

Отзыв официального оппонента хирурга-ординатора отделения чистой хирургии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», доктора медицинских наук Доброва Семена Дмитриевича на диссертацию Саганова Владислава Павловича «Дифференциально-диагностический подход к лечению острого деструктивного панкреатита», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности: 14.01.17 – хирургия.

Острый панкреатит занимает третье место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Проблема лечения острого панкреатита является сложной и далеко не решенной. Известно, что у 15-20% пациентов развивается некротический панкреатит, который не только требует дорогостоящего и длительного лечения, но и обуславливает высокую общую и послеоперационную летальность. Послеоперационная летальность при асептическом панкреонекрозе составляет 21-25%, при инфицированном – 35-40%, причем на долю гнойных осложнений среди причин смерти больных приходится 57-80%.

Высокая социальная значимость проблемы определяется тем, что около 70% пациентов составляют лица трудоспособного возраста.

Поиску новых методов дифференциальной диагностики различных форм панкреонекроза, разработке и применению оптимальных режимов и способов консервативного и хирургического лечения при остром панкреатите посвящена данная работа, что и определяет ее актуальность.

Диссертация состоит из введения, 7 глав, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя, напечатана на 307 страницах машинописного текста, включает 48 таблиц, 3 диаграммы и 5 схем. Библиографический указатель включает 211 отечественных и 283 зарубежных источника.

Во введении обстоятельно изложена актуальность, сложность, спорные и нерешенные вопросы диагностики и лечения острого панкреатита. Поставлено шесть задач, выполнение которых позволяет достичь цели диссертации. Сформулированы четыре положения диссертации, вынесенных на защиту. Проведена широкая апробация результатов работы на научных форумах. Указаны учреждения, в которых внедрены методы диагностики и лечения, разработанные автором.

В обзоре литературы дан подробный анализ имеющихся современных сведений о патогенезе заболевания, детально проанализированы вопросы классификации.

Автор отмечает особенную ценность своевременной топической диагностики степени и глубины поражения поджелудочной железы и брюшинной клетчатки. Подчеркивает важность использования современных интегральных шкал оценки степени тяжести состояния больных. Соискатель указывает и на то, что основополагающим звеном патогенеза как стерильного, так и инфицированного панкреонекроза является системная воспалительная реакция, которая носит универсальный характер. При развитии полиорганной недостаточности дифференциальная диагностика распространенного стерильного и инфицированного панкреонекроза становится затруднительной, в связи с чем эта проблема до настоящего времени остается актуальной.

Литературные данные указывают, что точным методом диагностики инфицированного панкреонекроза является чрескожная тонкоигльная пункция под контролем УЗИ или КТ с бактериологическим исследованием материала, хотя возможны ложноположительные или ложноотрицательные результаты. В связи с этим автор отмечает важность поиска ранних и достоверных критериев инфицирования.

Если при инфицированном панкреонекрозе в хирургическом сообществе признается активная хирургическая тактика, то при стерильной форме заболевания мнения разноречивы. Некоторые исследователи показаниями к операции считают не только факт инфицирования, но и распространенность деструкции, тяжесть состояния пациентов с явлениями стойкой или прогрессирующей полиорганной недостаточности при отсутствии эффекта от консервативной терапии. В этой главе автор подробно приводит методы хирургического лечения инфицированного панкреонекроза, указывает их преимущество и недостатки.

Таким образом, автор приходит к выводу об отсутствии единой точки зрения на диагностику и лечение при панкреонекрозе.

В главе «Материалы и методы» приведены данные исследования 521 пациента с 1987 по май 2013 г. Указана основная причина заболевания – злоупотребление алкоголем. Отмечено, что у 213 пациентов имел место стерильный панкреонекроз, у 237 – инфицированный. Всем пациентам проведено современное комплексное обследование. Тяжесть состояния оценена по интегральным шкалам. С целью определения микробного статуса автором впервые в России и за рубежом использована газовая хроматография масс-спектрометрия.

Пациенты распределены на пять групп:

I группа – 71 человек с отечным панкреатитом;

II группа – 90 человек с ограниченной стерильной деструкцией;

III группа – 50 человек, оперированных с ограниченной стерильной деструкцией;

IV группа – 73 человека с распространенной стерильной деструкцией;

V группа – 237 человек с инфицированными формами панкреонекроза: а) 70 с инфицированным панкреонекрозом, б) 34 с инфицированным панкреонекрозом и панкреатогенным абсцессом, в) 38 с панкреатогенным абсцессом.

В зависимости от режима операции больных с инфицированным панкреонекрозом разделили на 3 группы:

I группа – 54 пациента с операцией «по требованию»;

II группа – 23 пациента с операцией «по требованию», но при отсутствии положительной динамики – переход на режим «по программе»;

III группа – 65 пациентов с операцией «по программе».

С 2003 г. оптимизирована тактика диагностики и лечения острого панкреатита, которая применена у 131 пациента: 24 – с ограниченным стерильным панкреонекрозом, 12 – с распространенным стерильным панкреонекрозом, 95 – с инфицированным.

Выделены 4 группы пациентов в зависимости от времени назначения антибиотиков и от масштаба некротических изменений.

Автор считает, что неэффективность консервативной терапии у пациентов с распространенным стерильным панкреонекрозом в течение 72 часов с наличием стойкой или прогрессирующей полиорганной недостаточности с выраженной системной воспалительной реакцией определяет необходимость оперативного лечения.

В третьей главе автор описывает результаты собственных исследований при стерильном панкреонекрозе у 213 пациентов. На основании результатов обследования он обосновал, что шкалы АРАСНЕ II и ТФС позволяют объективизировать степень тяжести больных при динамическом наблюдении.

В четвертой главе автор отмечает, что ни УЗИ, ни лечебно-диагностическая лапароскопия не позволяют достоверно определить объем некроза поджелудочной железы и брюшинной клетчатки. Дифференцировать ограниченный и распространенный некроз, по его данным, позволяют КТ и МРТ, а прокальцитониновый тест является оптимальным показателем для дифференциальной диагностики стерильных и инфицированных форм панкреонекроза. Достоверно выявлено повышение этого показателя при инфицированном панкреонекрозе по сравнению со стерильным. Корреляционный анализ выявил выраженную прямую зависимость между значениями прокальцитонинового теста и АРАСНЕ II.

Таким образом, эти два показателя вновь подтверждают, что являются объективными критериями оценки тяжести состояния пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

В пятой главе диссертантом обсуждаются полученные результаты способа газовой хроматографии масс-спектрометрии у пациентов с различными формами острого панкреатита. Всем больным определяли уровень концентрации микроорганизмов в сыворотке крови (одномоментно 57 маркеров микроорганизмов) в момент поступления в клинику, затем на 5-е, 10-е, 15-е и 20-е сутки лечения. Установлено, что при различных формах панкреатита в сыворотке крови определяются маркеры микроорганизмов (анаэробы, актиномицеты и др.). Отмечено повышение концентрации маркеров до 20 и более видов патогенной микрофлоры при инфицированном панкреонекрозе, которая в практической медицине трудно культивируема и не диагностируется в обычной клинической практике. Вместе с тем выявлено снижение нормофлоры, что указывает на нарушение баланса микрофлоры. Соискатель доказал, что метод газовой хроматографии масс-спектрометрии является важным инструментом верификации стерильных и инфицированных форм панкреонекроза. Данный метод является новым и оригинальным в клинической ургентной панкреатологии.

В шестой главе автором установлено, что антибактериальная терапия эффективна при ограниченных формах панкреонекроза и малоэффективна при распространенных. Частота инфицирования при ограниченных формах деструкции по данным автора имело место у 17% пациентов, а при распространенных – у 81%.

В седьмой главе соискателем проведен анализ результатов различных вариантов хирургической тактики при стерильных и инфицированных формах панкреонекроза в основной группе и группе сравнения. Исследование показало, что при стерильном панкреонекрозе целесообразны только закрытые дренирующие операции. В период с 1987 по 2002 гг. летальность при стерильном панкреонекрозе составила 58,6%, тогда как в период с 2003 по май 2013 гг. – 7,8%, т.е. снизилась в 7,5 раз.

Открытые методы дренирования забрюшинного пространства в сочетании с этапными некрсеквестрэктомиями в программируемом режиме целесообразны только при инфицировании некротического процесса в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке. Оптимизированный подход позволил автору снизить уровень послеоперационной летальности при инфицированном панкреонекрозе с 62% до 36%.

В заключении автор отмечает основные положения исследования, подчеркивает их научную и практическую значимость.

Работу отличает научная новизна. Определена степень тяжести состояния пациентов с различными по распространенности формами стерильного и инфицированного панкреонекроза по современным интегральным шкалам. Изучена и доказана роль прокальцитонинового теста в дифференциальной диагностике стерильного

и инфицированного панкреонекроза. Впервые методом газовой хроматографии масс-спектрометрии изучена динамика концентрации микробных антигенов в сыворотке крови при различных формах острого панкреатита. Эта методика не имеет аналогов как в России, так и за рубежом. Научно обоснован дифференцированный подход к комплексному лечению больных в доинфекционную фазу панкреонекроза в зависимости от распространенности процесса. Доказано, что эффективность антибактериальной терапии при стерильном панкреонекрозе зависит от его распространенности и сроков ее назначения. Выявлена недостаточная эффективность антибактериальной терапии при распространенном стерильном панкреонекрозе, высокая его частота инфицирования, что обосновывает активную хирургическую тактику. Оптимизированная автором хирургическая тактика при стерильных и инфицированных формах панкреонекроза способствовала улучшению результатов лечения данной категории больных.

Практическая значимость работы высокая. Автором разработан комплекс высокоточных методов диагностики, критерии стерильного ограниченного и распространенного панкреонекроза. Разработана дифференциальная диагностика стерильного и инфицированного панкреонекроза. Разработана тактика хирургического лечения при стерильном и инфицированном некрозах. Дана оценка закрытых, полукрытых и открытых оперативных вмешательств в режимах «по требованию» и «по программе». Показана роль антибактериальной терапии при лечении различных форм панкреонекроза. Подробно описана техника оперативных вмешательств.

По теме диссертации опубликовано 73 статьи, издано 2 монографии, 1 практическое руководство и 2 учебно-методических пособия, что характеризует автора как высоко информированного и профессионального специалиста в данной области хирургической панкреатологии.

Автореферат полностью отражает содержание работы. В нем освещены все принципиальные вопросы диссертации.

Выводы полностью соответствуют задачам. Достоверность их статистически доказана и не вызывает сомнений.

Замечания:

- 1) Имеются орфографические, синтаксические и стилистические ошибки, повторы.
- 2) Работа перегружена таблицами.

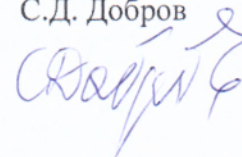
Тем не менее, вышеуказанные замечания не существенны и не влияют на суть работы.

Таким образом, диссертационная работа Саганова В.П. «Дифференциально-диагностический подход к лечению острого деструктивного панкреатита» является

законченной, самостоятельной научно-квалификационной работой, содержащей новое решение актуальной научной проблемы по улучшению диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита, имеющей важное значение для ургентной хирургии. Работа соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней» (постановление Правительства Российской Федерации № 842 от 24.09.2013 г.), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а сам автор заслуживает присуждения ему искомой ученой степени по специальности 14.01.17 – «хирургия».

Хирург-ординатор отделения чистой хирургии
ГБУЗ НСО «ГНОКБ», д.м.н.

С.Д. Добров



Подпись д.м.н. С.Д. Доброва заверяю.

Начальник ОК



Варзегян С.В.

Адрес: ГБУЗ НСО «ГНОКБ», 630087,
г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 130.
Тел.: 8(383)346-30-24, 8(383)315-97-92

