

ОТЗЫВ

Официального оппонента профессора кафедры хирургии факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад Е.А.Вагнера» Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Плаксина Сергея Александровича по диссертации Беньяна Армена Сисаковича на тему «Современная дифференцированная хирургическая тактика у пациентов с множественными и флотирующими переломами ребер», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук, по специальности 14.01.17 – Хирургия

За последние десятилетия структура травматизма существенно изменилась. Число повреждений грудной клетки увеличилось с 10-12% до 30-35% всех механических травм. Переломы ребер и грудины сопровождаются болевым синдромом и нарушением механики дыхания, наиболее выраженными при нарушении каркасности грудной клетки. Стабилизация грудной стенки при флотирующих переломах ребер относится к основополагающим принципам оказания помощи этой категории пострадавших. Современные тенденции лечения торакальной травмы касаются активизации хирургической тактики, внедрения новых миниинвазивных технологий, как при переломах костного каркаса, так и внутриплевральных поражениях. Изменилась структура организации оказания медицинской помощи при травме груди, связанная с оптимизацией системы здравоохранения и развитием маршрутизации. Все эти вопросы требуют уточнения и систематизации, поэтому тема исследования А.С.Беньяна, посвященная разработке дифференцированной хирургической тактики у пострадавших с множественными и флотирующими переломами ребер, является весьма актуальной.

Автором обобщена на опыте Самарской области схема этапного лечения больных с переломами ребер и нарушением каркасности грудной клетки в зависимости от категории лечебного учреждения, в которое поступил пострадавший. Созданы алгоритмы вида и последовательности лечебных мероприятий, позволяющие существенно оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты лечения. Определено место внутренней пневматической стабилизации и уточнены показания к ней для устранения флотации ребер. Убедительно доказано преимущество оперативной фиксации ребер для стабилизации грудной клетки, как при изолированной, так и сочетанной травме. Разработаны и усовершенствованы технические моменты остеосинтеза ребер – оптимальные методики и доступы в зависимости от вида и локализации переломов ребер,

предложены оригинальные технические приспособления для остеосинтеза ребер и торакоскопии, рентгенконтрастная сетка для маркировки операционного поля и выбора оптимального доступа. Впервые использовано для стабилизации флотирующих переломов ребер устройство для лечения ран отрицательным давлением.

Полученные данные обработаны с применением современных методов статистики с использованием принципов доказательной медицины, достоверно подтверждающих результаты и выводы работы. Новизна исследования подтверждается одним патентом на изобретение и 4 патентами на полезные модели. Дифференцированная хирургическая тактика у пострадавших с множественными и флотирующими переломами ребер, основанная на этапности, преемственности и сочетании разных методов стабилизации грудной стенки, широком применении остеосинтеза ребер и торакоскопии позволила снизить число осложнений с 36,5% до 16,2%, а летальность с 22,3% до 8,9%. Выводы и практические рекомендации полностью подтверждаются результатами исследования. Достоверность их определяется достаточным количеством клинического материала – 315 пострадавших с множественными и флотирующими переломами ребер, пролеченных в ведущих лечебных учреждениях Самарской области. Оригинальные технические приемы и инструменты для остеосинтеза ребер и торакоскопии облегчают оперативные вмешательства и могут использоваться в практике хирургических торакальных отделений при их наличии.

Предложенная автором схема дифференцированной хирургической тактики у пострадавших с множественными и флотирующими переломами ребер, применение остеосинтеза ребер и торакоскопии могут быть рекомендованы для широкого внедрения в практику лечебных учреждений, оказывающих помощь этой группе пациентов. Теоретические положения работы целесообразно включить в курсы подготовки и повышения квалификации врачей торакальных хирургов.

Диссертация построена по традиционному принципу и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и библиографического указателя, включающего 135 отечественных и 340 зарубежных источников. Работы иллюстрирована 68 таблицами и 41 рисунком.

В главе 1 приведен подробный обзор литературы по изучаемой проблеме, охватывающий более 400 отечественных и зарубежных источников, представленных работами преимущественно последнего десятилетия. Освещены различные точки зрения и

взгляды на проблему лечения множественных и флотирующих переломов ребер и на основании этого поставлены вопросы, требующие разрешения.

Глава 2 посвящена материалам и методам исследования. В основной группе из 167 пациентов, автор использовал предложенную им дифференцированную хирургическую тактику лечения нарушений каркасности грудной клетки, группу сравнения составили 148 больных, пролеченных в предшествующий период времени. Показаны отсутствие значимых различий в группах по возрасту, полу, механизму травмы, количеству, характеру и локализации переломов ребер, внутриплевральным повреждениям, тяжести травм, характеру сопутствующей патологии. По клиническим вариантам пациенты разделены на группы с множественными переломами с нарушением и без нарушения каркасности и флотирующими переломами ребер.

Автором использованы современные методы диагностики – лабораторные методики, УЗИ, компьютерная томография с 3D – реконструкцией. Тяжесть сочетанных повреждений оценивали по шкале ISS. Описаны, примененные для сравнительной оценки результатов лечения, принципы доказательной медицины.

Глава 3 дает общую характеристику методов лечения у пациентов с множественными и флотирующими переломами ребер. Детально описаны техника скелетного вытяжения, внешней фиксации, ИВЛ, использованные в группе сравнения, способы операций при внутриплевральных повреждениях. Изложены принципы предложенной автором дифференцированной хирургической тактики у пациентов основной группы, представлены лечебно-диагностические алгоритмы у пациентов с множественными переломами ребер с нарушением каркасности грудной клетки и у пациентов с флотирующими переломами ребер, пациентов с множественными переломами ребер без нарушения каркасности грудной клетки. Приведено подробное описание, примененных в основной группе методик внешней фиксации, стабилизации с использованием принципа терапии ран отрицательным давлением, внутренней оперативной фиксации переломов ребер, усовершенствований и инновационных технологий, предложенных автором. Проведено сравнение различных хирургических доступов для остеосинтеза, оригинальных инструментов и деталей их использования. Описаны оптимальные режимы ИВЛ для внутренней пневматической стабилизации ребер. Дана характеристика однопортовой торакоскопии при остеосинтезе ребер с использованием двухканального торакопорта собственной конструкции.

В главе 4 освещены непосредственные результаты применения различных компонентов разработанной хирургической тактики у пациентов с множественными и флотирующими переломами ребер. Приведены сравнительные данные использования разных методик стабилизации грудной клетки в основной группе и группе сравнения и показано как изменились результаты лечения вследствие активизации хирургической тактики и широкого использования остеосинтеза ребер и торакоскопии – сократились длительность ИВЛ и время лечения в ОРИТ, существенно уменьшилось количество осложнений и летальность. На основании сравнительного анализа результатов лечения с использованием принципов доказательной медицины изложены дополнительные данные, подтверждающие эффективность предлагаемых мероприятий.

Следует отметить, что диссертация написана очень хорошим, грамотным, литературным языком.

По теме диссертации опубликовано 75 работ, из которых 23 статьи в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, оформлено 1 патент РФ на изобретение и 4 патента РФ на полезные модели.

Данные диссертации используются в практической работе ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина», ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №5, ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова», ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко», а также в учебном процессе на кафедре хирургии института профессионального образования ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России».

Полученные автором результаты можно использовать в работе торакальных хирургических отделений лечебных учреждений, оказывающих помощь пациентам с травмой груди, учебном процессе при подготовке или усовершенствовании торакальных хирургов.

При изучении работы возникли следующие вопросы:

1. Что автор подразумевает под разрывом легкого? К достоверным признакам разрыва легкого относятся пневмоторакс и в большинстве случаев гемоторакс, которые имели место у 249 пострадавших при изолированной травме груди и у 361 при сочетанной, а разрыв легкого диагностирован только у 9 и 12 человек соответственно.

2. Оценка тяжести повреждений проведена по шкале ISS. В тексте указано, что она использована у всех пациентов, а в таблице из 184 больных приведены показания только у 78, то есть менее, чем у половины. По какому принципу их отбирали?
3. Автор предложил оригинальный троакар для однопортовой торакоскопии во время остеосинтеза ребер. Какие инструменты для торакоскопии использовали при этой технологии? Разрез мышц делали через рану грудной стенки. Прицельное дренирование проводили через отдельный прокол?
4. Автор предлагает делать торакоскопию всем пациентам при остеосинтезе ребер. Это связано со вскрытием плевральной полости при мобилизации ребер или показано и больным с отсутствием легочно-плевральных проявлений травмы (пневмоторакса, гемоторакса) принципиально?
5. Автор использовал для стабилизации грудной стенки аппарат вакуумной терапии в течение $7,5 \pm 2,1$ суток. Сколько раз за это время меняли губку в ране и под каким обезболиванием?
6. Зачем при отсутствии нарушений каркасности грудной клетки и флотирующих переломов ребер накладывали скелетное вытяжение (3 в группе сравнения), делали остеосинтез ребер (12 в основной группе), проводили внутреннюю пневматическую стабилизацию?
7. В диссертации описана методика скелетного вытяжения при флотирующих переломах ребер тракцией за неповрежденные участки грудной клетки. У половины пациентов – это грудина. Объясните смысл этой манипуляции, так как фиксируют и вытягивают всегда подвижный фрагмент, чтобы ликвидировать парадоксальное дыхание? Вытяжение за грудину проводится только при передней створке.

Имеется ряд замечаний: Диссертация очень растянута – 334 страницы текста, 68 таблиц. Много лишней информации, которую можно безболезненно убрать и изложить более лаконично. Так, в материалах и методах подробно описаны методики сбора анамнеза, физикального обследования, рентгеновские симптомы переломов ребер, повреждений легкого, гемоторакса, повреждений диафрагмы, приведена фотография газоанализатора. Содержится большое количество таблиц, состоящих из 2-3 столбцов, в которых отражены от 1 до 5 наблюдений (Табл. 33, 35, 37, 41, 42, 53-55), которые по сути и таблицами не являются.

В работе совершенно излишне приведены десять клинических наблюдений, занимающие почти 60 страниц текста и рождающие большое количество дополнительных вопросов и выглядящие как ошибки и опасности в хирургии.

В примере 1 (стр. 144) у пациента с боковой створкой между подмышечными линиями накладывают вытяжение за грудину. Вытяжение всегда проводится за флотирующий сегмент. Вытяжение продолжают 16 суток, из них 6 дней на фоне эмпиемы плевры. В результате развилось нагноение в местах установки цапок и остеомиелит грудины.

В примере 2 не понятно как при одновременном использовании ИВЛ с ПДКВ, аппарата внешней фиксации и скелетного вытяжения может еще сохраняться флотация. Это такое нарушение техники данных методов? А потом после повышения значения ПДКВ вдруг достигнута стабильность.

В примере 3 длительно используется ИВЛ с ПДКВ для расправления не герметичного легкого вместо операции, в результате чего развивается осложнение эмпиемой плевры с бронхиальным свищом. И на фоне острой эмпиемы плевры и деструкции легкого сделана торакотомия с резекцией легкого, что привело к смерти.

В примере 7 диагноз: флотирующий перелом ребер. При осмотре флотации не описывается, на компьютерной томограмме переломы ребер без смещения отломков, в примере 8 аналогичный диагноз, на компьютерной томограмме небольшое смещение одного ребра и перелом второго ребра без смещения.

В примере 10 описывается видеоторакоскопия с медиастиномией по поводу эмфиземы средостения, но на приведенном рисунке 39 воздуха под плеврой вообще не видно.

Таблица 37 включает всего 2 наблюдения, и летальность в ней у одного пациента оценена, как 20%, что по-видимому является опечаткой.

Автор приводит в обзоре литературы и цитирует свои работы, выполненные по данной диссертации, чего делать нельзя.

Сделанные замечания не являются принципиальными и в целом не умаляют значимость работы.

Содержание автореферата полностью соответствует основным положениям и выводам диссертации.

Таким образом, диссертационная работа Армена Сисаковича Беняна на тему: «Современная дифференцированная хирургическая тактика у пациентов с множественными и флотирующими переломами ребер», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук, по специальности 14.01.17 – Хирургия, является завершенной научной квалификационной работой, в которой содержится решение важной научной задачи современной торакальной хирургии по изучению лечения пострадавших с множественными и флотирующими переломами ребер.

По актуальности, научной новизне, практической значимости и достоверности полученных результатов диссертационная работа А.С.Беняна соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней» утвержденного постановлением Правительства РФ от 24.09.2013г. № 842 (в ред. Постановления Правительства РФ от 21.04.2016г. № 335), предъявляемых к докторским диссертациям, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – Хирургия.

Официальный оппонент

Профессор кафедры хирургии факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России,
614990, г.Пермь, ул.Петропавловская, 26, тел. +7 (342) 217-20-20
e-mail: splaksin@mail.ru

Доктор медицинских наук, профессор по специальности
14.01.17 Хирургия

Плаксин Сергей Александрович

Ученый секретарь Диссертационного совета Д 208.067.03,

Доктор медицинских наук, профессор

Малютинa Наталья Николаевна

«15» сентября 2017 года