

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

Доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России Шаповальянца Сергея Георгиевича о диссертационной работе Колотильщикова Андрея Александровича «Выбор способа секвестрэктомии в лечении больных панкреонекрозом», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия

Актуальность

Работа посвящена актуальной проблеме - лечению инфицированных форм панкреонекроза, представляющих наиболее частую причину летальности в этой группе больных.

В последние годы, благодаря разработке и внедрению новых медицинских технологий, появилась возможность осуществлять оперативное лечение с применением малотравматичных способов секвестрэктомии. Особый интерес вызывают видеоассистированная ретроперитонеоскопическая секвестрэктомия и эндоскопическая транслюминальная секвестрэктомия. Кроме того, не потерял своей актуальности открытый способ выполнения секвестрэктомии.

Несмотря всестороннюю изученность данной проблемы, остается актуальным вопрос выбора оптимального способа секвестрэктомии, что находит отражение в мировой литературе. В большинстве современных клинических рекомендациях описываются различные способы секвестрэктомии, но не сформулированы четкие критерии использования конкретных малотравматичных способов секвестрэктомии в каждом клиническом наблюдении. Таким образом, приоритетным направлением является уточнение единого подхода в лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом.

Целью диссертационной работы А.А. Колотильщикова является улучшение результатов лечения больных панкреонекрозом на основе персонифицированного подхода к выбору оптимального способа секвестрэктомии.

На основе разработанных «Типов панкреонекроза», сформулированы показания к использованию эндоскопического транслюминального способа секвестрэктомии (ЭТС) и видеоассистированной ретроперитонеоскопической секвестрэктомии (ВАРС), уточнены показания к использованию открытого способа хирургического лечения в фазе секвестрации.

Научная новизна

Автор разработал лечебно-диагностический алгоритм, основанный на результатах дооперационной инструментальной топической диагностики и интраоперационной инструментальной навигации, выделил «Типы панкреонекроза», что позволило персонифицировать подход к выбору оптимального способа секвестрэктомии у больных панкреонекрозом в фазе секвестрации и достигнуть улучшения результатов проводимого лечения.

А.А. Колотильщиков определил критерии выбора оптимального способа секвестрэктомии в зависимости от диагностированного «Типа панкреонекроза», основанного на результатах топической диагностики, обосновал применение интраоперационной навигации с целью уменьшения операционной травмы и улучшения результатов секвестрэктомии.

Теоретическая и практическая значимость

Теоретическая значимость исследования А.А. Колотильщикова заключается в разработке идеи персонифицированного подхода к хирургическому лечению панкреонекроза на основе выделения «Типов панкреонекроза».

Работа имеет большое практическое значение. Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм, основу которого составляет «Типирование панкреонекроза», позволяет выбрать оптимальный способ секвестрэктомии в зависимости от диагностированной локализации и распространенности гнойно-некротических изменений в брюшинном пространстве, что позволило улучшить результаты лечения.

Структура и содержание работы

Диссертация А.А. Колотильщикова написана в традиционном стиле, состоит из введения, 5 глав (обзор литературы, материалы и методы исследования, результаты применения комбинированного способа секвестрэктомии у пациентов группы 1 с инфицированным панкреонекрозом, обоснование усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма хирургического лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом группы 2, типы панкреонекроза; выбор способа секвестрэктомии в хирургическом лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом группы 2, обсуждение результатов), заключения, выводов, практических рекомендаций, лечебно-диагностического алгоритма, а также списка литературы, представленного 162 источниками (из них 39 отечественные, 123 зарубежные).

Текст диссертации изложен на 134 страницах компьютерного текста, иллюстрирован 25 таблицами, 3 графиками и 35 рисунками. Работа написана в соответствии с требованиями ВАК РФ.

Введение посвящено актуальности работы. Автор детально описывает основные проблемы, формулирует цель и задачи, научную новизну и практическую значимость. Кроме того, определяются основные положения, выносимые на защиту, а также представляются данные по апробации и внедрению в практику.

Цель работы четко определена, задачи сформулированы корректно, их решение позволяет достичь цели проведенного исследования. Раздел «Научная новизна» полностью отражает проведенный автором анализ причин недостаточной эффективности ранее проводившегося лечения и разработанный автором алгоритм ведения больных.

В обзоре литературы описаны современные представления об эпидемиологии, этиологии и патогенезе острого панкреатита и панкреонекроза, лабораторной и инструментальной диагностике, миниинвазивных и открытом способах лечения инфицированного панкреонекроза.

Анализ литературы позволил автору сделать следующее заключение: проблема выбора оптимального способа секвестрэктомии у пациентов с инфицированным панкреонекрозом нуждается в дальнейшем изучении. Ключевыми вопросами являются: определение факторов, влияющих на выбор способа секвестрэктомии и выработка единого лечебно-диагностического алгоритма.

Обзор отражает скрупулезность автора и знание литературы. Перечень использованной литературы включает 162 источника, что является достаточным для всестороннего анализа имеющихся в литературе данных.

Вторая глава посвящена характеристике клинических наблюдений и методов исследования. В основе научной работы лежит определение эффективности различных способов секвестрэктомии (в том числе малотравматичных: видеоассистированной ретроперитонеоскопической и эндоскопической транслюминальной), применяемых в лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом, а также оценка непосредственных и отдаленных результатов данных способов лечения.

Автором проанализированы результаты диагностики и лечения 291 пациента, с инфицированным панкреонекрозом в фазе секвестрации, которые находились на лечении в хирургической клинике Боткинской больницы 2012 по 2019 гг.

Проводимое исследование указанных пациентов, которые были оперированы по поводу инфицированного панкреонекроза в фазе секвестрации, является ретроспективным и проспективным, наблюдательным, нерандомизированным.

Все пациенты были распределены автором на 2 группы: основную и сравнительную. Группа 1 (сравнительная) состояла из 136 пациентов, пролеченных за период с 2012 по 2015 годы. Группа 2 (основная) состояла из 155 пациентов, пролеченных за период с 2016 по 2019 годы. Сформированные группы являются сопоставимыми по полу, возрасту, этиологии. В лечении пациентов 1 группы применялся комбинированный способ, состоящий из пункционно-дренирующего и открытого (136 больных).

У пациентов 2 группы было применено подразделение на «Типы панкреонекроза», что в дальнейшем позволило выбрать один из указанных способов секвестрэктомии: эндоскопический транслуминальный (24 пациента), видеоассистированный ретроперитонеоскопический (9 пациентов), а также сочетание ПДС+ВАРС+открытого способа (20 больных) и ПДС+открытого способа секвестрэктомии (102 пациента).

Деструктивный процесс в забрюшинном пространстве, характерный для Типа I диагностирован у 24 пациентов (15,5%), Тип IIa – у 6 пациентов (3,8%), Тип IIb – у 12 пациентов (7,8%), Тип IIIa диагностирован среди 3 пациентов (1,9%), а Тип IIIb среди 8 пациентов (5,2%), Тип IV – у 102 пациентов (65,8%).

Критерии включения: больные инфицированным панкреонекрозом в фазе секвестрации, которым выполнялось оперативное лечение с применением различных способов секвестрэктомии. Критерии невключения: больные панкреонекрозом с диагностированным асептическим некрозом поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, которым, оперативное лечение не было показано и не проводилось.

В работе были использованы и описаны применявшиеся современные инструментальные и лабораторные методы исследования, включая мультиспиральную компьютерную томографию органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, ультразвуковое исследование, эндосонографию. Оценка результатов лечения проводилась по характеру послеоперационных осложнений (классификации Clavien – Dindo), длительности госпитализации.

А.А. Колотильщиковым Подробно описаны применявшиеся малотравматичные и открытый способы секвестрэктомии у пациентов с инфицированной формой панкреонекроза, отражены технические особенности выполнения оперативных вмешательств, в том числе – этапным способом.

Автор провел статистический анализ полученных в работе цифровых данных с использованием программы IBM SPSS Statistics (США), версии 21, а также с помощью программы «Microsoft Excel». Полученные автором результаты представлены в виде среднеарифметической и ее стандартной ошибки. Выборки в основной и контрольной

группах сопоставлялись с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни для независимых выборок. При полученном коэффициенте достоверности (p) менее 0.05 выборка считалась достоверной. Для того чтобы проверить степень влияния дополнительного фактора (типирование панкреонекроза) на способ лечения пациентов, автор применил непараметрический критерий Краскела-Уоллеса для трех и более независимых выборок.

Третья глава диссертационной работы А.А. Колотильщикова посвящена описанию результатов применения комбинированного способа секвестрэктомии у пациентов группы 1 (136 пациентов) с инфицированным панкреонекрозом.

В главе подробно описываются результаты лечения ретроспективной группы больных, которые находились на стационарном лечении в хирургической клинике Боткинской больницы в период с 2012 по 2015 годы. Отражены основные преимущества и недостатки примененного комбинированного способа секвестрэктомии, которые состоял из пункционного дренирования под УЗ-наведением и открытой секвестрэктомии.

Автором отмечено, что при анализе результатов лечения у больных первой группы после проведения секвестрэктомии открытым способом наблюдалось значительное количество послеоперационных осложнений (26,5%), также существенным был и показатель летальности, составив 22,1%. Показатель среднего койко-дня в данной группе составил 72,5.

Полученные результаты расцениваются автором как недостаточно удовлетворительные, что определяет необходимость дальнейшего поиска путей улучшения указанной проблемы. Таким вариантом выступает возможность применения усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма (включающего использование малотравматичных способов секвестрэктомии, а также подразделение на «Типы панкреонекроза»).

Глава 4 посвящена основным отличительным особенностям, применявшимся в лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом во второй группе: динамическая инструментальная навигация, подразделение на «Типы панкреонекроза», а также применение в ряде случаев малотравматичных способов секвестрэктомии.

Автор делает акцент, что в основе эффективного лечения пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени лежит точная топическая диагностика, на основании которой в хирургической клинике Боткинской больницы был ранее разработан и успешно применяется принцип диагностического моделирования панкреонекроза, который позволил определить стратегию лечебной тактики на ранней фазе заболевания.

Автором проводится анатомическое обоснование принципов типирования панкреонекроза, на основании которого были сформулированы определенные подгруппы, получившие название «Типы панкреонекроза». Таким образом, определение последующей оперативной тактики зависело от диагностированного «Типа панкреонекроза».

Всего автор выделяет 6 «Типов панкреонекроза», которые определяются поражением определенного забрюшинного клетчаточного пространства. **Тип I** имеет наибольшее распространение некротических изменений и отмечается в собственно-забрюшинном (парапанкреатическом) клетчаточном пространстве. Изменения носят отграниченный характер. **Тип IIa** соответствует некрозу паренхимы дистальных отделов поджелудочной железы, с распространением изменений в парапанкреатическом и околоободочном клетчаточном пространствах, носящие отграниченный характер. **Тип IIb** – некроз паренхимы дистальных отделов поджелудочной железы, с вовлечением парапанкреатического, околоободочного и околопочечного клетчаточных пространств в гнойно-некротический процесс, неотграниченный (распространенный) по своему характеру. **Тип IIIa** – это гнойно-некротические изменения в проксимальных отделах поджелудочной железы, с наличием некротических изменений в парапанкреатическом и околоободочном клетчаточном пространстве, носящие отграниченный характер. **Тип IIIb** – гнойно-некротические изменения в проксимальных отделах поджелудочной железы, а также вовлечением в патологический процесс парапанкреатического, околоободочного и околопочечного клетчаточных пространств, носящие неотграниченный характер. **Тип IV** – некроз ткани поджелудочной железы (в проксимальных, центральных и дистальных ее отделах), с распространением изменений в парапанкреатическом, околоободочном, околопочечном, а также в клетчаточных пространствах по ходу мочеточников и магистральных сосудов, которые являются неотграниченными по своему характеру.

В **главе V** автором описываются результаты проспективного исследования, в котором были применены малотравматичные способы секвестрэктомии: эндоскопической транслуминальной, видеоассистированной ретроперитонеоскопической. Кроме того, представлены результаты лечения пациентов, у которых секвестрэктомия проводилась открытым способом, но с применением усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма.

При этом у больных основной группы были отмечены достоверные снижения показателей послеоперационных осложнений (до 14,8%), летальности (до 13,5%), показатели среднего койко-дня (с 72,5 до 54,7), по сравнению с аналогичными данными сравнительной группы.

На основании полученных результатов автор доказывает значимость применявшегося усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма, который позволяет аргументированно подойти к выбору оптимального способа секвестрэктомии у пациентов с панкреонекрозом в фазе секвестрации.

В Заключении автор кратко излагает суть диссертационной работы и на основании полученных результатов обосновывает значимость усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма, который основан на активном применении динамической КТ-, УЗ-навигации, и распределении на «Типы» панкреонекроза, а также применении по строгим показаниям малотравматичных и открытого способов секвестрэктомии, что в совокупности позволило достичь значительного улучшения результатов проводимого лечения.

Выводы и практические рекомендации обоснованы и полностью соответствуют поставленным цели и задачам, достоверность их не вызывает сомнений. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Автореферат построен по традиционной схеме, полностью отражает основные положения диссертации и соответствует требованиям ВАК РФ, предъявляемым к диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

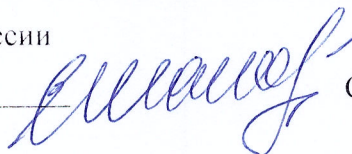
Заключение

Диссертационная работа Колотильщикова Андрея Александровича на тему: «Выбор способа секвестрэктомии в лечении больных панкреонекрозом», представленная к защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, является законченной научной квалификационной работой и содержит новое решение актуальной научной задачи по улучшению результатов лечения больных инфицированной формой панкреонекроза, что имеет существенное значение для развития хирургии.

Диссертационная работа соответствует Паспорту специальности 14.01.17 - «Хирургия. Медицинские науки», отвечает требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней» утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013г. №842 (с изменением Постановления Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 года №335, от 2 августа 2016 года №748, от 29 мая 2017 года №650, от 28 августа 2017 г. №1024 «О внесении изменений в Положение о присуждении ученых степеней»), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских

наук, а сам автор Колотильщиков Андрей Александрович достоин присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – Хирургия. Медицинские науки.

Доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета
ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова» Минздрава России



С.Г. Шаповальянц

Подпись д.м.н., профессора С.Г. Шаповальянца заверяю.

Ученый секретарь ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России,
кандидат медицинских наук, доцент



О.М. Демина

«30» декабря 2021 г.