

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

заведующего кафедрой общей хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, доцента Белика Бориса Михайловича по диссертации Кенарской Марии Викторовны на тему: «Совершенствование диагностики и коррекции синдрома энтеральной недостаточности у пациентов с распространённым перитонитом», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. – хирургия

1. Актуальность выполненного исследования

В настоящее время большинством исследователей синдром энтеральной недостаточности (СЭН) рассматривается в качестве ведущего патологического симптомокомплекса, возникающего при распространенном перитоните и сопровождающегося нарушением всех функций желудочно-кишечного тракта, когда кишечник становится основным источником эндотоксикоза и главным пусковым механизмом в развитии абдоминального сепсиса и тяжелых органных расстройств. Данный синдром возникает и прогрессирует на фоне снижения пассажа кишечного содержимого и включает нарушение моторно-эвакуаторной, секреторной, всасывательной, иммунной и барьерной функций тонкой кишки. Частота возникновения СЭН при перитоните достигает 90-100% вне зависимости от фазы и времени от начала заболевания. Кишечник в состоянии пареза становится одним из мощных источников интоксикации и рассматривается как «недренированный абсцесс брюшной полости», приводящий к дальнейшему прогрессированию абдоминального инфекционного процесса. В послеоперационном периоде некупируемый СЭН является причиной сохраняющейся интраабдоминальной гипертензии, способствует реинфицированию брюшной полости и прогрессированию перитонита, что в 80-90% приводит к развитию полиорганной недостаточности и летальному исходу.

« 11 »	Вх. № 102
Листов	« 1 » 12 221
«Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
Тел./факс: 8 (846) 333-29-76	

Одним из возможных путей улучшения результатов лечения пациентов с распространённым перитонитом является ранняя диагностика и коррекция СЭН. Для оценки выраженности СЭН целесообразно выделение степеней тяжести этого симптомокомплекса с использованием специальных интегральных оценочных шкал. Своевременное купирование синдрома будет способствовать снижению рисков развития интраабдоминальных послеоперационных осложнений и соответственно уменьшению числа повторных оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

2. Новизна исследования и полученных результатов, их достоверность

Разработана диагностическая экспресс-шкала оценки СЭН и на этой основе создана программа для персонального компьютера, позволяющая своевременно определять степень тяжести синдрома у больных распространённым перитонитом (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2019612419 от 19.03.2019).

Впервые разработан алгоритм дифференцированного подхода к лечению пациентов с распространённым перитонитом в зависимости от степени тяжести СЭН.

Впервые разработано устройство для интестинальной зондовой оксигенотерапии, обеспечивающее контролируемое введение кислорода в просвет тонкой кишки (патент РФ на полезную модель № 200753 от 11.11.2020).

3. Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Исследования, проведенные диссертантом, выполнены на достаточном числе клинических наблюдений - 122 пациента с распространённым перитонитом, находившихся в период с 2015 г. по 2019 гг. на лечении в хирургическом отделении Самарской областной клинической больницы им.

В.Д. Середавина, При этом обоснованность и достоверность результатов исследования не вызывает сомнения.

Автором в значительной мере использованы методы исследования, адекватные поставленным задачам. Результаты и выводы, сформулированные в работе, базируются на тщательном анализе клинических наблюдений с использованием современных лабораторных, биохимических, инструментальных, математических и статистических методов исследования.

Полученный объем клинического материала позволил соискателю аргументировано сформулировать основные положения и выводы, представленные в диссертации. Сформулированные выводы обоснованы и логично вытекают из результатов работы, полностью соответствуют анализу фактического материала, подтверждены статистическими методами. Практические рекомендации конкретны. Работа написана доступным, понятным языком, легко читается.

4. Значимость для науки и практики результатов диссертации, возможные конкретные пути их использования

Научная значимость результатов исследования обусловлена детальным изучением патогенетических аспектов развития и особенностей клинических проявлений СЭН у больных распространенным перитонитом. Предложенный автором исследования лечебно-диагностический алгоритм позволил повысить эффективность лечения пациентов с распространённым перитонитом за счёт совершенствования диагностики и коррекции СЭН. Диагностическая экспресс-шкала позволяет при помощи минимального набора критериев объективно определить не только степень тяжести СЭН, но и динамику его течения на любом этапе лечения пациента с распространённым перитонитом.

Практическая значимость исследования определяется результатами проведенного клинического анализа, демонстрирующего, что применение разработанного автором дифференцированного подхода к коррекции СЭН у пациентов с распространённым перитонитом в зависимости от степени его выраженности позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений тяжёлой степени по классификации Clavien - Dindo с 45,7% до 17,5%, а послеоперационную летальность снизить с 33,9% до 19,1%.

5. Оценка содержания диссертации

Диссертация построена по традиционному принципу и состоит из введения, обзора литературы, трёх глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и библиографического указателя, включающего 189 отечественных и 96 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 38 таблицами и 12 рисунками.

Анализ диссертации по главам. **Первая глава** диссертации (Обзор литературы) состоит из трёх разделов, изложенных на 25 страницах. В первом разделе анализируются причины развития СЭН при распространённом перитоните, рассматривается патогенез этого синдрома. Во втором разделе этой главы представлены особенности клинической картины и проблемы диагностики СЭН у пациентов с распространённым перитонитом. Автором приводится сравнительный анализ современных оценочных шкал тяжести перитонита и СЭН. В третьем разделе первой главы рассматриваются современные методы коррекции СЭН у больных распространённым перитонитом.

Вторая глава диссертации («Материалы и методы исследования») изложена на 19 страницах. В ней представлен дизайн исследования, а также дана общая характеристика пациентов, включённых в диссертационное исследование. Указаны методы статистической обработки материала. Доказана сопоставимость исследуемых групп больных по полу, возрасту,

сопутствующей патологии, причинам перитонита, времени поступления в стационар и степени тяжести СЭН.

Степень тяжести СЭН в контрольной группе оценивали ретроспективно по критериям, разработанным Ю.М. Гаиным и соавт. (2001). В основной группе степень тяжести СЭН определяли по разработанной автором оценочной экспресс-шкале.

Критерии СЭН разработанной экспресс-шкалы отбирались при помощи метода экспертных оценок. Автором приведены статистические формулы обоснования выбора числа экспертов и обработки полученных результатов. Также для статистического анализа чувствительности и специфичности разработанной экспресс-шкалы автор применил ROC-кривые и такие математические приемы, как логическая регрессия и критерий МакНемара.

Третья глава изложена на 17 страницах, посвящена анализу неудовлетворительных результатов при традиционном подходе к лечению пациентов с распространённым перитонитом и иллюстрирована тремя клиническими наблюдениями.

В ходе ретроспективного анализа результатов лечения пациентов контрольной группы автором показано, что СЭН не имеет патогномоничных проявлений. Оценка выраженности СЭН, основанная лишь на отдельных клинических, инструментальных или лабораторных признаках, не позволяет в полной мере определить степень тяжести и достоверно оценить динамику течения этого синдрома. Это обуславливает целесообразность применения интегрального подхода к оценке выраженности СЭН с использованием наиболее значимых параметров.

В этой же главе представлены результаты лечения пациентов контрольной группы с учетом тяжести СЭН, включая динамику клинико-лабораторных показателей, частоту и характер повторных оперативных

вмешательств, количество и тяжесть послеоперационных осложнений, уровень послеоперационной летальности.

Четвертая глава диссертации изложена на 18 страницах и является основной в данном исследовании. В этой главе представлена разработанная автором балльная экспресс-шкала оценки выраженности СЭН с градацией данного синдрома на три степени тяжести. Здесь же подробно излагается разработанный автором алгоритм дифференцированного подхода к коррекции СЭН, который включает комплекс хирургических и консервативных лечебных мероприятий в зависимости от степени тяжести этого синдрома.

Пятая глава диссертации изложена на 23 страницах и посвящена анализу результатов применения разработанной автором экспресс-шкалы оценки степени тяжести СЭН и дифференцированного подхода к его коррекции у больных распространенным перитонитом. В качестве примера приведены три клинических наблюдения.

В данной главе автором приведен анализ чувствительности и специфичности разработанной им экспресс-шкалы, а также показана возможность прогнозирования неблагоприятного исхода у пациентов с III степенью СЭН с помощью ROC-кривых.

Здесь же представлен сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов распространенным перитонитом в основной и контрольной группах с учетом степени тяжести СЭН. Показано, что применение разработанного автором дифференцированного подхода к коррекции СЭН у больных распространенным перитонитом позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений тяжелой степени по Clavien Dindo с 45,7% до 17,5% и снизить послеоперационную летальность с 33,9% до 19,1%.

Выводы диссертационного исследования полностью соответствуют поставленным задачам.

На основании полученных результатов предложены **практические рекомендации**, которые были внедрены в работу учреждений здравоохранения Самарской области (ГБУЗ СО «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №5», а также используются в учебном процессе на кафедре хирургии института профессионального образования ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России.

По теме диссертации опубликовано 9 работ, из них 3 статьи в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России. Оформлено 1 свидетельство РФ о государственной регистрации программы для ЭВМ и 1 патент РФ на полезную модель.

6. Соответствие содержания автореферата основным положениям и выводам диссертации

Содержание автореферата и печатных работ полностью соответствует материалам диссертации.

Вместе с тем по диссертационной работе Кенарской М.В. имеется и ряд некоторых замечаний.

Разработанная автором экспресс-шкала оценки степени тяжести СЭН включает не только традиционные клинико-лабораторные и инструментальные признаки, напрямую отражающие функциональное состояние кишечника и сопряженные с ним общие изменения гомеостаза, но и ряд критериев интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните. Подобные критерии, в виде интегральной балльной оценки степени и характера поражения органов брюшной полости в свое время были разработаны В.С.Савельевым, М.И.Филимоновым и М.В.Подачиным (1998) и обозначены как индекс брюшной полости (ИБП). Указанный ИБП был разработан и предложен, прежде всего, для объективизации степени тяжести интраабдоминального инфекционного

процесса и оптимизации выбора хирургической тактики при распространенном перитоните. В этом случае диссертанту для унификации собственной экспресс-шкалы оценки тяжести СЭН более целесообразно было бы включить в нее вместо нескольких разрозненных критериев интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости один цельный интегральный показатель – ИБП В.С.Савельева, конкретные значения которого четко соответствовали бы определенной степени тяжести СЭН. Это тем более логично, так как автор диссертации подчеркивает, что выбор хирургической тактики, включая способ контроля источника инфекции, у всех больных в основной группе определялся, главным образом, исходя из значений ИБП В.С.Савельева. Кроме того, присутствующий в экспресс-шкале критерий – «рентгенологические признаки пареза кишечника» было бы целесообразно заменить более характерными ультразвуковыми признаками СЭН (расширение диаметра кишки, отек кишечной стенки и складок Керкрина, маятникообразное движение химуса и пр.), что исключает дополнительную лучевую нагрузку на пациента и позволяет проводить это исследование многократно в процессе лечения.

На 82 стр. диссертационного исследования представлен в виде схемы предлагаемый автором алгоритм дифференцированной коррекции СЭН с учетом его степени тяжести. Наряду с консервативными мероприятиями, этот алгоритм предполагает хирургическую коррекцию СЭН, включая контроль источника интраабдоминальной инфекции. Так, у всех пациентов распространенным перитонитом со II степенью тяжести СЭН автор предлагает формирование лапаростомы (ушивание кожи) и режим программированных санаций брюшной полости, то есть выполнение релапаротомий «по программе». У больных распространенным перитонитом с III степенью тяжести СЭН данный алгоритм предполагает помимо формирования лапаростомы и проведения релапаротомий «по программе» выведение разгрузочной илеостомы. Такая позиция автора диссертации, по

меньшей мере, является дискуссионной и требует обсуждения. Широкое применение релапаротомий «по программе», у большей части больных с распространенным перитонитом, помимо повторной операционной травмы, сопровождается высоким риском развития назокомиальных осложнений, а также рецидивирующих внутрибрюшных и желудочно-кишечных кровотечений, риском образования кишечных свищей и раневых осложнений с заживлением ран вторичным натяжением и последующим формированием обширных вентральных грыж. Кроме того, нельзя не учитывать высокий анестезиологический риск повторных вмешательств, длительный постельный режим, серьезные проблемы окончательного закрытия передней брюшной стенки, а также высокую стоимость и трудоемкость лечения.

В настоящее время релапаротомия «по программе» используется лишь «при невозможности устранения или надежного отграничения источника перитонита и полноценной санации брюшной полости, наличии синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ), сомнении в жизнеспособности кишечника» (Абдоминальная хирургическая инфекция, Российские национальные рекомендации, 2018, с. 62). При этом «современные данные подтверждают концепцию, согласно которой релапаротомия «по требованию», выполненная, как правило, в связи с клиническим ухудшением состояния больного или отсутствием его улучшения, является эффективной мерой ликвидации перманентного или повторного инфицирования брюшной полости» (Абдоминальная хирургическая инфекция, Российские национальные рекомендации, 2018). По данным зарубежных гайдлайнов, включая рекомендации Всемирного общества экстренной хирургии (WSES), релапаротомия «по требованию» по сравнению с релапаротомией «по программе» является более предпочтительной стратегией лечения, независимо от степени тяжести и распространенности перитонита, поскольку эта технология оптимизирует ресурсы здравоохранения и предотвращает необходимость дальнейших повторных операций (WSES guidelines for

management of intra-abdominal infections. 2017). В этой связи возникли следующие вопросы к автору диссертации:

1. Какие показания, помимо наличия у больных перитонитом II-III стадий СЭН, являлись основанием для формирования лапаростомы, выбора режима программированных санаций брюшной полости и выведения разгрузочной илеостомы?

2. Какова частота выполнения релапаротомий «по требованию» и «по программе» в контрольной и основной группах больных?

3. Приведите, пожалуйста, показатели послеоперационной летальности после выполнения релапаротомий «по требованию» и «по программе» в контрольной и основной группах больных.

4. За счет чего удалось уменьшить число тяжелых послеоперационных осложнений в 2,6 раза и разительно снизить послеоперационную летальность с 33,9 до 19,1% в основной группе больных, большей части из которых согласно разработанному алгоритму выполнялись релапаротомии «по программе»?

Вместе с тем следует подчеркнуть, что указанные замечания не снижают ценности диссертационной работы, носят дискуссионный характер и существенно не влияют на ее качество. Более того, приведенные выше замечания и возникшие спорные вопросы по данной работе как раз свидетельствуют о ее научно-практической значимости и чрезвычайном интересе, который она вызывает. В целом диссертационная работа производит благоприятное впечатление и может быть характеризована положительно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертация Кенарской Марии Викторовны на тему: «Совершенствование диагностики и коррекции синдрома энтеральной недостаточности у пациентов с распространённым перитонитом»,

представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. - хирургия, является завершенной научной квалификационной работой, в которой содержится решение важной научной задачи современной хирургии по изучению и лечению пациентов с распространенным перитонитом.

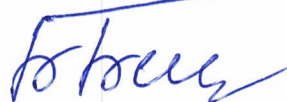
По актуальности, научной новизне, практической значимости и достоверности полученных результатов диссертационная работа Кенарской Марии Викторовны на тему: «Совершенствование диагностики и коррекции синдрома энтеральной недостаточности у пациентов с распространенным перитонитом» соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении учёных степеней», утверждённого постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842 (в ред. постановления Правительства РФ от 11.09.2021 № 1539), предъявляемым к кандидатским диссертациям, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. – хирургия.

Официальный оппонент:

заведующий кафедрой общей хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

доктор медицинских наук, доцент

Белик Борис Михайлович



11 2021г.

Подпись Б.М.Белика заверяю:

Ученый секретарь ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук, доцент



Н.Г. Сапронова

344022, Российская Федерация, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, 29. Тел.: +7 (863) 50-42-00, оф.сайт: www.rostgmu.ru; e-mail: okt@rostgmu.ru.

С отзвлом ознакомлена



01.12.21