходимость проведения исследования по нерешенным вопросам.

Во второй главе изложены материалы и методы исследования, дается подробная характеристика 236 пациентов оперированных по поводу эхинококкоза печени. Сравнение пациентов контрольной и основной групп по возрасту, полу, характеру поражения печени показана их сопоставимость.

В третьей главе результаты оперативного лечения больных эхинококкозом печени с применением традиционных методов (контрольная группа). В главе приведены результаты лечения 122 пациентов контрольной группы, находившихся на лечении в период с 2014 по 2016 годы.

Изучены и описаны результаты лечения с применением традиционных методов операций органосохраняющие: при ликвидации остаточной полости применяли капитонаж, инвагинацию и абдоминализацию. Их сравнение и характер осложнений. Анализ осложнений контрольной группы показал высокую частоту осложнений (28,7%) они чаще возникали при осложненных формах эхинококкоза и определены причины, что явилось основанием для разработки мер профилактики.

В четвертой главе результаты оперативного лечения больных эхинококкозом печени (основная группа) включала 114 больных эхинококкозом печени. Выбор доступа в этой группе был обоснован эхоморфометрическими критериями при разных локализациях кист в печени.

Была усовершенствована методика профилактики формирования остаточной полости, которая дала хорошие результаты. Анализ полученных результатов позволил пересмотреть показания к применению различных способов хирургического лечения эхинококкоза печени и выработать четкий алгоритм лечения остаточной полости после эхинококкэктомии.

Автором подробно описана еще одна мера профилактики воспалительных раневых осложнений, это использование инфракрасного излучения и обоснована его эффективность. Осложнения в этой группе



составило у 9 (7,9%), что подтверждает эффективность разработанных усовершенствований.

В пятой главе дана сравнительная оценка результатов лечения больных эхинококкозом печени контрольной и основной групп.

Автор представил результаты сравнения лечения основной и контрольных групп, где использовали многие типы операции и ликвидации остаточных полостей. Стат. обработка данной информации дает нам в полной мере выбрать метод лечения.

В работе представлена и **новизна** работы, определена частота осложнений после радикальных и органосохраняющих операций, причины их возникновения и результаты лечения;

-усовершенствованы этапы операций, направленные на предотвращение формирования остаточной полости и желчеистечения;

-разработан алгоритм лечения остаточной полости после эхинококкэктомии печени, сочетающий как открытые, так и минимально инвазивные вмешательства;

-обоснована возможность снижения осложнений после эхинококкэктомии печени.

Достоверность результатов исследования не вызывает сомнений, что связано с достаточным числом клинических наблюдений, а также хорошей стат. обработкой материала.

В заключении автором обобщены данные настоящего исследования.

Выводы и практические рекомендации сформулированы четко, объективно, вытекают из содержания работы и соответствуют цели и задачам исследования

Работа написана литературным языком, легко читается, хорошо иллюстрирована рисунками и таблицами. Основные положения изложены доходчиво и ясно.

Важным представляется предложение автора по оптимизации лечения остаточных полостей с применением коллагеновой гемостатической губки.

Предлагаемый алгоритм лечения может быть использован в практике хирургических отделений, где выполняется лечение больных эхинококкозом печени.

Результаты работы целесообразно **внедрить** в программы обучения студентов, а также кафедр последипломного образования (что указывается и в работе). Принципиальных замечаний по диссертации нет, при рецензировании возникло ряд замечаний, пожеланий, которые не влияют на положительную оценку работы:

1. К сожалению, в диссертации встречаются не совсем удачные предложения.
2. В четвертой главе, в которой использовано инфракрасное излучение нужно более детально изложить механизм его действия и преимущества перед другими физиотерапевтическими методами профилактики.



3. В практических рекомендациях, в которых предложено инфракрасное излучение, нужно дать его параметры.

Высказанные замечания не носят принципиального характера и легко устранимы.

**Заключение:**

Работа Калыбекова Т.А. на тему: «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика» является законченной, самостоятельной научной работой, выполненной на актуальную тему, современном методическом уровне, содержит новизну и имеет практическое значение, в ней представлено решение одной из актуальных задач абдоминальной хирургии, что соответствует требованиям ВАК КР, предъявляемым на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

После внесения исправления, диссертация может быть представлена в диссертационный совет.

**Ответ аспиранта рецензенту:** Глубокоуважаемая Салима Батырхановна! Благодарю за тщательный анализ нашей работы и ценные замечания, которые будут учтены при оформлении работы.

**Выступили в обсуждении: к.м.н., доцент Рысбеков М.Т.**

Работа Калыбекова Т.А. заслуживает внимания тем, что в ней разработаны и представлены меры профилактики таких осложнений как остаточная полость и воспалительные осложнения. В работе есть новизна и работа имеет большое практическое значение. Учитывая актуальность работы и выполненный объем считаю, что работу можно представить к защите.

**д.м.н. Айтназаров М.С.**

Работа Калыбекова Т.А. актуальна, так как и в настоящее время продолжается рост заболеваемости эхинококкозом, увеличивается число оперированных больных, совершенствуются методы операций, а частота осложнений остается на высоком уровне.

Автор на протяжении многих лет вел работу по разработке мер профилактики при этом использовал коллагеновую гемостатическую губку в профилактике остаточных полостей и ИК излучение для профилактики воспалительных осложнений, что является новизной работы. Работа имеет и практическое значение. Считаю, что работу можно представить к следующему этапу.

**Научный руководитель д.м.н., профессор Мусаев А.И.**

В научном исследовании аспиранта особое внимание уделено выявлению осложнений, их причины на материале клиники и разработаны меры профилактики. Автор показал частоту осложнений после радикальных и органосохраняющих операций и в зависимости от формы эхинококкоза и представил и внедрил меры их профилактики. Его работа имеет большое практическое значение.

Считаю, что работу можно представить к защите, как соответствующую требованиям ВАК КР.



### **Заключительное слово председателя д.м.н., Ниязова Б.С.**

Работа Калыбекова Т.А. выполнена на актуальную тему, на достаточно большом клиническом материале, содержит новизну и имеет практическое значение и после внесения исправлений может быть представлена в диссертационный совет при КГМА имени И.К.Ахунбаева и Национальный хирургический центр МЗ КР, как соответствующая требованиям ВАК КР предъявляемым к кандидатским диссертациям по специальности 14.01.17 – хирургия.

**Прошу проголосовать:**

«За»	«Против»	«Воздержавшиеся»
22	-	-

После обсуждения работы пришли к заключению.

### **Заключение**

#### **Наиболее существенные научные результаты и их новизна**

На основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований установлено, что при традиционном подходе к лечению эхинококкоза печени частота осложнений составила 28,7%. Их причинами является поздняя диагностика, когда уже развились осложнения эхинококкоза и традиционные недостатки (выбор не адекватного способа ликвидации полости фиброзной капсулы и технические погрешности).

Обоснована целесообразность применения гемостатической коллагеновой губки для профилактики остаточной полости и желчеистечения.

Определена эффективность применения инфракрасного излучения в профилактике воспалительных осложнений и доказана возможность снижения частоты послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени.

Сроки стационарного лечения удалось снизить при отсутствии осложнений с  $8,8 \pm 0,13$  до  $7,1 \pm 0,29$  койко дней.

#### **Оценка достоверности и новизна полученных данных**

Работа основана на достаточном клиническом материале (236 больных) и содержит новизну, которая заключается в том, что в работе определены причины возникновения осложнений после органосохраняющих и радикальных операций, даны методы их лечения и намечены меры профилактики.

Установлено, что снижение формирования остаточной полости и желчеистечения можно добиться путем применения гемостатической коллагеновой губки.

Впервые с целью профилактики воспалительных осложнений при эхинококкозе печени использовано инфракрасное облучение послеоперационной раны и обосновано его эффективность.

Применение мер профилактики позволило снизить частоту осложнений с 28,7% до 7,9%.



### **Значение для теории и практики**

Выполненное исследование позволяет более глубоко раскрыть патогенез осложнений после операций, выполненных по поводу эхинококкоза печени и избрать наиболее адекватный метод операции.

Практическое значение работы в том, что ее основные положения направлены на улучшение результатов оперативного лечения больных эхинококкозом печени.

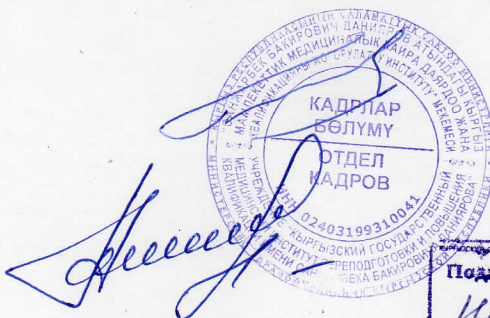
### **Рекомендации об использовании результатов исследования**

Основные положения работы рекомендуются для внедрения в хирургических отделениях Кыргызской Республики (выбор доступа, меры профилактики остаточной полости и воспалительных осложнений).

**Постановили:** Работа аспиранта Калыбекова Т.А. на тему «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика» является законченным, самостоятельным научным исследованием, выполненным на актуальную тему, на современном методическом уровне, содержащим новизну и имеющим практическое значение, что соответствует требованиям п. III «О порядке присуждения ученых степеней» ВАК КР, предъявляемым к кандидатским диссертациям и может быть представлена на рассмотрение в диссертационный совет при КГМА имени И.К. Ахунбаева и Национальный хирургический центр МЗ КР по специальности 14.01.17 – хирургия.

**Председатель**  
д.м.н., профессор

**Секретарь**  
к.м.н., доцент  
16.11.2020 г.



**Ниязов Б.С.**

**Ашимов Ж.И.**

Подпись	_____
Начальник	_____
отдела кадров	_____
" 18 " 11 2020 г.	_____
г. Бишкек	_____