

ПРОТОКОЛ № 5 от 10.04.2025 года

заседания диссертационного совета Д 14.24.710 при КГМА им. И. К. Ахунбаева и НХЦ МЗ КР по предварительной защите диссертации соискателя Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему: «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

1 **Председатель:** д.м.н., профессор Ниязов Б.С. (14.01.17 - хирургия);

2 **Ученый секретарь:** к.м.н. Кудаяров Э.Э. (14.01.17 - хирургия).

Присутствовали:

3 Жолдошбеков Е.Ж. - д.м.н., профессор, профессор кафедры факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева (14.01.17 – хирургия);

4 Исраилова В.К. - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова (14.01.20 – анестезиология и реаниматология) (онлайн);

5 Миербеков Е.М. - д.м.н., профессор, врач реаниматолог-анестезиолог отделения анестезиологии и реаниматологии Национального научного центра хирургии имени А. Н. Сызганова (14.01.20 – анестезиология и реаниматология) (онлайн);

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., профессор, заместитель главного врача ГКБ №1 г. Бишкек (14.01.17 - хирургия);

8 Мыкыев К.М. - к.м.н., доцент, заведующий кафедрой детской хирургии КРСУ им. Б.Н. Ельцина (14.01.19 – детская хирургия);

9 Омурбеков Т.О. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии КГМА им. И. К. Ахунбаева (14.01.19 – детская хирургия);

10 Сопуев А.А. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной и оперативной хирургии им. М. М. Мамакеева КГМА им. И. К. Ахунбаева (14.01.17 - хирургия);

11 Сыдыгалиев К.С. - д.м.н., профессор, профессор кафедры госпитальной и оперативной хирургии им. М. М. Мамакеева КГМА им. И. К. Ахунбаева (14.01.17 - хирургия);

12 Тилеков Э.А. – д.м.н., профессор, профессор кафедры госпитальной и оперативной хирургии им. М. М. Мамакеева КГМА им. И. К. Ахунбаева (14.01.17 - хирургия);

13 Узакбаев К.А. - д.м.н., профессор, проректор по научной работе МУК (14.01.19 – детская хирургия)

14 Чынгышова Ж.А. - д.м.н., доцент, заведующая кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии до и последиplomного обучения КГМА им. И. К. Ахунбаева (14.01.20 – анестезиология и реаниматология);

15 Ырысов К.Б. - член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор, проректор по учебной работе КГМА им. И. К. Ахунбаева (14.01.19 – детская хирургия по совокупности трудов);

- 16 Эраалиев Б.А. - д.м.н., профессор, заведующий отделением гнойной хирургии НХЦ (14.01.17 - хирургия).
- 17 Деркембаева Ж.С. - к.м.н., заведующая отделением реанимации и анестезиологии №1 НГ МЗ КР (14.01.20 – анестезиология и реаниматология);
- 18 Толбашиева Г.У. - к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и интенсивной терапии до и последиplomного обучения КГМА им. И. К. Ахунбаева (14.01.20 – анестезиология и реаниматология);
- 19 Эсембаев Б.И. - к.м.н., заместитель главного врача по хирургии НЦОМид (14.01.19 – детская хирургия).

Всего: 19 человек.

На данный момент в заседании присутствуют: 17, онлайн 2 итого: 19 из 19 членов диссертационного совета для защиты докторской диссертации, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации по специальности 14.01.17 - хирургия присутствуют 8 докторов и 1 к.м.н.

В таком составе совет правомочен проводить предзащиту диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

Позвольте заседание считать открытым.

На повестке дня: Предварительная защита диссертации Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему: «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Председатель: Заседание открыл д.м.н., профессор Ниязов Б.С., который ознакомил присутствующих с повесткой дня, представил докладчика Абдиева Аллана Асыгалиевича для выступления с сообщением об основных результатах диссертационной работы на тему: «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Работа выполнена в отделении кишечной хирургии Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева.

Научный консультант: заведующий кафедрой факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева, член-корр. НАН КР, доктор медицинских наук, профессор Оморов Рахатбек Арсыбекович (14.01.17 - хирургия)

Тема представленной диссертационной работы и научный консультант утверждены на основании решения Ученого совета КГМА им. И.К. Ахунбаева от 27 октября 2017 года, протокол №2.

В Реестре тем НАК при Президенте КР имеется.

Диссертационная работа, автореферат, первичный материал прошла экспертизу в составе: д.м.н., профессора Эраалиева Б.А.; д.м.н., профессора Осумбекова Б.З.; д.м.н., профессора Чынгышпаева Ш.М. - заключение всех экспертов положительное.

Есть ли вопросы по повестке дня?

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

«За» - 19; «Против» - нет; «Воздержавшиеся» - нет.

Председатель: для изложения основных положений диссертации слово предоставляется диссертанту Абдиеву Аллану Асыгалиевичу.

Слушали: доклад Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему: «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии» (доклад сопровождался с демонстрацией слайдов).

Глубокоуважаемый Батырхан Сабитович! Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Уважаемые коллеги! Представляем вашему вниманию доклад на тему: «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии».

Целью нашего исследования была: Улучшить результаты повторных операции в абдоминальной хирургии, за счет своевременной диагностики и мер профилактики осложнений.

Задачи исследования:

1. Провести анализ частоты повторных операций в ближайшем послеоперационном периоде после лапаротомных и лапароскопических методов, выявить причины их возникновения и характер.

2. Разработать алгоритм диагностики и показаний для выполнения повторных операций при желчеистечении.

3. Представить меры профилактики интраоперационных и послеоперационных осложнений при операциях на печени и желчных путях, за счет разработки новых и усовершенствования известных методов.

4. Изучить динамику синдрома системной-воспалительной реакции при повторных операциях и определить их значимость в прогнозе исхода повторных операций.

5. Определить эффективность повторных операций с учетом характера осложнений.

6. Дать сравнительную оценку повторным операциям, выполненным традиционно и с использованием разработанных мер профилактики.

Материал и методы исследования.

Нами обследованы и выполнены повторные операции у 110 больных, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях ГКБ №1 г. Бишкек с 2000 по 2020 год включительно.

Критериями включения служили больные с заболеваниями органов брюшной полости, у которых возникли осложнения, требующие повторной операции. Критериями исключения служили больные без осложнения в послеоперационном периоде.

Распределение больных по полу и возрасту. Всего было 110 больных, которым произведены повторные операции. Их распределение по полу и возрасту. Большую группу составили женщины в сравнении с мужчинами. И наибольшее число больных было в возрасте от 40 до 60 лет. В результате обследования из 110 больных у 68 выявлены сопутствующие заболевания (61,8%).

Наибольшее число повторных операций составляли больные, которым

первая операция произведена по поводу острого холецистита и хронического (соответственно 37,3 и 21,4%), реже повторные операции выполнены в связи с осложнениями, возникшими после аппендэктомии и операций по поводу кишечной непроходимости.

Наиболее часто повторные операции были произведены в связи с возникшим желчеистечением (33,6%) и кровотечением (22,7%) и реже с перитонитом и эвентрацией. Мы проследили имел ли значение доступ при котором выполнили первую операцию, лапаротомным или лапароскопическим.

Анализ характера осложнений в зависимости от доступа показал, что у большинства наблюдаемых нами больных первая операция произведена лапаротомным доступом, однако более тяжелые осложнения отмечены при видеохирургических вмешательствах, которые требовали более сложных повторных операций и более длительного стационарного лечения.

В обследовании больных использовали результаты клинических показателей (анамнез, признаки синдрома системной воспалительной реакции), лабораторные и инструментальные, позволяющие определить характер осложнений и оценить результаты повторных операций.

Мы проследили по поводу каких заболеваний выполнена первая операция и какие осложнения возникали после нее. При этом установили, что чаще показанием для первой операции были осложненные формы ЖКБ (68,2%), острый аппендицит и кишечная непроходимость, эхинококкоз 8,2%.

Затем мы рассмотрели характер и частоту осложнений, которые явились причиной повторной операции и при этом было установлено, что наибольший удельный вес составило желчеистечение (33,6%). Кровотечение (22,2%), перитонит (18,2%) и ранняя кишечная непроходимость (15,5%).

В лечении больных с повторной операцией использованы два подхода: традиционная, которая включало удаление очага, санации брюшной полости и дренирование и противовоспалительное и детоксикационная терапия, это была контрольная группа. И основная группа в лечении которой использованы наряду с традиционным лечением усовершенствованные методы (санация озонированным раствором, адекватное дренирование, регионарная лимфостимуляция в момент операции и после нее и нутритивная поддержка.

Наиболее частым осложнением было желчеистечение и повторные операции были выполнены у 37 больных. Анализ этого осложнения показал, что причиной желчеистечения явились ятрогенные повреждения (у 9 из 37), резидуальный холедохолитаз тоже у 9, не ушитый желчный свищ при эхинококэктомии у 5, несостоятельность желчестазы в ложе желчного пузыря у 5 и несостоятельность пузырного протока и соскальзывание лигатуры у 9.

Все 37 больных повторно оперированы. Наиболее часто выполняли лигирование пузырного протока, ушивание желчного свища и ложе желчного пузыря. Реконструктивно восстановительные операции выполнены у 8 больных. Это были наиболее сложные больные с тяжелым послеоперационным течением и длительным стационарным лечением. Осложнения после повторной операции возникли у 11 что составило 29,7%, умерло 2 от нарастающей полиорганной недостаточности.

На основании наблюдения за больными с желчеистечением нами построен

алгоритм тактики хирурга.

Следующим осложнением, при котором возникла необходимость в повторной операции было внутрибрюшное кровотечение. Из числа больных с кровотечением 21 ранее оперированы лапаротомным доступом, а лапароскопически 4 пациента. Это осложнение было диагностировано в первые сутки после операции у 13 пациентов, на вторые сутки у 9 и на 4 сутки у 3 больных.

Наиболее частой причиной была недостаточность гемостаза ложе пузыря и соскальзывание лигатуры с артерии, повреждение сосуда при эхиноккэктомии, другие причины наблюдались в единичных случаях. Все больные с кровотечением были повторно оперированы.

В момент операции чаще выполнялось ушивание ложе пузыря, осложнения возникли у 8 из 25 и умер 1— Это был больной пожилого возраста с большой пахово-мошоночной грыжей.

Следующим осложнением была ранняя кишечная непроходимость, которая также чаще всего возникала после операций по поводу ЖКБ и у большинства первая операция была выполнена лапаротомным доступом (у 14 из 17) и лапароскопически у 3. Анализ сроков возникновения этого осложнения показал, что наиболее часто оно возникало в сроке от 3 до 5 суток (у 8 из 17), реже от 1 до 3 суток (5 человек).

Все больные с ранней кишечной непроходимостью были повторно оперированы, у 13 выполнена рассечение спаек, у 2 рассечение спаек и резекция тонкого кишечника и 1 илеостомия

Очень тяжелым осложнением был перитонит, который был у 20 из 110 нами повторно оперированных.

Мы проанализировали и сроки возникновения перитонита, и сроки повторной операции.

У большинства осложнение возникало на 2 – 3сутки после операции, но и на 6 сутки у 4 больных, и на 8 у 2. Повторная операция после выявления признаков перитонита выполнена в первые трое суток у 18 чел а у 2 на 4 сутки. Позднее повторное оперативное вмешательство являлось причиной смерти.

Необходимо отметить, что у 4 пациентов был продолжающийся перитонит, а у остальных на почве возникших осложнений после операций. Первая операция выполнена у 12 лапаротомным доступом а у 8 лапароскопически. По экстренным показаниям оперировано 14 и в плановом 6.. Повторные операции заключались в основном в ликвидации причины возникшего осложнения, в санации брюшной полости с дренированием, противовоспалительной и инфузионной терапией и применением лимфотропных технологий. Послеоперационный период протекал тяжело, осложнения возникли у 8 больных, умерло 3 от нарастающей полиорганной недостаточности.

Большинству больных при повторной операции выполняли санацию брюшной полости и ликвидацию осложнения, которое явилось причиной перитонита. После операции исследовали признаки ССВР.

В этой тяжелой группе больных (перитонит) мы проследили за динамикой признаков синдрома системной воспалительной реакции в зависимости от течения послеоперационного периода. До повторной операции у всех больных было по 3 –

4 признака синдрома.

Анализ динамики синдрома показал, что при благоприятном течении количество признаков уменьшается с увеличением срока после операции, а при возникновении осложнений остаются на том же уровне или нарастают. Следовательно, показатели синдрома являются тестом для хирурга о необходимости пересмотра объема медикаментозного лечения или для поиска возникшего осложнения.

Еще одну группу осложнений составили больные с эвентрацией (11 чел.) из них первая операция была выполнена по экстренным показаниям у 7 и в плановом порядке оперировано 4. После повторной операции осложнения отмечены у 5 из 11 оперированных.

В процессе работы мы рассматривали не только осложнения, которые потребовали повторной операции, но и попытались выяснить причины их возникновения, чтобы наметить пути их профилактики.

Было установлено, что наибольший удельный вес занимали осложнения, обусловленные техническими погрешностями 19% и неполным обследованием в момент операции, а также длительное наблюдение с момента возникновения осложнений и недостаточная коррекция сопутствующих заболеваний.

На основании полученных результатов мы построили алгоритм ведения больных после повторных операций.

Полученные результаты анализа осложнений мы их распределили по классификации Clavien-Dindo чтобы можно было оценить эффективность нашего подхода к лечению больных с осложнениями, требующих повторной операции.

Анализ результатов показал, что использование нашего подхода позволило снизить частоту осложнений с 50 до 22,4%, а летальность с 7,7 до 3,4%.

Кроме того, мы свои полученные результаты сравнили с результатами других авторов, которые выполняли тоже повторные операции в абдоминальной хирургии. Сопоставление наших результатов с исходами других авторов показало, что наши результаты не уступают другим исследователям, а при сравнении с некоторыми из них даже выше.

Полученные результаты нашей многолетней работы позволили определить причины, характер и частоту осложнений, требующих повторной операции, показали возможность улучшения повторных вмешательств при индивидуальном подходе ведению послеоперационного периода.

Таким образом наши исследования показали, что повторные операции в абдоминальной хирургии не являются редкостью, причины их многообразны, диагностика сложная, а послеоперационное течение тяжелое, что требует индивидуального подхода в выборе объема лечения. Использование разработанного нами подхода и комплекса мер профилактики позволили повысить эффективность повторных операций, что явилось решением цели и задачи нашего исследования.

Выводы.

1. Частота повторной операции была следующей: Желчеистечение (33,6%), кровотечение (22,7%), ранняя кишечная непроходимость (15,5%), перитонит (18,2%) и эвентрация (10%). Основными причинами повторной операции было неполноценное обследование больных до операции (7,3%), не в полном объеме

выполнена предоперационная подготовка (8,3%), технические погрешности в момент операции и после неё (19,1%), длительное наблюдение с момента возникновения осложнения (16,4%) и недостаточный учет тяжести и характера сопутствующего заболевания (19,1%). Зависимости от доступа выполненной операции не обнаружено.

2. Разработанный алгоритм диагностики и лечения желчеистечения позволяет избрать наиболее адекватный метод лечения и в ряде случаев избежать повторной операции.

3. Построенный и внедренный алгоритм мер профилактики осложнений после повторной операции позволяет улучшить результаты лечения больных с возникновением осложнений.

4. При возникновении осложнений, требующих повторной операции, частота выявления признаков синдрома воспалительной реакции составляет 84,7%. Определение признаков синдрома системной воспалительной реакции в процессе лечения позволяет своевременно выявить осложнения, применить наиболее оптимальный метод коррекции, направленный на основные звенья возникших метаболических нарушений.

5. После повторных операций возникают различные осложнения, которые влияют на течение послеоперационного периода и их исход, но своевременное их выявление и использование комплекса методов лечения дает возможность добиться улучшения результатов лечения.

6. При использовании разработанных мер профилактики осложнений после повторных операций частота осложнений составила 22,3%, а летальность 3,4%.

Благодарю за внимание!

Председатель: Уважаемые члены диссертационного совета переходим к дискуссии, есть ли желающие задать вопросы, прошу у кого есть вопросы задавайте.

Вопросы по докладу:

Узакбаев К.А. – доктор медицинских наук, профессор:

1. Вопрос: Учитывали ли вы характер микрофлоры и ее чувствительность к антибиотикам?

Ответ: Уважаемый Камчыбек Аскарбекович, спасибо за вопрос, поскольку до повторной операции мы не имели результатов бактериологического анализа то антибиотики назначали эмпирически, антибиотик широкого спектра, чаще цефтриаксон или цефазолин, а после получения результата бактериологического исследования экссудата, взятого нами в момент операции, мы учитывали результат и назначали антибиотик с учётом чувствительности.

2. Вопрос: Что означает максимально использованные лимфогенные технологии?

Ответ: При повторной операции независимо от характера осложнения мы использовали регионарную лимфостимуляцию в зону максимального расположения лимфатических узлов к очагу поражения.

3. Вопрос: В алгоритме использовали коррекцию вторичного иммунодефицита, каким препаратом вы ее проводили? И на чем вы основывались?

Ответ: Всеми исследователями установлено, что при любой форме перитоните развивается вторичный иммунодефицит, любой комплекс лечения

перитонита должен быть включён имунокорректор. Мы использовали препарат Тактивин, который включали в лимфотропную смесь при выполнении регионарной антибиотиколимфостимуляции.

4. Вопрос: При ятрогенных повреждениях какие типы реконструктивно восстановительных операций вы выполняли? Уточните название.

Ответ: В большинстве случаев выполняли гепатикоеюно-анастомоз на выключенной петле по Ру. И очень редко эту операцию дополняли транспеченчным дренированием по Прадери.

5. Вопрос: Каким способом вы проводили статистическую обработку материала? Я просто не нашел ее в автореферате.

Ответ: Статистическую обработку материала выполняли по программе СТАТИСТИКА-6. с определением среднеарифметической, среднеквадратичной и ошибке ряда. Степень достоверности вычисляли по t критерию таблицы Стюдента.

6. Вопрос: Какой пейзаж микробов было при перитонитах?

Ответ: При посеве, экссудата брюшной полости большинство случаев выявляли кишечную палочку, в меньшей мере стафилококки, стрептококки и бактериоиды.

Председатель: Уважаемый Камчыбек Аскарбекович вы удовлетворены ответом?

Узакбаев К.А: Удовлетворен.

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

1. Вопрос: В чем отличие сепсиса от синдрома системно воспалительной реакции?

Ответ: Спасибо за вопрос Кылычбек Сулкайдарович, на счёт вашего первого вопроса мы сравнили показатели сепсиса и синдрома системной воспалительной реакции и пришли к интересному выводу что при сепсисе если мы берём кровь на стерильность получаем результат о бактериальной загрязненности. А при синдроме системной воспалительной реакции такой картины нет. Но симптоматика в обоих состояниях у больных одинаковые.

2. Вопрос: Какие показатели взяли при синдроме системно воспалительной реакции?

Ответ: Показатели синдрома системной воспалительной реакции — это температура, частота сердечных сокращений, частота дыхания, количество лейкоцитов, СОЭ, прокальцитонин и С-реактивный белок.

Председатель: Уважаемый Кылычбек Сулкайдарович вы удовлетворены ответом?

Сыдыгалиев К.С.: Удовлетворен.

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

1. Вопрос: Аллан Асыгалиевич такой вопрос, были ли осложнения после лапароскопических холецистэктомий? Всем ли делались релапаратомия или вашей группе есть релапароскопия?

Ответ: Спасибо за вопрос Эрнис Абдышевич, нашей группе больных с повторными операциями по поводу кровотечений было 2 релапароскопии а остальные релапаратомии.

2. Вопрос: Замеченные во время операции ятрогенные повреждения, например, хирург что-то пересёк, и вы пошли на конверсию. Этот случай входил в

ваш материал или же входили только больные после операции, уже переведённые или в палату, или в реанимацию. И потом уже перенёвшие повторные операции?

Ответ: Спасибо за вопрос Эрнис Абдышевич! Замеченные во время операции ятрогенные повреждения или другие осложнения, в случаи конверсии не считали повторными операциями. То есть такой контингент не больных входил в наш материал, а мы учитывали если мы выполняли повторную операцию в связи с возникшими осложнениями.

3. Вопрос: Частой причиной соскальзывания клипс с пузырного протока является не диагностированные камни общего желчного протока и в послеоперационном периоде они (камни) застревают в терминальном отделе холедоха создают гипертензию и клипса соскальзывает. Были ли у вас такие случаи или у вас все случаи коротко наложенные клипсы или дефектные клипсы?

Ответ: Да, причиной желчеистечений по поводу резидуального холедохолитиаза было 9 больных из них 2 произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, а 7 больным релапаротомия с холедохолитотомией и еще 9 больным повторные лигирование пузырного протока.

4. Вопрос: Вашей работе есть ятрогенные повреждения, связанные с техническими погрешностями. Проводилось ли вами или администрацией в клинике рейтинг хирургов (анализ, статистика) по количеству повторных операций связанные с осложнениями. Например, у одного хирурга за год 10 повторных операций у другого ни одного. Вот такой анализ в вашей работе проводился? И предпринимались ли меры для оперирующего хирурга?

Ответ: Рейтинг или осложнения хирургов, оценка квалификации хирурга не входило в задачу нашего исследования. А на счет мер для хирургов и лечащих врачей каждый случай повреждения обсуждается на собрании утренней врачебной конференции и не заседании сотрудников 2 кафедр. И кроме того в настоящее время одним из сотрудников выполняется работа, посвященная осложнениям и ятрогенным повреждениям при лапароскопической холецистэктомии.

Председатель: Уважаемый Эрнис Абдышевич вы удовлетворены ответом?

Тилеков Э.А.: Вполне удовлетворен.

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

1. Вопрос: Скажите пожалуйста, какие периоды охватывает ваш материал? За сколько лет?

Ответ: Спасибо за вопрос Акылбек Инаятович! Мы разрабатывали материал 2000 по 2022 год. За 22 года. Ежегодно в среднем у нас проводится по 6-8 повторных операций в год.

2. Вопрос: В каких случаях можно использовать релапароскопию в лечебных целях? Или всем релапаратомию надо делать?

Ответ: Раньше мы акцент делали только на релапаратомии но надо шагать в ногу со временем, и в данный момент мы делаем акцент на релапароскопию, ведь такие осложнения со соскальзывание клипс, установка на ложе желчного пузыря гемостатической пластинки «Тахокомб» можно произвести и лапароскопически, это миниинвазивно и малотравматично.

Председатель: Уважаемый Акылбек Инаятович вы удовлетворены ответом?

Мусаев А.И.: Вполне удовлетворен.

Сопуев А.А. - доктор медицинских наук, профессор:

1. Вопрос: Разработанные вами алгоритм для повторных операций в дальнейшем будете ли разрабатывать как клинический протокол для Министерства здравоохранения Кыргызской республики?

Ответ: Спасибо за вопрос, уважаемый Андрей Асанкулович, в докладе вы увидели только алгоритм при желчеистечений, но в диссертации есть алгоритмы повторных операций при кишечной непроходимости, перитоните. Да, нашу работу с научным руководителем планируем опубликовать монографию и возможно обсудим на счет разработки клинического протокола для Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

2. Вопрос: Как вы считаете адаптация ваших рекомендаций для региональных больниц и отдаленных регионов с ограниченными возможностями, ресурсами возможен ли, или нет?

Ответ: Да, адаптация возможен.

3. Вопрос: В министерстве здравоохранения Кыргызской республики есть множество протоколов по острым хирургическим заболеваниям. Но если, для какого-то больного и его заболевания не подходит разработанный вами алгоритм или клинический протокол, то как должен вести себя лечащий врач или вы. Какая ваша тактика в случае, если он неподходящий в рамки протокола?

Ответ: Спасибо за вопрос Андрей Асанкулович, ни один клинический протокол не может дать ответ на все случаи, поэтому в каждом нестандартном случае хирург должен осмыслить свое решение обосновать его состоянием больного и выявленными показателями, подтверждающими наличия осложнения, требующего выполнения повторной операции или обосновать необходимость продолжения консервативного лечения. Да, бывает заболевания, не входящие в рамки клинических протоколов. Наша работа ориентирована для молодых начинающих врачей и для врачей, имеющих ограниченные возможности. Наши алгоритмы отвечают большинству вопросов в выборе лечения так, как лечащему врачу всегда трудно идти на повторную операцию. Большинство из них делает гиподиагностику или гипердиагностику. Но если заболевания и течения послеоперационного периода выходит за рамки клинического протокола имеет места атипичное течение- то мы рекомендуем идти на релапаратомию (повторную операцию). Ведь от релапаратомии не умирал, а от перитонита могут умереть.

4. Вопрос: Какие именно аспекты улучшаются после повторных операций?

Ответ: Мы в своей работе имеем ввиду время выполнения релапаратомии, если мы берем вовремя на повторную операцию в сравнении с поздним, не упускаем драгоценное время, то у пациента улучшение состояния происходит раньше. Ранняя активизация уменьшает сроки пребывания койко-дней в стационаре.

Председатель: Уважаемый Андрей Асанкулович вы удовлетворены ответом?

Сопуев А.А.: Вполне удовлетворен.

Мусаев У.С. – доктор медицинских наук, доцент:

1. Вопрос: У вас есть группа с перитонитами которые составляет 18,2%, скажите пожалуйста какой классификацией вы пользовались в своей работе?

Ответ: Спасибо за вопрос уважаемый Улан Салтанатович, мы пользовались

классификацией которой и пользуются многие исследователи (Савелев, Шурканин и другие) которые подразделяют перитониты на первичные перитониты, послеоперационные перитониты и третичные после повторных операций.

2. Вопрос: Какой материал вы использовали на посев и какую флору вы получали при повторных операциях?

Ответ: Мы для посева брали во время операции экссудат и большинство высевали кишечную палочку, стафилококки, стрептококки и реже бактероиды.

Председатель: Уважаемый Улан Салтанатович вы удовлетворены ответом?

Мусаев У.С.: Да удовлетворен.

Мыкыев К.М. – кандидат медицинских наук, доцент:

Вопрос: Аллан Асыгалиевич у меня вопрос, я не могу понять по таблицам, у вас в автореферате таблица 2.1.2 перечень заболевания по поводу которых были ранее оперированы. Далее идёт у вас таблица 3.1 перечень заболеваний по поводу которой выполнена первая операция и возникло желчеистечение, там 68 больных пять из них эхинококкозом, 12 альвеококкозом. А в таблице 3.2. у вас повторные операции при желчеистечении и характер осложнений в послеоперационном периоде. Здесь указываете про ушивание свища после эхинококкэктомии, а альвеококкоз куда пропал с предыдущей таблицы? Это ошибка?

Ответ: Спасибо за вопрос уважаемый Калыбек Мыкыевич, первая таблица 3.1 — это перечень заболеваний по поводу которых выполнена первая операция. Да там есть и эхинококкоз и альвеококкоз, острые и хронические холециститы. А во второй таблице это повторно оперированные по поводу желчеистечения, да там нет альвеококкоза, потому что повторных операций при альвеококкозе не было. В эти две таблицы разные показатели. Один из них показывает количество желчеистечений а второй повторные операции при желчеистечениях. Я повторяю, повторных операций при альвеококкозе не было.

Председатель: Уважаемый Калыбек Мыкыевич вы удовлетворены ответом?

Мыкыев К.М.: Удовлетворен.

Ырысов К.Б. – член-корр. НАН КР, доктор медицинских наук, профессор:

Вопрос: Аллан Асыгалиевич расскажите, что входит в состав лимфотропной смеси и куда выводили эту смесь больному?

Ответ: Спасибо за вопрос уважаемый Кенешбек Бакирбаевич, в состав лимфотропной смеси входил антибиотик цефтриаксон 1.0+гепарин 70 единиц на килограмм массы тела, плюс лидаза 8-12 единиц, плюс тактивин 1 мл, а в случае повторных операций по поводу кишечной непроходимости добавляли прозерин 2 мл и новокаин 0,5% 15-20 мл.

Председатель: Уважаемый Кенешбек Бакирбаевич вы удовлетворены ответом?

Ырысов К.Б.: Удовлетворен.

Миербеков Э.М. – доктор медицинских наук, профессор:

Вопрос: У меня вопрос замечание. В пятой задаче у вас эффективность лечения. Где это отражено определите эффективность повторных операций?

Ответ: Использование нашего подхода при повторных операциях позволило снизить частоту осложнений и летальности.

Председатель: Уважаемый Эргали Маматович вы удовлетворены ответом?

Миербеков Э.М.: Удовлетворен.

Председатель: Задано 23 вопроса, если нет вопросов, слово предоставляется научному консультанту, член-корреспонденту Национальной академии наук Кыргызской Республики, доктору медицинских наук, профессору Оморову Рахатбеку Арсыбековичу.

Выступление научного консультанта – член-корр. НАН КР, д.м.н., профессора Оморова Рахатбека Арсыбековича. Уважаемый председатель Батырхан Сабитович! Уважаемые члены диссертационного совета, во-первых, разрешите поздравить вас с первым заседанием нового диссертационного совета. Желаю председателю, секретарю диссертационного совета, членам диссертационного совета плодотворной работы, успехов научной работе и успешно защищающих диссертантов. А мы в свою очередь постараемся подготовить, воспитать новых ассистентов, научных кадров. Я хочу один пример привезти после ухода Червинского его ученики остались не у дел в научном плане. Тогда академик Рыскулова Какиш Рыскуловна взяла их под личный контроль и довела их диссертационную работу до логического конца и успешной защиты. Любой диссертационный совет должен относиться к диссертантам доброжелательно. Не должен создавать препятствия. У вас новый учёный-секретарь поздравляем его. Мы его хорошо знаем. Желаю ему творческого успеха на этом поприще. Раньше помню Нигматуллина Ф.С. помогала всем, об этом знает и Батырхан Сабитович, именно она довела его работу до логического конца и успешную защиту кандидатской диссертации.

В отношении диссертанта Абдиева Аллана Асыгалиевича, выбранная его тема диссертации очень сложная, когда он пришёл ко мне с выбранной темой, я дал согласие, но предупредил что тема очень трудоёмкая и сложная, на твоём пути будет много препятствий. Но, ты должен если выбрал данную тематику довести его до логического конца.

Большинство членов диссертационного совета именитые хирурги практики и научные деятели, вы сами прекрасно знаете, что повторные операции, или релапаротомии очень опасные и нередко бывают летальные исходы. Все вы в своей практической деятельности сталкивались с этой проблемой и шли на повторные операции нехотя. Иногда мы тянем с операцией стараемся вести консервативно идём на гиподиагностику, и можем упустить золотой стандарт времени на повторные операции. В таких случаях, если берём на операцию в поздние сроки иногда бывает уже поздно. И такая проблема возникает до сих пор особенно это важно для хирургов периферического звена. Да, есть хирурги смелые, решительные которые берутся за повторные операции и тем самым спасают жизни. А иногда бывает наоборот берут на операцию и сожалеют, ведь можно было вести консервативно.

Диссертант изучил все эти факторы, систематизировал и оформил свою диссертацию. Наш регион является эндемическим регионом по поводу желчекаменной болезни только в нашей клинике ежедневно выполняется около 10-12 операции по поводу данной патологии. Из них 70% лапароскопические операции. Иногда я на пятиминутках я шучу, что если бы не было желчекаменной болезни, то наши хирурги делали бы всего лишь пару операций в день, по поводу грыжи и язвенной болезни. После упомянутых операций нередко возникает

желчеистечения при котором хирург думает взять на повторную операцию или нет, это большая дилемма.

Автор разработал критерии и алгоритмы при повторных операциях. Отрадно что в нашей республике уже есть технологические аппаратуры, которые позволяют выявить на раннем этапе скопление жидкости желчи брюшной полости который помогает в выборе объёма лечения. А иногда берёшь на повторную операцию и бывает, что обнаруживаем малое количество желчи из ложе желчного пузыря и соскользнувшего клипсы, и как уже говорил профессор телеков Эрнст Абдышевич стараемся делать релапароскопии, которая помогает нам как в диагностическом, так и в лечебном плане. И кровотечение из ложе желчного пузыря некоторые виды других кровотечений можем остановить релапароскопически. Ведь она малотравматична чем большая лапаротомия. В том числе я согласен профессором Тилековым Эрнст Абдышевичем насчёт внедрения наших алгоритмов в клинические протоколы министерства здравоохранения Кыргызской Республики, мы будем дальше работать в этом направлении.

Я хочу пару слов добавить насчёт микрофлоры с учётом чувствительности к антибиотикам. Ведь нашей практике мы все уже знаем, что результаты посевов приходят примерно от 7 до 10 дней до этого времени больной после повторной операции может умереть или же могут возникнуть воспалительные и гнойные процессы, в связи с которым наша тактика до выявления источника инфекции назначаем антибиотики широкого спектра действия.

Вам решать уважаемые члены диссертационного совета судьбу данной диссертации, и судьбу диссертанта. По моему мнению диссертант логически окончил свою диссертационную работу, оформил свою диссертацию с авторефератами на кыргызском и русских языках, прошёл тёртую дорогу до предзащиты и считаю диссертанта достойным для прохождения следующего этапа, то есть для защиты диссертации!

Председатель: Уважаемые члены диссертационного совета на заседании диссертационного совета по предварительной защите мы заслушиваем результаты проведенной экспертизы диссертационной работы каждого эксперта экспертной комиссии, проводим активное обсуждение диссертационной работы.

В связи с чем, представим слово экспертам.

Выступление члена экспертной комиссии – д.м.н. профессора Эраалиева Б.А.

Рассмотрев представленную диссертацию соискателя Абдиева Аллана Асыгалиевича, пришел к следующему заключению:

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

В представленной работе приводятся результаты повторных операции, выполненных по поводу различных осложнений, которые возникали после первой операции и требовали повторного вмешательства. В работе использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, доказано возможность снижения осложнений и летальности после повторной операции, что в полной мере отвечает паспорту специальности 14.01.17-хирургия.

2. Целью диссертации является - улучшение результатов повторных операции в абдоминальной хирургии, за счет своевременной диагностики и мер

профилактики осложнений.

Поставленная цель достигнута решением в диссертации следующих задач:

1. Проведен анализ частоты повторных операций в ближайшем послеоперационном периоде после лапаротомных и лапароскопических методов, выявлены причины их возникновения и характер.

2. Разработан алгоритм диагностики и показаний для выполнения повторных операций при желчеистечении.

3. Представлены меры профилактики интраоперационных и послеоперационных осложнений при операциях на печени и желчных путях, за счет разработки новых и усовершенствования известных методов.

4. Изучена динамика синдрома системной-воспалительной реакции при повторных операциях и определена их значимость в прогнозе исхода повторных операций.

5. Определена эффективность повторных операций с учетом характера осложнений.

6. Дана сравнительная оценка повторных операции, выполненным традиционно и с использованием разработанных мер профилактики.

Соответствие объекта исследования диссертации цели и задачам диссертации: Объект исследования: 108 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, у которых возникли осложнения, требующие повторной операции, а предметом исследования являлись клинические, лабораторные и инструментальные методы для определения характера осложнения заболевания, выбора тактики и использования разработанных методов лечения с учетом характера заболевания и его осложнений. Для решения цели и задач использованы общие - клинические методы (жалобы, анамнез, осмотр больного), лабораторные (общий анализ крови, лейкоцитарный индекс интоксикации), бактериологическое исследование и инструментальные (УЗИ органов брюшной полости) и показатели синдрома системной воспалительной реакции. Выполненные исследования направлены на диагностику осложнений возникших при заболеваниях органов брюшной полости.

Актуальность темы диссертации. Несмотря на достигнутые успехи в медицине, разработку более совершенных методов операции при заболеваниях органов брюшной полости и индивидуальный подход к лечению осложнений частота повторных операции не имеет тенденции к снижению и самое главное, что после повторных операции остается высокий процент осложнений и летальности (Гельфанд, М.И. Филимонов, П.В. Подачин 2009). Одним из главных моментов осложнений, которые требуют повторной операции ее несвоевременное определение нередко является причиной летальной исхода, а не обоснованное повторная операция, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, также может усугубить состояние больного и привести к летальному исходу (Генок, В.Л. 2008). К настоящему времени с целью диагностики и прогноза заболевания разработано много шкал и построено алгоритмов, но их применения не решило проблему, идут поиски методов диагностики после операционных осложнений и их лечение все это подтверждает актуальность работы соискателя.

Степень и полнота критического анализа научных литературных данных в обосновании необходимости решения каждой из поставленных задач в

диссертации: совершенствование методов диагностики осложнений после первой операции на органах брюшной полости для исключения необоснованного оперативного вмешательства или запоздалого повторного оперативного лечения. Автором обоснованы алгоритмы наиболее часто встречающихся осложнений в абдоминальной хирургии, требующих повторных операции, что значительно облегчает работу врача, для выбора метода лечения осложнений.

3. Научные результаты.

В работе представлены следующие новые научно – обоснованные теоретические и практические результаты, совокупность которых имеет большое значение для практической хирургии и развития медицинской науки.

3.1. Научная новизна: На основании полученных результатов исследования была отмечено новизна работы, которая включает частоту осложнений возникающих после операции на органах брюшной полости, которые требуют повторной операции; разработаны методы диагностики возникших осложнений и на основании проспективного исследования построен алгоритм тактики при желчеистечении, кишечной непроходимости и объема лечения после повторной операции; определена частота признаков синдрома системной воспалительной реакции, при разлитом перитоните и оценка динамики этих показателей; обоснована необходимость выполнения нутритивной поддержки на всех этапах лечения больных с кишечной непроходимостью и разлитом перитоните. Все вышеизложенное подтверждает активное участие соискателя в меры профилактики повторных операций.

3.2. Теоретическое значение работы заключается в том, что полученные результаты позволяют раскрыть этиопатогенез осложнений, требующих повторной операции.

3.3. Соответствие квалификационному признаку. Диссертация соответствует требованиям п.п. 11 Положения о порядке присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия, является самостоятельной научно-квалификационной работой, где имеется изложение научно-обоснованных технических разработок, имеющих существенное значение в области хирургии.

4. Практическая значимость полученных результатов.

Выполненный анализ результатов повторных операций позволил выявить причины осложнений, которые потребовали повторного оперативного лечения.

Научно обоснован построенный алгоритм диагностики и лечения желчеистечения дает возможность дифференцированно подходить к выбору метода лечения этого осложнения и в ряде случаев избежать повторной операции.

Разработанные и внедренные меры профилактики после повторных операций позволили снизить частоту осложнений и улучшить результаты лечения (рац. предложение).

Определение признаков синдрома системной воспалительной реакции после повторной операции дает возможность оценить течение послеоперационного периода, своевременно заподозрить осложнения и использовать наиболее адекватный метод лечения (рац. предложение).

5. Соответствие автореферата содержанию диссертации

Автореферат полностью соответствует содержанию диссертации,

поставленной в ней цели и задачам исследования. Содержание автореферата на русском и кыргызском языках соответствуют сути диссертационной работы. Автореферат имеет идентичное резюме на кыргызском, русском и английском языках.

6. Замечания по диссертации:

После тщательного рассмотрения работы имеются некоторые замечания и пожелания, которые не носят принципиального характера и не влияют на оценку работы:

1. В тексте имеются не совсем удачно построенные предложения.

2. В клинической характеристике представлена возрастная таблица и рядом с ней дан график. Можно ограничиться чем-то одним.

3. Очень детально даны выписки из историй болезни, можно было дать только основные показатели, которые явились показанием для повторной операции.

В целом принципиальных замечаний по диссертационной работе нет.

7. Предложения:

Эксперт диссертационного совета предлагает по докторской диссертации назначить:

✓ в качестве ведущей организации – АО «Национальный Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» (г. Алма-Ата, Республика Казахстан), где работают доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

➤ первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, ректора Международного Медицинского университета Байгазакова Асылбек Топчубаевича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), который имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. **Байгазаков, А.Т.** Характеристика функционального состояния печени у больных желчекаменной болезнью в раннем послеоперационном периоде после лапароскопической холецистэктомии / Б. С. Ниязов, А. А. Садыков, А. Т. Байгазаков [и др.] // Бюллетень науки и практики. – 2023. – Т. 9, № 6. – С. 199-208.

2. **Байгазаков, А.Т.** Байгазаков, А. Т. Лапароскопические технологии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (первый клинический опыт) / А. Т. Байгазаков, Н. А. Маманов, Б. К. Осмоналиев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. – 2015. – № 2. – С. 142-146.

✓ вторым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, директора клиники “МЦ Эндомед” г. Ош Осумбекова Байышбека Зияйдиновича, специальность по автореферату 14.01.17, который имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. **Осумбеков, Б.З.** Лапароскопическая холецистэктомия у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости / Б. З. Осумбеков, Ж. Р. Батиров и др. // Вестник Ошского государственного университета. – 2015. – С. 150-155.

2. **Осумбеков, Б.З.** Видеолапароскопические технологии в хирургическом лечении эхинококковых кист печени / Б. З. Осумбеков, М. А. Чокотаев и др. // Вестник Ошского государственного университета. – 2015. – С.

3.

✓ третьим официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора кафедры госпитальной и оперативной хирургии им. М.М. Мамакеева Тилекова Эрнис Абдышевича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), который имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. **Тилеков, Э.А.** Хитозан в комплексной реабилитации больных после обширных операций в абдоминальной хирургии / Э. А. Тилеков, Т. Б. Узаков, Ю. К. Уметалиев // Медицина Кыргызстана. – 2020. — С. 33-37.

2. **Тилеков, Э.А.** Оценка эффективности непрерывного ушивания передней брюшной стенки при лапаротомных доступах / А. А. Сопуев, Э. А. Тилеков, О. А. Умурзаков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 583.

8. Рекомендации:

Работа соответствует шифру 14.01.17 – хирургия. Рекомендую диссертационную работу рассмотреть на заседании диссертационного совета.

9. *Заключение:* Разработанные 2 рационализаторских предложений выданных кыргызпатентом включающих регионарную лимфостимуляцию в сочетании с дезинтоксикационной и противовоспалительной терапии позволили снизить частоту осложнений и улучшить результаты повторных операций. Внедрение второго рац.предложения направлено на определение частоты показателей синдрома системной воспалительной реакции, оценить значимость методов в своевременной диагностики осложнения требующего повторной операции.

В целом полученные результаты характеризуется внутренним единством и наличием взаимосвязи между главами диссертации. Результаты работы отражают причины повторных операции и соискатель обоснованно дает их классификацию, которая позволяет более глубоко изучить причины осложнений и соискатель, давая эти причины обобщает их и представляет значимость их учета при выполнениях первой операции.

Выводы соответствует целям и задачам исследования, а практические рекомендации основаны на комплексе исследования, 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 документации достоверна, репрезентативна и выполнена лично соискателем. Документы находятся в хорошем состоянии. Данные, имеющиеся в первичной документации, полностью соответствуют целям и задачами 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 14.24.710 при Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева и Национальном

хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики принять диссертацию к защите Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему: «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Председатель: Слово предоставляется соискателю для ответа рецензенту.

Ответ: Глубокоуважаемый Бейшенбек Ашимович! Благодарю Вас за положительную оценку нашей работы, указанные вами замечания устраним.

Председатель: Далее слово предоставляется второму члену экспертной комиссии д.м.н., профессору Осумбекову Б.З., он участвует онлайн.

Выступление эксперта д.м.н., профессора Осумбекова Б.З.

Рассмотрев представленную диссертацию соискателя Абдиева Аллана Асыгалиевича, пришел к следующему заключению:

1.Соответствие работы специальности, по которой дано право диссертационному совету принимать диссертации к защите: В представленной работе приводятся результаты повторных операции, выполненных по поводу различных осложнений, которые возникали после первой операции и требовали повторного вмешательства. В работе использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, доказано возможность снижения осложнений и летальности после повторной операции, что в полной мере отвечает паспорту специальности 14.01.17-хирургия.

2. Целью диссертации является - Улучшение результатов повторных операции в абдоминальной хирургии, за счет своевременной диагностики и мер профилактики осложнений.

Поставленная цель достигнута решением в диссертации следующих задач:

1. Проведен анализ частоты повторных операций в ближайшем послеоперационном периоде после лапаротомных и лапароскопических методов, выявлены причины их возникновения и характер.

2. Разработан алгоритм диагностики и показаний для выполнения повторных операций при желчеистечении.

3. Представлены меры профилактики интраоперационных и послеоперационных осложнений при операциях на печени и желчных путях, за счет разработки новых и усовершенствования известных методов.

4. Изучена динамика синдрома системной-воспалительной реакции при повторных операциях и определена их значимость в прогнозе исхода повторных операций.

5. Определена эффективность повторных операций с учетом характера осложнений.

6. Дана сравнительная оценка повторных операции, выполненным традиционно и с использованием разработанных мер профилактики.

Соответствие объекта исследования диссертации цели и задачам диссертации: *Объект исследования:* 108 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, у которых возникли осложнения, требующие повторной операции, а предметом исследования являлись клинические, лабораторные и инструментальные методы для определения характера осложнения заболевания, выбора тактики и использования

разработанных методов лечения с учетом характера заболевания и его осложнений. Для решения цели и задач использованы общие - клинические методы (жалобы, анамнез, осмотр больного), лабораторные (общий анализ крови, лейкоцитарный индекс интоксикации), бактериологическое исследование и инструментальные (УЗИ органов брюшной полости) и показатели синдрома системной воспалительной реакции. Выполненные исследования направлены на диагностику осложнений возникших при заболеваниях органов брюшной полости.

Актуальность темы диссертации. Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является диагностика и лечения осложнений, которые требуют повторного оперативного вмешательства, в результате чего на протяжении многих лет идут поиски мер, которые позволили бы улучшить результаты оперативного лечения (А.Л. Чарышкин, С.А. Яковлев 2015).

К настоящему времени предложена множество методов диагностики осложнений после операции, на органах брюшной полости, с этой целью разработаны шкалы и построены алгоритмы, но результаты лечения остаются на прежнем уровне (К.В. Черевятенко, В.В. Нимаев, М.С. Любарский 2014). Это обусловлено тем, что ни одна шкала не отражает местные и общие нарушения, которые влияют на исход заболевания. Особого внимания заслуживает лечение осложнений после повторных операции, так как до сих пор остается высокий процент осложнений и летальности (Иванов, Ф.В. и соавторы 2024.). Все исследователи отмечают необходимость, при выборе методы лечения учитывать основные звенья этиопатогенеза осложнений (Федосеев, А.В. и соавторы 2020) и в настоящее время идут поиски мер, которые позволили улучшить результаты лечения осложнений после повторных операции. В этом плане работа соискателя актуальна, так как все его усилия направлены на улучшения исходов повторных операции.

Степень и полнота критического анализа научных литературных данных в обосновании необходимости решения каждой из поставленных задач в диссертации: совершенствование методов диагностики осложнений после первой операции на органах брюшной полости для исключения необоснованного оперативного вмешательства или запоздалого повторного оперативного лечения. Автором обоснованы алгоритмы наиболее часто встречающихся осложнений в абдоминальной хирургии, требующих повторных операции, что значительно облегчает работу врача, для выбора метода лечения осложнений.

3. Научные результаты.

В работе представлены следующие новые научно – обоснованные теоретические и практические результаты, совокупность которых имеет большое значение для практической хирургии и развития медицинской науки.

3.1. Научная новизна:

1. В работе соискателя имеется новизна исследования, которая включает акцент при выборе метода операции на учет этиопатогенеза основного осложнения.

2. Впервые при повторных операциях определена частота признаков синдрома системной воспалительной реакции.

3. Разработаны и внедрены меры профилактики гнойно-воспалительных осложнений после повторных операции.

4. Впервые разработаны и построены алгоритмы тактики при таких осложнениях как желчеистечение, кишечная непроходимость и объем лечения после повторной операции.

5. Обосновано эффективность ликвидации энтеральной недостаточности после повторной операции.

6. Дана сравнительная оценка традиционного подхода и разработанных мер повышения эффективности повторных операций.

Новизна работы подтверждает творческий подход соискателя в решении цели и задач исследования.

3.2. Теоретическое значение работы заключается в том, что полученные результаты позволяют раскрыть этиопатогенез осложнений, требующих повторной операции.

3.3. Соответствие квалификационному признаку. Диссертация соответствует требованиям п.п. 11 Положения о порядке присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия, является самостоятельной научно-квалификационной работой, где имеется изложение научно-обоснованных технических разработок, имеющих существенное значение в области хирургии.

4. Практическая значимость полученных результатов.

Выполненный анализ результатов повторных операций позволил выявить причины осложнений, которые потребовали повторного оперативного лечения.

Научно обоснован построенный алгоритм диагностики и лечения желчеистечения дает возможность дифференцированно подходить к выбору метода лечения этого осложнения и в ряде случаев избежать повторной операции.

Разработанные и внедренные меры профилактики после повторных операций позволили снизить частоту осложнений и улучшить результаты лечения (рац. предложение).

Определение признаков синдрома системной воспалительной реакции после повторной операции дает возможность оценить течение послеоперационного периода, своевременно заподозрить осложнения и использовать наиболее адекватный метод лечения (рац. предложение).

5. Соответствие автореферата содержанию диссертации

Автореферат полностью соответствует содержанию диссертации, поставленной в ней цели и задачам исследования. Содержание автореферата на русском и кыргызском языках соответствуют сути диссертационной работы. Автореферат имеет идентичное резюме на кыргызском, русском и английском языках.

6. Замечания по диссертации

После тщательного рассмотрения работы имеются некоторые замечания и пожелания, которые не носят принципиального характера и не влияют на оценку работы:

1. Имеются немногочисленные опечатки, орфографические ошибки.

2. Обзор литературы слишком содержателен и объемен, можно без утраты актуальности сократить.

3. В задачах исследования в пункте 2 указать алгоритм диагностики и повторной операции не только при желчеистечении, но и при других

осложнениях (кровотечения и кишечной непроходимости).

4. Имеются несоответствия количества повторно оперированных больных в таблицах 2.1.2, 3.1, 4.1 и 5.1. Необходимо тщательно пересмотреть таблицы.

5. В главе 3 и 4 часто встречаются повторяющиеся по смыслу выражения и термины, которые требуют коррекции.

6. В тексте диссертации и автореферата встречаются отдельные стилистические и орфографические ошибки, их можно исправить.

В целом принципиальных замечаний по диссертационной работе нет.

7. Предложения:

Эксперт диссертационного совета предлагает по докторской диссертации назначить:

✓ в качестве ведущей организации – АО «Национальный Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» (г. Алма-Ата, Республика Казахстан), где работают доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

➤ первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, заведующего отделением хирургии №1 ГKB №1 г. Бишкек Токтогулова Орозали Жунусалиевича, специальность по автореферату 14.01.17, который имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. Токтогулов, О. Ж. Способы размещения и фиксации эндопротеза при послеоперационных вентральных грыжах / О. Ж. Токтогулов, М. Б. Чапыев // Вестник КазНМУ. – 2019. – № 2. – С. 312-315.

2. Токтогулов, О. Ж. Симультанная операция при сочетании пупочной грыжи с желчнокаменной болезнью / О. Ж. Токтогулов, Т. Н. Калыбеков // Вестник КРСУ. – 2022. – Т. 22. – № 1. – С. 89-93.

✓ вторым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедры госпитальной и оперативной хирургии им. М.М. Мамакеева Сопуева Андрея Асанкуловича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), который имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. Сопуев, А.А. Оценка эффективности непрерывного ушивания передней брюшной стенки при лапаротомных доступах / А. А. Сопуев, Э. А. Тилеков, О. А. Умурзаков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 583.

2. Сопуев, А.А. Спаечная тонкокишечная непроходимость: эпидемиология, классификация, профилактика / А. А. Сопуев, Н. Н. Маматов, М. К. Ормонов [и др.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. – 2022. – № 1. – С. 18-25.

➤ третьим официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора кафедры хирургии им. Цой Г.В. НАО «Медицинского университета Астана» Тайгулова Ерлан Агзамовича специальность по автореферату 14.01.17, который имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. Тайгулов, Е.А. Использование виртуального лапароскопического симулятора "LAPSIM" в программе последипломного эндохирургического обучения врачей / Ж. Ш. Жумадилов, Е. А. Тайгулов, О. Б. Оспанов [и др.] //

Виртуальные технологии в медицине. – 2010. – № 1(3). – С. 25-26.

2. Тайгулов, Е.А. Эндогенная интоксикация при остром калькулёзном холецистите, осложнённым желтухой / О. Г. Цой, Е. А. Тайгулов, О. К. Дарменов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 2. – С.

8. Рекомендации:

Рекомендую диссертационную работу соискателя рассмотреть на заседании диссертационного совета.

9. *Заключение:* разработанные 2 рационализаторских предложений выданных кыргызпатентом включающих регионарную лимфостимуляцию в сочетании с дезинтоксикационной и противовоспалительной терапии позволили снизить частоту осложнений и улучшить результаты повторных операций. Внедрение второго рац.предложения направлено на определение частоты показателей синдрома системной воспалительной реакции, оценить значимость методов в своевременной диагностики осложнения требующего повторной операции.

В целом полученные результаты характеризуется внутренним единством и наличием взаимосвязи между главами диссертации. Результаты работы отражают причины повторных операции и соискатель обоснованно дает их классификацию, которая позволяет более глубоко изучить причины осложнений и соискатель, давая эти причины обобщает их и представляет значимость их учета при выполнениях первой операции.

Выводы соответствует целям и задачам исследования, а практические рекомендации основаны на комплексе исследования, 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 документации достоверна, репрезентативна и выполнена лично соискателем. Документы находятся в хорошем состоянии. Данные, имеющиеся в первичной документации, полностью соответствуют целям и задачами 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 14.24.710 при Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики принять диссертацию к защите Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему: «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Председатель: Слово предоставляется соискателю для ответа рецензенту.

Ответ: Глубокоуважаемый Байышбек Зияйдинович! Благодарю Вас за положительную оценку нашей работы.

Председатель: Уважаемые коллеги, для протокола к нам онлайн присоединился еще один член диссертационного совета Исраилова Венера Карыпбековна – доктор медицинских наук, профессор, мы очень рады вас видеть. Еще раз для протокола напоминаю, что сейчас в зале присутствуют 17 членов диссертационного совета, 2 – онлайн, в итоге из 19 членов присутствуют - 19.

Уважаемые коллеги! По уважительной причине на сегодняшнем заседании не смог присутствовать третий эксперт — д.м.н., профессор Чынгышпаев Шамиль Мукашевич. Если нет возражений, предлагаю предоставить слово учёному секретарю для оглашения заключения эксперта.

Заключение эксперта д.м.н., профессора Чынгышпаева Ш.М.

Рассмотрев представленную диссертацию соискателя Абдиева Аллана Асыгалиевича, пришел к следующему заключению:

1. Соответствие работы специальности, по которой дано право диссертационному совету принимать диссертации к защите: В представленной работе приводятся результаты повторных операции, выполненных по поводу различных осложнений, которые возникали после первой операции и требовали повторного вмешательства. В работе использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, доказано возможность снижения осложнений и летальности после повторной операции, что в полной мере отвечает паспорту специальности 14.01.17-хирургия.

2. Целью диссертации является – Улучшение результатов повторных операции в абдоминальной хирургии, за счет своевременной диагностики и мер профилактики осложнений.

Поставленная цель достигнута решением в диссертации следующих задач:

1. Проведен анализ частоты повторных операций в ближайшем послеоперационном периоде после лапаротомных и лапароскопических методов, выявлены причины их возникновения и характер.

2. Разработан алгоритм диагностики и показаний для выполнения повторных операций при желчеистечении.

3. Представлены меры профилактики интраоперационных и послеоперационных осложнений при операциях на печени и желчных путях, за счет разработки новых и усовершенствования известных методов.

4. Изучена динамика синдрома системной-воспалительной реакции при повторных операциях и определена их значимость в прогнозе исхода повторных операций.

5. Определена эффективность повторных операций с учетом характера осложнений.

6. Дана сравнительная оценка повторных операции, выполненным традиционно и с использованием разработанных мер профилактики.

Соответствие объекта исследования диссертации цели и задачам диссертации: *Объект исследования:* 110 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, у которых возникли осложнения, требующие повторной операции, а предметом исследования являлись клинические, лабораторные и инструментальные методы для определения характера осложнения заболевания, выбора тактики и использования разработанных методов лечения с учетом характера заболевания и его

осложнений. Для решения цели и задач использованы общие - клинические методы (жалобы, анамнез, осмотр больного), лабораторные (общий анализ крови, лейкоцитарный индекс интоксикации), бактериологическое исследование и инструментальные (УЗИ органов брюшной полости) и показатели синдрома системной воспалительной реакции. Выполненные исследования направлены на диагностику осложнений возникших при заболеваниях органов брюшной полости.

Актуальность темы диссертации. Одним из самой тяжелой операции на органах брюшной полости относятся повторные операции, которые возникают в ближайшие сроки. В диагностике осложнений и выборе срока и метода и объёма повторной операции предложено много методов и подходов, однако их использование лишь незначительно повысило эффективность повторных операции (А.Р. Шакирова, А.В. Смолькина, Ш.И. Хусаинов 2015). До сих пор остается высокая частота осложнений и летальности, что является одной из проблем лечения больных с осложнёнными формами заболеваний. Продолжаются поиски наиболее эффективных методов профилактики и осложнения после повторных операции, что подтверждает данного исследования (K. Buttenschoen, K. Fathimani, D.C. Buttenschoen 2010).

Степень и полнота критического анализа научных литературных данных в обосновании необходимости решения каждой из поставленных задач в диссертации: совершенствование методов диагностики осложнений после первой операции на органах брюшной полости для исключения необоснованного оперативного вмешательства или запоздалого повторного оперативного лечения. Автором обоснованы алгоритмы наиболее часто встречающихся осложнений в абдоминальной хирургии, требующих повторных операции, что значительно облегчает работу врача, для выбора метода лечения осложнений.

3. Научные результаты.

В работе представлены следующие новые научно-обоснованные теоретические и практические результаты, совокупность которых имеет большое значение для практической хирургии и развития медицинской науки:

3.1. Научная новизна: Представлен анализ частоты повторных операций в абдоминальной хирургии в ближайшем послеоперационном периоде их причины и результаты лечения; обоснован комплекс методов диагностики для определения показаний к повторным операциям; усовершенствованы этапы операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах для предотвращения осложнений в ближайшем периоде; научно обоснован алгоритм тактики при желчеистечении, кровотечении, ранней кишечной непроходимости; построен алгоритм ведения пациентов в послеоперационном периоде после повторных операций; впервые представлена динамика признаков синдрома системной воспалительной реакции и их зависимость от течения послеоперационного периода; усовершенствована нутритивная поддержка при перитоните и кишечной непроходимости; дана сравнительная оценка эффективности повторных операций с учетом разработанных мер профилактики и лечения..

3.2. Теоретическое значение работы заключается в том, что полученные результаты позволяют раскрыть этиопатогенез осложнений, требующих повторной операции.

3.3. Соответствие квалификационному признаку. Диссертация соответствует

требованиям п.п. 11 Положения о порядке присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия, является самостоятельной научно-квалификационной работой, где имеется изложение научно-обоснованных технических разработок, имеющих существенное значение в области хирургии.

4. Практическая значимость полученных результатов.

Выполненный анализ результатов повторных операций позволил выявить причины осложнений, которые потребовали повторного оперативного лечения.

Научно обоснован построенный алгоритм диагностики и лечения желчеистечения дает возможность дифференцированно подходить к выбору метода лечения этого осложнения и в ряде случаев избежать повторной операции.

Разработанные и внедренные меры профилактики после повторных операций позволили снизить частоту осложнений и улучшить результаты лечения (рац. предложение).

Определение признаков синдрома системной воспалительной реакции после повторной операции дает возможность оценить течение послеоперационного периода, своевременно заподозрить осложнения и использовать наиболее адекватный метод лечения (рац. предложение).

5. Соответствие автореферата содержанию диссертации. Автореферат полностью соответствует содержанию диссертации, поставленной в ней цели и задачам исследования. Содержание автореферата на русском и кыргызском языках соответствуют сути диссертационной работы. Автореферат имеет идентичное резюме на кыргызском, русском и английском языках.

6. Замечания по диссертации:

После тщательного рассмотрения работы имеются некоторые замечания и пожелания, которые не носят принципиального характера и не влияют на оценку работы:

1. В тексте имеется ряд орфографических ошибок.
2. В обзоре литературы довольно подробно изложены большинство причин, которые являются показанием для повторной операции.
3. В главе 7 необходимо добавить особенности введения послеоперационного периода у больных с ятрогенными повреждениями

В целом принципиальных замечаний по диссертационной работе нет.

7. Предложения:

Эксперт диссертационного совета предлагает по докторской диссертации назначить:

✓ в качестве ведущей организации – АО «Национальный Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» (г. Алма-Ата, Республика Казахстан), где работают доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

✓ первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, директора клиники “МЦ Эндомед” г. Ош Осумбекова Байышбека Зияйдиновича, специальность по автореферату 14.01.17, который имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. Осумбеков, Б.З. Лапароскопическая холецистэктомия у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости / Б. З. Осумбеков, Ж. Р. Батилов и др. // Вестник Ошского государственного университета. – 2015.– С. 150-155.

2. Осумбеков, Б.З. Видеолапароскопические технологии в хирургическом лечении эхинококковых кист печени / Б. З. Осумбеков, М. А. Чокотаев и др. // Вестник Ошского государственного университета. – 2015. – С. 76-79.

✓ вторым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора кафедры госпитальной и оперативной хирургии им. М.М. Мамакеева Тилекова Эрнис Абдышевича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), который имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. Тилеков, Э.А. Хитозан в комплексной реабилитации больных после обширных операций в абдоминальной хирургии / Э. А. Тилеков, Т. Б. Узаков, Ю. К. Уметалиев // Медицина Кыргызстана. – 2020. — С. 33-37.

2. Тилеков, Э.А. Оценка эффективности непрерывного ушивания передней брюшной стенки при лапаротомных доступах / А. А. Сопуев, Э. А. Тилеков, О. А. Умурзаков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 583.

✓ третьим официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, ректора Международного Медицинского университета Байгазакова Асылбек Топчубаевича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), который имеет труды близкие к проблеме исследования.

1. Байгазаков, А.Т. Характеристика функционального состояния печени у больных желчекаменной болезнью в раннем послеоперационном периоде после лапароскопической холецистэктомии / Б. С. Ниязов, А. А. Садыков, А. Т. Байгазаков [и др.] // Бюллетень науки и практики. – 2023. – Т. 9, № 6. – С. 199-208.

2. Байгазаков, А.Т. Байгазаков, А. Т. Лапароскопические технологии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (первый клинический опыт) / А. Т. Байгазаков, Н. А. Маманов, Б. К. Осмоналиев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. – 2015. – № 2. – С. 142-146.

8. Рекомендации:

Рекомендую диссертационную работу соискателя рассмотреть на заседании диссертационного совета.

9. Заключение:

разработанные 2 рационализаторских предложений выданных кыргызпатентом включающих регионарную лимфостимуляцию в сочетании с дезинтоксикационной и противовоспалительной терапии позволили снизить частоту осложнений и улучшить результаты повторных операции. Внедрение второго рац.предложения направлено на определение частоты показателей синдрома системной воспалительной реакции, оценить значимость методов в своевременной диагностики осложнения требующего повторной операции.

В целом полученные результаты характеризуется внутренним единством и наличием взаимосвязи между главами диссертации. Результаты работы отражают причины повторных операции и соискатель обоснованно дает их классификацию, которая позволяет более глубоко изучить причины осложнений и соискатель, давая эти причины обобщает их и представляет значимость их учета при выполнениях первой операции.

Выводы соответствует целям и задачам исследования, а практические

рекомендации основаны на комплексе исследования выполненных соискателям и отражают сущность научной работы.

По проверке первичной документации: проверка первичного материала подтверждает, что соискателям проведена самостоятельная работа по теме диссертации. Имеющаяся в наличии первичная документация достоверна, репрезентативна и выполнена лично соискателям. Документы находятся в хорошем состоянии. Данные, имеющиеся в первичной документации, полностью соответствуют целям и задачами 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 14.24.710 при Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики принять диссертацию к защите Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему: «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

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

ВЫСТУПИЛИ:

Мусаев А.И. – д.м.н., профессор: Уважаемый председатель уважаемые члены диссертационного совета, хирургию без повторных операций представить невозможно. Работ, посвящённых повторным операциям после лапаротомных операций достаточно множество, а что касается лапароскопических операций, это новое, молодое направление, но к сожалению, после этих операций тоже возникает необходимость в повторных операциях.

На мой взгляд ценность этой работы заключается в том, что автор делает дифференциальную диагностику. В каких случаях нужно делать релапаротомию, а в каких случаях можно ограничиться проведением релапароскопических операций. Конечно, как и в любой работе имеется изъяны малых количествах, но это новое направление, таких работ я думаю будет всё больше и больше. В целом я думаю, что работа выполнена колоссальная и автор достоин проходить следующий этап научной деятельности и допуску к защите диссертации.

Председатель: Спасибо Акылбек Инаятович!

Узакбаев К.А. – д.м.н., профессор: Уважаемый председатель уважаемые члены диссертационного совета прежде всего хочу поздравить научного консультанта Оморова Рахатбек Арсыбековича и конечно диссертанта с завершением работы, мы все знаем, как тяжело подойти к решению о повторной операции. Это говорит о том, что и диссертант, и научный консультант проделали очень большую работу. Так как более выбранная диссертационная тема очень тяжёлая. Мы все знаем, что не все хирурги берутся исправлять ошибки или идти на повторную операцию, это очень тяжело. Берутся только те, которые уже и психологически, мастерски, технически и квалификационно готовы

профессиональные хирурги. Если Абдиев Аллан Асыгалиевич взялся за это дело значит он доказывает себе, что это работа ему под силу. В этом отношении я и многие коллеги его поддерживаем.

Только вот единственное хотел бы вот уважаемому Рахат Арсырбековичу обратиться, он сказал надо растить кадров так, чтобы диссертационный совет был дружелюбен к диссертантам. Уважаемый профессор здесь всех сидящих хорошо знает, наш диссертационный совет очень дружелюбный коллектив, я так думаю, что это не замечание, а пожелание.

Теперь по поводу диссертации на всех позициях, изложенных диссертационной работе, я бы не хотел останавливаться, только по одной части. Научной и практической значимости. В практической значимости вы уже доказываете, предлагая конкретные алгоритмы для лечебных учреждений, для специалистов. Для регионов этот алгоритм должен быть необходимым инструментом, дорожной картой. Андрей Асанкулович задал организационный вопрос на счёт клинического протокола министерству здравоохранения Кыргызской Республики и разработки методических рекомендаций для молодых врачей и специалистов. И он правильно отметил, что документы имеет трёхуровневый шаг оказания медицинской помощи. Первый уровень оказания медицинских услуг, второй уровень и третий уровень. Но, к великому сожалению, эти уровни не всегда соблюдаются. А ваша работа должна быть документом для министерства здравоохранения, так как вы научно обосновываете что повторная операция возникали возникают и будут возникать.

И хотелось бы сказать диссертанту, Аллан Асыгалиевич, предзащита — это такой уровень, когда очень много вопросов — это хорошо. Как в старой пословице "тяжело в учении, легко в бою", когда маститые учёные, профессора задают много вопросов это надо воспринимать правильно, не надо теряться. После исправления замечаний рекомендую диссертационному совету допустить диссертанта к защите. Спасибо!

Председатель: Спасибо Камчыбек Аскарбекович!

Сопуев А.А. – д.м.н., профессор: спасибо большое, уважаемые коллеги я бы хотел выразить своё мнение к диссертационной работе и диссертанту. Открывая автореферат Абдиева Аллана Асыгалиевича, я рассчитывал как обычно, пробежать глазами по диаграммам, кивнуть на законные диагнозы и подготовить пару формальных замечаний. Но не тут-то было. Перед нами не просто работа, а хирургическая эпопея длиной в 20 лет. С желчеистечениями, перитонитами, кровотечениями, кишечной непроходимостью, и простите даже с эвентрацией. Они фигурируют чаще чем кружка кофе за нашим столом.

Автор не только выжил в этой буре осложнений, но ещё и умудрился всё проанализировать, систематизировать, построить алгоритмы, добавить озон и Прозерин, и всё это без вреда для пациента, а даже с положительным эффектом. Самое удивительное он и сам выглядит бодро. Аллан Асыгалиевич показал, что повторная операция — это не приговор, а шанс особенно если под рукой хирурга есть чёткий алгоритм, уверенная рука, и озонированный раствор. Видно, что работа не с потолка списано, а прочно опирается на личный опыт, практику и скажем честно, хирургический боевой характер. Ну и как тут не вспомнить народную хирургическую мудрость выдержки один час позора на предварительной

защите иди на официальную защиту уже как член корр. Но судя по сегодняшнему выступлению ни о ком позоре не идёт и речи, всё чётко, логично, живо и местами даже приятно. Коллеги я однозначно поддерживаю эту работу, считаю её зрелой, ценный и готовой к дальнейшей защите. Аллан Асыгалиевич теперь осталось немного, дожить и смело смотреть в лицо официальным оппонентам и делать вид что тебе было всё легко. Спасибо!

Председатель: Спасибо Андрей Асанкулович!

Тилеков Э.А. – д.м.н., профессор: Я бы хотел выступить коротко, давно у нас не было работ в такой области как повторные операции или релапаротомии. В моей памяти я не помню кто в последний раз защищался или проводил такие научные работы. Тема очень актуальная и нужная, работа сделана огромная, и диссертант доложил очень доходчиво и хорошо. Я думаю, он очень хорошо владеет материалом. В этой работе за 20 лет около 110 повторных операций, для большой клиники — это конечно маловато, но это к лучшему я думаю. В нашей клинике проходит по 20 иногда под 30 релапаротомий ежегодно, есть, конечно, обоснованные есть необоснованные. Не зря я задавал вопрос насчёт рейтинга или градацию хирурга, ведь главный из причин повторных операций как говорил покойный академик Мамакеев Мамбет Мамакеевич, это рука хирурга. Надо это признать, ведь 70-80% релапаротомий происходят по вине руки хирурга. И надо признать, что релапаротомии были, есть и будут, ведь кто работает у того когда-нибудь будут осложнения, а кто не работает у того не бывает.

Наша задача все осложнения надо свести минимуму. В последнее время хирургия начинает развиваться в техническом отношении, малые и большие операции делаются во всех клиниках в том числе и в частных, при этом рвутся молодые ещё неопытные хирурги в области эндоскопической хирургии, и по этому поводу последнее время осложнения стали возникать всё чаще. И к сожалению, запоздалые релапаротомии приводят к летальным исходам, это конечно плачевно. Я абсолютно согласен с профессором Оморовым Рахат Арсыбековичем, когда хирург оперирует и видит на следующий день осложнение в виде желчеистечения или кровотечения, и по дренажным трубкам начинает выделяться отделяемые, тогда хирург всегда крутит в своей голове ход операции. Зачастую, когда мы видим ятрогенные повреждения желчевыводящих путей, конечно, сами себя обманываем что желчеистечение идёт из ложе желчного пузыря или может быть имеется дополнительный проток, таким образом можем довести до перитонита. И можем взять на операцию запоздало, и эти больные с трудом идут на выздоровление. В моральном отношении хирургу очень тяжело, пациенту тяжело и родственникам тяжело. Алгоритм при повторных операциях очень хорошо оформлен. Я думаю, надо где-то указать что оперирующему хирургу при повторных операциях желательно не участвовать, а всего лишь наблюдать, потому что в эмоциональном плане это тяжело и может привести к гиподиагностике или гипердиагностике. Всегда же думаем, а вдруг обойдётся. Поэтому я думаю, что повторные операции должен выполнять более опытный квалифицированный и морально крепкий специалист, который может исправить ситуацию и спасти жизнь больному. В нашей клинике тоже бывает релапаротомии, бывает запоздалые. Не зря говорят "вовремя сделанные релапаротомия ошибкой не считается". Алгоритмы все хорошие, некоторые наши коллеги отметили, что

методологии алгоритмов можно что-то добавить. Например, ваш второй рецензент профессор Осумбеков Байышбек Зияйдинович отметил, что можно было бы добавить алгоритм при спаечной кишечной непроходимости, конечно, вы с вашим консультантом обсудите и, может быть, добавьте. Я считаю, что работа завершённая, выводы и практически рекомендации хорошо изложены, если вы сочтёте нужным с учётом замечаний мне кажется, что нужно дать разрешение диссертанту на публичную защиту.

Председатель: Спасибо Эрнис Абдышевич! Еще есть вопросы, если нет, то разрешите подвести итоги сегодняшней работы.

Заключительное слово председателя – д.м.н., профессор Ниязов Б.С. Мы выслушали диссертанта. Я хочу коротко тоже сказать своё заключение. Абдиев Аллан Асыгалиевич доложил очень хорошо. Было много вопросов на которые он отвечал чётко и хорошо. Но были вопросы, которые вам нужно обсудить со своим научным консультантом. Что хотелось бы сказать по научной работе, насчёт актуальности не хотелось бы останавливаться так как повторные операции везде, в любых клиниках по миру были осложнения и будут. Вот ваша работа и заключалась в том, чтобы провести профилактику чтобы в послеоперационном периоде не возникало или уменьшилось количество осложнений. Было бы хорошо если бы в вашей работе отражалось количество повторных операций по годам. И по нозологиям. Это бы отвечало на вопрос с каждым годом лучше или хуже. Вашу работу украшают алгоритмы диагностики и лечения и вообще алгоритм тактики при повторных операциях. Было бы хорошо если бы это всё запатентовали. Это украсило бы вашу докторскую диссертацию.

В процессе обсуждения возникали вопросы насчёт клинических протоколов и методических рекомендаций для молодых врачей и начинающих хирургов, это бы украсила вашу диссертацию. Я думаю, методические рекомендации и клинические протокола были бы настольной книгой для молодых врачей, начинающих хирургов и ординаторов. Насчёт статистической обработки вашего материала хорошо было бы если бы в автореферате указали бы каким методом проводили обработку. Ведь автореферат читают весь диссертационный совет и многие, а диссертацию только эксперты и оппоненты, и что хотелось бы сказать в обзоре литературы нам бы хотелось, чтобы вы добавили работы наших учёных, например, у профессора Сыдыгалиева Кылычбек Сулкайдаровича очень много работ по нутритивной терапии, очень много работ по лапароскопии у профессора Тилекова Эрнис Абдышевича и других членов диссертационного совета можно добавить. Вы в своей библиографии не указываете фамилии отечественных авторов надеюсь проконсультировавшись с научным руководителем, возможно, добавьте. Обязательно учитывайте при окончательном оформлении диссертации замечания официальных и неофициальных рецензентов. Конечно, после обсуждения со своим научным консультантом.

Позвольте поблагодарить экспертов в лице доктора медицинских наук, профессора Эралиева Б.А., доктора медицинских наук, профессора Осумбекова Б.З. и доктора медицинских наук, профессора Чынгышпаева Ш.М., которые изложили свои объективные мнения о работе диссертанта Абдиева А.А. Думается, что сделанные ими рекомендации и замечания будут учтены соискателем и его научным консультантом.

Подводя итог сегодняшнему заседанию, хочу отметить, что по уровню исследования, достоверности полученных результатов, научной новизне положений и выводов вполне можно признать, что диссертация Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему: «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии», выполнена на должном методическом уровне и может быть представлена на официальную защиту по специальности 14.01.17 - хирургия.

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

Результат голосования: «За» - 19; «Против» - нет; «Воздержавшихся» - нет.

Председатель:

Приступим к утверждению ведущего учреждения и официальных оппонентов. Эксперты диссертационного совета по предварительному рассмотрению диссертации предлагают диссертационному совету по докторской диссертации:

➤ *в качестве ведущей организации* – АО «Национальный Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» (г. Алма-Ата, Республика Казахстан), где работают доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.17 – хирургия.

Председатель: Будем голосовать по пунктам, кто чтобы в качестве ведущей организации был АО «Национальный Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» (050004, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Желтоксан, 62).

Результат голосования: «За» - 19; «Против» - нет; «Воздержавшиеся» - нет.

Председатель: Теперь у нас по первому официальному оппоненту, в качестве первого официального оппонента предложено кандидатура - д.м.н., профессора, директора клиники “МЦ Эндомед” г. Ош, Осумбекова Байышбека Зияйдиновича, специальность по автореферату 14.01.17.

Выступил д.м.н., профессор Узакбаев Камчыбек Аскарбекович: Обычно в качестве первого официального оппонента предпочтительно выбирать члена диссертационного совета. В связи с этим предлагаю кандидатуру д.м.н., профессора Эралиева Бейшенбека Ашимовича, который тоже имеет труды близкие к проблеме исследования.

Председатель: Уважаемые коллеги, учитывая рекомендации Камчыбека Аскарбековича, в качестве первого официального оппонента предлагаю заведующего отделением гнойной хирургии Национального хирургического центра МЗ Кыргызской Республики, доктора медицинских наук, профессора Эралиева Бейшенбека Ашимовича (14.01.17 - хирургия), прошу голосовать.

Результат голосования: «За» - 19; «Против» - нет; «Воздержавшиеся» - нет.
Решение принято.

➤ *вторым официальным оппонентом* – доктора медицинских наук, доцента Байгазакова Асылбека Топчубаевича, ректора Международного медицинского университета «Авиценна», специальность по автореферату 14.01.17, который имеет труды близкие к проблеме исследования.

➤ *третьим официальным оппонентом* - доктора медицинских наук, профессора Тайгулова Ерлана Агзамовича, профессора кафедры хирургии им. Цой

Г.В. НАО «Медицинского университета Астана» Республика Казахстан, специальность по автореферату 14.01.17, который имеет труды близкие к проблеме исследования.

Результат голосования: «За» - 19; «Против» - нет; «Воздержавшихся» - нет. Решение принято.

И так, принято: в качестве ведущей организации – АО «Национальный Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» (050004, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Желтоқсан, 62). представленной к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

✓ первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, заведующего отделением гнойной хирургии Национального хирургического центра МЗ Кыргызской Республики Эралиева Бейшенбека Ашимовича, специальность по автореферату 14.01.17, который имеет труды близкие к проблеме исследования.

✓ вторым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, ректора Международного медицинского университета «Авиценна» Байгазакова Асылбека Топчубаевича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), который имеет труды близкие к проблеме исследования.

✓ третьим официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора, профессора кафедры хирургии им. Цой Г.В. НАО «Медицинского университета Астана» Республика Казахстан Тайгулова Ерлана Агзамовича (специальность по автореферату 14.01.17 – хирургия), который имеет труды близкие к проблеме исследования.

Заключительное слово председателя: Позвольте поблагодарить членов диссертационного совета за плодотворную работу. Таким образом, диссертационная работа Абдиева Аллана Асыгалиевича выполнена на актуальную тему, современном методическом уровне, содержит новизну, имеет практическое значение, в ней представлено решение одной из актуальных проблем хирургии, что соответствует требованиям ВАК КР, предъявляемым к докторским диссертациям по специальности 14.01.17 - хирургия. Диссертационная работа после устранения замечаний может быть представлена к защите в диссертационный совет Д 14.24.710 при КГМА им. И. К. Ахунбаева и НХЦ МЗ КР для официальной защиты.

После обсуждения принято:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ по предварительной защите диссертационной работы соискателя Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Наиболее существенные результаты, полученные диссертантом

Представлен анализ частоты повторных операций в абдоминальной хирургии в ближайшем послеоперационном периоде их причины и результаты лечения.

Обоснован комплекс методов диагностики для определения показаний к повторным операциям.

Усовершенствованы этапы операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах для предотвращения осложнений в ближайшем периоде.

Научно обоснован алгоритм тактики при желчеистечении, кровотечении, ранней кишечной непроходимости.

Построен алгоритм ведения пациентов в послеоперационном периоде после повторных операций.

Впервые представлена динамика признаков синдрома системной воспалительной реакции и их зависимость от течения послеоперационного периода. Усовершенствована нутритивная поддержка при перитоните и кишечной непроходимости.

Дана сравнительная оценка эффективности повторных операций с учетом разработанных мер профилактики и лечения.

Оценка достоверности и новизны полученных данных.

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: научно-практической международной конференции КГМА им. И. К. Ахунбаева (г. Бишкек, 2015, 2016, 2017, 2018, 2020), на совместном заседании сотрудников кафедры факультетской хирургии КГМА и хирургов ГКБ №1, г. Бишкек (г. Бишкек, 2024).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 21 научных статьи, из них 4 работы опубликованы в журналах ближнего зарубежья с импакт-фактором больше 0,2, и 5 статьи в журналах входящих в Scopus рекомендованных ВАК КР. Приняты к использованию 2 рационализаторских предложения, № 63/2022 от 02.12. 2022 г. и № 64/2022 от 02.12.2022г. выданные патентным отделом КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Практическая значимость.

Если течение послеоперационного периода отличается от обычного наблюдаемого, то необходимо проанализировать ход выполненной ранее 30 операции – выполнить дополнительные обследования для выявления причин необычного течения.

При подозрении на возникшее осложнение после операции использовать все возможные методы диагностики, чтобы подтвердить или исключить осложнения (анализ крови, ЛИИ, УЗИ и по показаниям КТ, синдром системной воспалительной реакции).

Перед повторной операцией, особенно у лиц пожилого и старческого возраста необходимо оценить степень функциональных изменений органов и систем с уточнением факторов операционно – анестезиологического риска.

При выявлении признаков внутрибрюшного кровотечения, эвентрации повторную операцию выполнять в экстренном порядке, при желчеистечении использовать дифференцированный подход в выборе срока повторной операции.

При ранней послеоперационной кишечной непроходимости консервативное лечение выполнять продолжительностью не более 6 часов, если после консервативного лечения после кратковременного улучшения вновь появляется схваткообразная боль, а при УЗИ обнаруживаются признаки кишечной непроходимости, то необходимо выполнить релапаротомию.

При выполнении повторной операции, независимо от характера осложнений, выполнять введение антибиотика с лимфотропной смесью в корень брыжейки тонкого кишечника, в лимфотропную смесь добавлять 2мл прозерина, а при

гноном перитоните в брыжейку тонкого кишечника фиксировать микроирригатор и через него после операции вводить один раз в сутки антибиотики и лимфотропную смесь для предотвращения пареза кишечника и ликвидации воспалительного процесса.

При повторной операции по поводу перитонита в момент операции удалять экссудат и брюшную полость санировать озонированным раствором хлорида натрия для снижения микробного обсеменения, а затем выполнить адекватное дренирование брюшной полости.

Для выбора объема лечения после повторной операции использовать разработанные алгоритмы.

После выполнения повторной операции по поводу перитонита, обратить особое внимание на коррекцию энтеральной недостаточности с использованием озонированных смесей. Для научно обоснованного выбора лечебной тактики усовершенствована диагностическая система, проведен анализ и учет клинико-лабораторных данных, использования обзорной рентгенографии брюшной полости, ультразвукового исследования органов брюшной полости, ректороманоскопии, колоноскопии и ирригоскопии, системы интегральной оценки степеней тяжести состояния SAPS.

ПОСТАНОВИЛИ:

1. Учитывая актуальность выполненной работы, ее современный методический уровень, новизну научных положений, проведенных исследований, практическую значимость, диссертационная работа Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии» является законченным, самостоятельным научным исследованием, содержащим новое решение одной из актуальных задач в хирургии, что соответствует требованиям «Положения о порядке присуждения ученых степеней» НАК ПКР, предъявляемым к докторским диссертациям.

2. Утвердить ведущее учреждение и официальных оппонентов по диссертационной работе Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии».

3. Рекомендовать диссертационную работу Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии» к официальной защите в диссертационном совете Д 14.24.710 при КГМА им. И. К. Ахунбаева и НХЦ МЗ КР на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Председатель:
д.м.н., профессор

Секретарь:
к.м.н.
15.04.2025 г.

Ниязов Б.С.

Кудаяров Э.Э.

