

Отзыв

научного руководителя на диссертационную работу соискателя кафедры хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Давлатзода Худойдои Бахриддина на тему «Патогенез и лечение острого калькулезного холецистита у беременных», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17- Хирургия

Тема диссертационной работы соискателя кафедры хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино Давлатзода Худойдои Бахриддина посвящена одной из актуальных проблем современной хирургии - острому калькулезному холециститу (ОКХ) и его осложнениям. Острый калькулезный холецистит (ОКХ) и его осложнения занимают одно из ведущих мест среди хирургической патологии органов брюшной полости у беременных женщин [Серов В.Н., 2011; Стяжкина С.Н. и др., 2017; Антинян К.Д. и др., 2019; Athwal R. et al., 2016]. Частота встречаемости желчно-каменной болезни (ЖКБ) во время гестации, по мнению разных авторов, составляет от 12% до 30% [Агазова А.Р., Салихова Г.С., 2016; Успенская Ю.Б. и др., 2018]. У 80% беременных с предшествующей ЖКБ появляются приступы печеночной колики или острого холецистита, в результате чего в 9% случаев возникают самопроизвольные выкидыши и в 30% - преждевременные роды [Агазова А.Р., Салихова Г.С., 2016; Трефилова М.А., Гафурова М.М., 2017]. Представление о патогенезе холелитиаза прошло долгий путь, но до сих пор в этой проблеме остается много нерешенных вопросов.

К числу важных факторов камнеобразования у женщин детородного возраста относят частые беременности и роды [Ивашкин В.Т. и др., 2016; Portincasa P. et al., 2016]. Гормональные изменения, происходящие во время гестации, такие, как повышение эстрогена и прогестерона, вызывают у женщин повышенный риск билиарного сладжа и, как следствие, камнеобразование в желчном пузыре [Успенская Ю.Б., Шептулин А.А., 2018; De Bari O., Wang T.Y., 2014]. Мы убеждены в том, что именно во время первой половины беременности происходит начальное камнеобразование. Однако убедительных данных в пользу этой гипотезы до сегодняшнего дня не имеется.

В настоящее время роль дисхолии и застоя желчи в развитии холестеринового камнеобразования не оспаривается и считается приоритетной [Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., 2008; Агазова А.Р., Салихова Г.С., 2016; Менюк Т. и др., 2018; Bari O. et al., 2014; Di Ciaula A., 2018].

Вероятность манифестации острого холецистита, реже холедохолитиаза, билиарного панкреатита у беременных женщин, имеющих желчные камни, очень высока [Трефилова М.А., Гафурова М.М., 2017; Китаева М.А., 2021; Gogan A., 2014]. Они могут развиваться на любом сроке гестации и порой требуют оперативного вмешательства в неотложном порядке [Стяжкина С.Н. и др., 2017; Gogan A., 2014]. Развитие острого калькулезного холецистита в I триместре беременности и оперативные вмешательства, выполняемые под общим наркозом, на данном сроке гестации сопряжены с высоким риском раннего прерывания беременности. С увеличением срока беременности снижается вероятность безопасного использования лапароскопической холецистэктомии и значительно возрастают технические трудности при выполнении традиционных операций по поводу ОКХ, что нередко может привести к преждевременным родам, а в некоторых случаях к гибели как матери, так и плода [Успенская Ю.Б., Шептулин А.А., 2017; Athwal R. et al., 2016; Sedaghat N. et al., 2017; Hammad I.A., 2018].

Решение вопроса о тактике лечения ОКХ в зависимости от сроков беременности остается открытым [Стяжкина С.Н. и др., 2017; Антинян К.Д. и др., 2019; Китаева М.А., 2021; Veerappan A. et al., 2013; El-Messidi A. et al., 2018].

В связи с этим, вопросы патогенеза ЖКБ у беременных, своевременной диагностики, рациональной консервативной терапии, выбора метода и объема того или иного хирургического вмешательства при ОКХ в зависимости от стадии беременности, определения сроков операции, по-прежнему являются актуальными, требующими тщательного изучения и стандартизации.

Данное исследование основано на проведении перспективного изучения результатов наблюдения и лечения пациенток с ОКХ в различные периоды беременности среди 120 беременных женщин, которые поступили в клинические учреждения, являющиеся базами кафедр акушерства и гинекологии №1 и хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино», на базах ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол” и ГУ ГЦСМП г. Душанбе.

Автором лично обследованы больные, разработана медицинская документация и заполнены индивидуальные карты обследования пациентов, проведены инструментальные и лабораторные исследования.

Научные положения, выводы и практические рекомендации отражают суть диссертационной работы, вытекают из фактического материала, высокоинформативных методов исследования. Достоверность полученных

автором результатов обусловлена высоким методическим уровнем исследований и статистической обработкой научного материала.

На основании комплексного клинического, биохимического и морфологического исследований установлено, что пусковым механизмом в патогенезе камнеобразования у беременных является гипомоторная дисфункция желчного пузыря вследствие снижения синтеза серотонина и мелатонина печенью и слизистой желчного пузыря.

Выявлена корреляционная связь между степенью выраженности расстройства моторной функции желчного пузыря, биохимическим составом крови и желчи с уровнем серотонина (мелатонина) в желчи и крови. На основании полученных данных впервые уточнено значение гипомоторной дисфункции желчного пузыря в патогенезе холелитиаза и предложена концепция патогенеза желчекаменной болезни.

Доказано, что миниинвазивные эхоконтролируемые декомпрессивные вмешательства при ОКХ у беременных в II-III триместрах не оказывают негативного воздействия на маточно-плацентарный кровоток. Доказано, что миниинвазивные вмешательства с последующим пролонгированием беременности не сопровождаются тяжелыми послеродовыми осложнениями. Исследованы результаты эффективности применения различных схем лечения желчекаменной болезни в I ее стадии.

На основе проводимых исследований было разработан, научно обоснован и предложен лечебно-диагностический алгоритм при остром калькулезном холецистите у беременных для врачей акушеров-гинекологов и хирургов клинической практики.

Предложенный лечебно-диагностический алгоритм при остром калькулезном холецистите у женщин в период гестации позволяет врачам акушерам-гинекологам и хирургам своевременно поставить диагноз, определить морфологическую форму холецистита, оценить состояние матери и плода и выбрать адекватную хирургическую тактику.

Соискателем опубликованы 5 научных работ по теме диссертации, из них 3 статьи журналах, рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан и ВАК РФ. Разработано и заявлено 3 рационализаторских предложения: «Способ консервативного лечения билиарного сладжа и желчекаменной болезни в предкаменной стадии у беременных» №3467/R855, «Способ миниинвазивного лечения острого осложненного калькулезного

холецистита у беременных» № 3465/R853, «Способ хирургического лечения острого калькулезного холецистита у беременных» № 3466/R854.

Выводы и практические рекомендации соответствуют поставленным задачам, сформулированы конкретно и четко, они вытекают из результатов проведенных исследований и имеют важное научно-практическое значение.

Всё вышеизложенное позволяет считать работу Давлатзода Худойдоди Бахриддина на тему «Патогенез и лечение острого калькулезного холецистита у беременных» по своей актуальности, научной новизне, практической значимости в полной мере соответствующей требованиям ВАК РФ, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17- Хирургия.

Научный руководитель,

д.м.н., профессор



Абдуллозода Дж.А.

ИМЗОИ ПОДПИСЬ	<i>Абдуллозода</i>
<i>Дж.А.</i>	
ТАСДИҚ МЕНАМОЯМ/ЗАВЕРЯЮ	
САРДОРИ БАХШИ КАДРИИ РҲК/ НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА КАДРОВ УРК	
" 20 "	12 / 2023 с/г