

ОТЗЫВ

Официального оппонента - доктора медицинских наук, профессора, профессора кафедры эндоскопии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России Чернеховской Натальи Евгеньевны о диссертации Комарова Геннадия Александровича «Оценка риска и предупреждение осложнений фибробронхоскопии при критических состояниях у больных хирургического профиля», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия

Актуальность темы исследования

В последние 10 – 15 лет значительно увеличилось число больных пожилого и старческого возраста с тяжелой патологией со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, для которых бронхофиброскопия представляет значительный риск. В литературе отсутствуют сведения о частоте осложнений ФБС у пациентов в критическом состоянии.

В настоящее время невозможно оценить безопасность фибробронхоскопии у пациентов в критическом состоянии, нет гемодинамических и газообменных предикторов неблагоприятного исхода эндоскопической процедуры,

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности темы диссертации Комарова Геннадия Александровича, основной задачей которой является профилактика и снижение количества осложнений во время бронхофиброскопии у пациентов в критическом состоянии.

Научная новизна, практическая значимость и достоверность полученных результатов

Установлено, что у больных с панкреонекрозом и абдоминальным сепсисом при среднем и тяжелом остром респираторном дистресс-синдроме значение сердечного индекса менее $3,5 \text{ л/мин/м}^2$ является противопоказанием к проведению фибробронхоскопии. У пострадавших с тяжелой сочетанной травмой при среднем и тяжелом остром респираторном дистресс-синдроме динамическое снижение сердечного индекса является предиктором ухудшения состояния пострадавшего в ответ на фибробронхоскопию. Автором впервые установлено, что у оперированных больных с инсультами при среднем и тяжелом остром респираторном дистресс-синдроме исходно низкий сердечный индекс (менее $2,5 \text{ л/мин/м}^2$) и высокий индекс системного сосудистого сопротивления ($\text{более } 3000 \text{ дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5} \cdot \text{м}^2$) являются противопоказанием к проведению фибробронхоскопии в остром периоде заболевания. Впервые выявлены различия в риске развития осложнений при фибробронхоскопии в зависимости от нозологической формы. Наибольшая частота осложнений у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой – 100% и у хирургических пациентов при панкреонекрозе и абдоминальном сепсисе – 93,5%.

Все научные положения и выводы обоснованы применением системного анализа поставленной проблемы, современных инструментальных, лабораторных методов, достаточной выборкой исследуемых пациентов и объемом фактического материала, статистическим анализом данных.

Общая характеристика, структура и содержание диссертации

Диссертация изложена на 143 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, характеристики материала и

методов исследования, результатов собственных исследований, обсуждения, заключения, выводов, списка литературы, включающего 179 источников, в том числе 56 иностранных. Работа иллюстрирована 5 таблицами и 20 рисунками.

Во введении автор раскрывает актуальность исследуемой проблемы, которая определяет основную цель диссертационной работы – оценить риск развития осложнений лечебно-диагностической фибробронхоскопии у больных хирургического профиля, находящихся в критическом состоянии, на основании комплексного анализа показателей центральной гемодинамики, газообмена и локального эндоскопического статуса. Четко изложены задачи исследования. Отмечена новизна и практическая ценность, положения, выносимые на защиту, сведения об апробации работы и др.

Обзор литературы написан хорошим литературным языком, отражает эволюцию развития и противоречия современных взглядов на проблему, и свидетельствует о хорошем знании автора актуальных проблем современной хирургии и бронхофиброскопии. Детально описаны возможные осложнения со стороны бронхолегочной системы, возникающие у больных, находящихся в критическом состоянии, в зависимости от хирургической патологии. В обзоре литературы представлены четкие данные о возможностях современной диагностической и лечебной бронхофиброскопии и ее осложнениях. Они важны для понимания сегодняшних научных тенденций. Около трети источников отечественных и зарубежных авторов опубликованы в течение последних 5 лет.

Работа основана на анализе результатов обследования 111 больных хирургического профиля, находящихся в критическом состоянии в отделениях реанимации и интенсивной терапии МБЛПУ «ГКБ №1» г. Новокузнецка за период с 2008 по 2013 гг.

Им выполнено 182 фибробронхоскопии в условиях искусственной вентиляции легких. Все пациенты были разделены на четыре группы. В I группу были включены 30 пациентов (27%) с абдоминальным сепсисом вследствие деструктивных форм острого панкреатита. Во II группу вошли 26 пострадавших (23,4%) с тяжелой сочетанной травмой. III группу составили 15 больных (13,5%) с тяжелой ожоговой травмой, как с термоингаляционным поражением (7 пациентов), так и без него (8 пациентов). В IV группу включены 40 прооперированных больных (36,1%) с ОНМК: геморрагическим инсультом (23 человека), ишемическим инсультом (17 человек). Исследование показателей центральной гемодинамики, индекса оксигенации регистрировались до и после проведения ФБС у пациентов в динамике с 1-х по 10-е сутки.

Определяли и анализировали частоту сердечных сокращений (ЧСС) – уд./мин; систолическое, диастолическое, среднее артериальное давление (САД, ДАД, АД ср.) – мм рт. ст.; сердечный индекс (СИ) – л/мин/м²; индекс системного сосудистого сопротивления (ИОПСС) – дин х с х см⁻⁵ х м²; индекс внесосудистой воды (жидкости) легких (ИВСВЛ) мл/кг. Эндоскопические исследования выполнялись фибробронхоскопом BF-1T60 (фирма «Olympus», Япония). Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом.

Исследование газового состава и кислотно-щелочного состояния венозной и артериальной крови до и после выполнения ФБС проводили на анализаторе «STAT PROFILE pHox» – «Nova biomedical» (США) с анализом сатурации артериальной крови (SaO₂) и индекса оксигенации (PaO₂/FiO₂, мм рт. ст.).

Общее межгрупповое различие для независимых выборок оценивалось при помощи критерия Вилкоксона. Парное межгрупповое сравнение показателей производилось по U-критерию Манна-Уитни. Для корреляционного анализа применяли коэффициент ранговой корреляции

Спирмена (r). Для проверки гипотез относительно различий между группами использовался критерий хи – квадрат. Критический уровень значимости при выполнении проверки статистических гипотез во всех тестах принимался равным 0,05. Анализ данных проводился на персональном компьютере при помощи пакета программ Statistica 6.0 (Statasoft Inc., США) и MS Excel 2000 (Microsoft Corp., США).

На основании проведенных исследований автором установлено, что фибробронхоскопия, проводимая у пациентов в критическом состоянии, обусловленным абдоминальным панкреатогенным сепсисом, политравмой и острым нарушением мозгового кровообращения, при среднем и тяжелом остром респираторном дистресс-синдроме способствует снижению сердечного индекса. Снижение сердечного индекса в ходе процедуры фибробронхоскопии на 9–19% от исходного значения является неблагоприятным предиктором процедуры. Автор определил, что у больных с панкреонекрозом и абдоминальным сепсисом при среднем и тяжелом остром респираторном дистресс-синдроме значение сердечного индекса менее 3,5 л/мин/м² является противопоказанием к проведению фибробронхоскопии, при этом значение индекса общего периферического сосудистого сопротивления у данной категории больных вариабельно и не может являться критерием для отказа от фибробронхоскопии.

У пострадавших с тяжелой сочетанной травмой при среднем и тяжелом остром респираторном дистресс-синдроме динамическое снижение сердечного индекса является предиктором ухудшения состояния пострадавшего в ответ на фибробронхоскопию. Повышение индекса внесосудистой воды легких более 9 мл/кг у больных с тяжелой сочетанной травмой свидетельствует о рестриктивных механизмах развития дыхательной недостаточности и ранних стадиях развивающегося некардиогенного отека легких, что является противопоказанием к проведению фибробронхоскопии.

У пострадавших с тяжелой ожоговой травмой без ожога дыхательных путей проведение фибробронхоскопии приводит к ухудшению показателей гемодинамики. У пострадавших с тяжелой ожоговой травмой, имеющих термоингаляционную травму, устранение бронхообструктивного компонента посредством фибробронхоскопии улучшает состояние больных, в том числе способствует стабилизации показателей центральной гемодинамики и газообмена.

Между параметрами объективной оценки тяжести состояния больного, показателями центральной гемодинамики, параметрами газообмена и показателями эндоскопического статуса имеется прямая значимая корреляционная связь, достоверная у пациентов с абдоминальным панкреатогенным сепсисом, политравмой и прооперированных больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

Частота осложнений фибробронхоскопии у больных хирургического профиля в критических состояниях существенно превышает литературные показатели и составляет от 3,3% до 14,8%.

В заключении автор излагает основные положения работы, проводит обсуждение полученных результатов. Выводы соответствуют поставленным задачам исследования, они четкие и конкретные. Практические рекомендации основаны на полученных результатах, являются объективным описанием приобретенного автором практического опыта и могут быть использованы в практической хирургической деятельности.

Количество клинических наблюдений достаточно для решения поставленных задач. Анализ данных с применением современных методов статистической обработки материала свидетельствует о достоверности полученных результатов, обоснованности выводов и практических рекомендаций, представленных в диссертационной работе Комарова Геннадия Александровича «Оценка риска и предупреждение осложнений

фибробронхоскопии при критических состояниях у больных хирургического профиля». Замечаний нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационная работа Комарова Геннадия Александровича «Оценка риска и предупреждение осложнений фибробронхоскопии при критических состояниях у больных хирургического профиля», представленная на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия, является самостоятельной законченной научно-квалификационной работой, в которой содержится новое решение актуальной научной задачи – оценка риска развития осложнений при выполнении лечебно-диагностической фибробронхоскопии у больных хирургического профиля, находящихся в критическом состоянии, имеющей существенное значение для развития страны. Диссертационная работа соответствует требованиям пункта 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Доктор медицинских наук, профессор

Н.Е.Чернеховская

Официальный оппонент: Наталья Евгеньевна Чернеховская, доктор медицинских наук (14.01.17 – хирургия), профессор кафедры эндоскопии Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования Российская медицинская

академия последипломного образования Министерства здравоохранения
Российской Федерации (125995, г. Москва, ул. Баррикадная, дом 1/2 тел. 8
(495) 945 – 05 – 35 chernekhovskaya @ mail.ru).

Подпись доктора медицинских наук, профессора Чернеховской Н.Е.
заверяю:

Ученый секретарь ГБОУ ДПО
РМАПО Минздрава России
профессор



Л.М. Савченко