

ОТЗЫВ

на автореферат диссертации Будтуева Артема Сергеевича на тему: «Анастомоз бок в конец при низких передних резекциях прямой кишки», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – Хирургия.

Диссертация Будтуева А.С. посвящена актуальной проблеме – улучшение качества жизни больных перенесших низкую переднюю резекцию прямой кишки с формированием боко-концевых и прямых анастомозов. В литературе практически нет исследований, сравнивающих эффективность боко-концевого анастомоза (основная группа) по сравнению с прямым анастомозом (контрольная группа). Отсутствуют работы, в которых проведен анализ функциональных и физиологических исследований прямого и боко-концевого анастомоза. Все это послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Диссертация Будтуева А.С. построена по классическому типу, изложена на 110 страницах машинописного текста и содержит введение, 4 главы, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы. Работа иллюстрирована 12 таблицами и 24 рисунками. Список литературы содержит ссылки на 114 источников, из которых 3 отечественных и 111 зарубежных.

Автореферат написан в классическом стиле, отражает все этапы данного исследования, является весьма информативным, кратким отражением выполненной работы. В нем имеются практические рекомендации и список научных трудов, опубликованных по теме работы.

В основу настоящего диссертационного исследования положен анализ результатов лечения 86 больных, перенесших низкую переднюю резекцию прямой кишки с формированием резервуаро-ректального коло-ректального боко-концевого и прямого анастомоза, оперированных в Государственном научном центре колопроктологии им. А.Н. Рыжих с 2012 г. по 2014 г. Дизайн исследования: одноцентровое, контролируемое, рандомизированное, проспективное.

Частота ранних послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах статистически не различалась: 6 (14,6%) против 8 (20,0%), соответственно ($p=0,57$). Периоперационной летальности не было.

Послеоперационное осложнение, потребовавшее релапаротомии, было необходимо в единственном наблюдении из основной группы: кровотечение из культи прямой кишки, ушитой аппаратным швом, возникшее в первые сутки после операции, которое было остановлено прошиванием. Инвазивные вмешательства (троакарная эпицистостомия) в

связи со стойкой атонией мочевого пузыря потребовалась у мужчин: в одном наблюдении — в основной группе и двух других — в контрольной. Атония мочевого пузыря развилась еще у одной больной основной группы. Принимая во внимание женский пол, от надлобкового отведения мочи решено было воздержаться. Больная была выписана с мочевым катетером, самостоятельное мочеиспускание восстановилось через 4 месяца.

Особый интерес для анализа непосредственных результатов представляла частота несостоятельности колоректального анастомоза. Симптомная несостоятельность колоректального анастомоза развилась у 2 (5,0%) больных с анастомозом конец в конец (контрольная группа). Сроки развития несостоятельности колебались между 5–7 днем после операции. При пальцевом исследовании протяженность дефекта линии анастомоза не превышала $\frac{1}{2}$ окружности, а клинические проявления несостоятельности были выражены минимально (фебрильная лихорадка, отделяемое по дренажу серозно-фибринозного характера). Наличие несостоятельности на фоне отключённой из пассажа кишечного содержимого низведенной кишки не потребовало дополнительных хирургических вмешательств. Больные были выписаны в удовлетворительном состоянии, при рентгеноконтрастном исследовании через 6 месяцев экстравазации контрастного вещества за пределы стенки низведенной кишки не выявлено, в обоих случаях больным был выполнен восстановительный этап лечения — закрытие превентивной трансверзостомы.

Всем пациентам в сроки от 2 до 6 месяцев перед восстановительной операцией (закрытием илео- или трансверзостомы) выполнялось рентгеноконтрастное исследование низведенной кишки для исключения несостоятельности анастомоза.

Сроки до закрытия стомы в основной и контрольной группах не отличались и, в основном, зависели от необходимости проведения адъювантной химиотерапии. У пациентов, которым потребовалось проведение адъювантной химиотерапии, 15/41 (36,6%) человек основной и 14/40 (35%) - контрольной группы), время до закрытия стомы, в среднем, составляло 9 месяцев; у больных, не получивших химиотерапию, — 3 месяца.

Исследование функциональных результатов было возможно у 40 больных основной и 40 — контрольной группы.

Анализ результатов анкетирования (Wexner Score) в сроки 1,3 и 6 месяцев позволил выявить меньшую выраженность эпизодов анальной инконтиненции у больных после формирования боко-концевых анастомозов через 1 и 3 месяца после восстановления пассажа кишечного содержимого по низведенной кишки. Так, по шкале инконтиненции, через 1 месяц после закрытия стомы медиана баллов составила 5 в основной группе и 7 баллов в контрольной ($p=0,033$). Через 3 месяца в основной группе медиана составила 4, а

в контрольной — 5 баллов ($p=0,006$). Лишь к 6 месяцам после восстановительной операции выраженность инконтиненции в контрольной группе приблизилась к основной и составила 3 и 2 балла, соответственно ($p=0,1$).

Через 1 месяц после восстановительной операции отмечена более низкая частота стула у больных основной группы по сравнению с контрольной $5,8 \pm 0,14$ и $6,4 \pm 0,15$ ($p=0,006$). Следует отметить, что выявленные различия в частоте стула сохраняются через 3 [$3,7 \pm 0,1$ против $4,2 \pm 0,1$ ($p=0,003$)] и 6 месяцев [$2,5 \pm 0,1$ против $3,0 \pm 0,10$ ($p=0,0002$)].

Главным преимуществом формирования боко-концевого анастомоза по сравнению с прямым анастомозом является то, что в целом, качество жизни больных, перенесших НПП с формированием боко-концевых анастомозов, страдает в меньшей степени по сравнению с прямыми соустьями. Это проявляется в виде лучших показателей по шкалам FIQL: образ жизни, депрессия/самооценка, стеснительность.

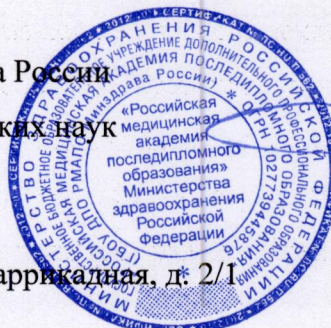
Таким образом, судя по автореферату, работа Будтуева Артема Сергеевича «Анастомоз бок в конец при низких передних резекциях прямой кишки» выполнена на актуальную тему, полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней» (Постановление правительства РФ от 24.09.2013 г. №842), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а ее автор заслуживает искомой ученой степени по специальности 14.01.17 – Хирургия.

Доктор медицинских наук,
профессор кафедры колопроктологии
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

Л.А. Благодарный

Подпись профессора, доктора медицинских наук
Благодарного Л.А. заверяю.

Ученый секретарь
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России
Профессор, кандидат медицинских наук



Л.М. Савченко

Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1

Телефон: +7 (499) 252-21-04

e-Mail: rmapo@rmapo.ru