

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

доктора медицинских наук, профессора Корымасова Евгения Анатольевича на диссертационную работу Горбунова Вадима Александровича на тему «Усовершенствование комплексного лечения послеоперационного медиастинита у кардиохирургических пациентов», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 - сердечно-сосудистая хирургия.

Актуальность темы исследования

Проблема инфекционных раневых осложнений после стернотомии кажется решенной в силу хорошо отработанной системы профилактических мероприятий, изложенных в методических рекомендациях «Элиминация стеральной инфекции в кардиохирургии» (Фогт П.Р., Хубулава Г.Г., Шихвердиев Н.Н. и соавт., 2012) и позволяющих добиться относительно небольшой частоты этого неблагоприятного события (1,5-4,5%). Вместе с тем, ежегодно в России, по данным Л.А.Бокерия, выполняется около 57 тысяч кардиохирургических операций с использованием стернотомии, и по прогнозам это количество будет увеличиваться в связи с реализацией Национального проекта «Здравоохранение». Однако абсолютное число осложнений, к сожалению, будет увеличиваться. И это серьезный вызов, который делает время гнойной хирургии и, в частности, гнойной торакальной хирургии. Последняя до недавнего времени оставалась в роду «падчерицы» у современной и всемогущей «чистой» кардиоторакальной хирургии. Да и полноценной статистики в нашей стране нет, потому что тема гнойных осложнений является весьма непривлекательной для обсуждения среди хирургов.

В узком круге специалистов, профессионально занимающихся постстернотомным медиастинитом, остаются вопросы: в каком отделении должны лечиться такие пациенты, как лучше дренировать рану, когда снимать проволочные швы с грудины, когда переходить к пластическому этапу, как лучше закрыть дефект? Приводимые в литературе сведения разноречивы, каждый автор приводит наилучшие результаты своего метода. Это заставляет с большим вниманием относиться к каждому предложению, чтобы в результате накопления коллективного опыта появился оптимальный вариант.

Все вышесказанное свидетельствует об актуальности предпринятого В.А.Горбуновым исследования и вызывает глубокое уважение к исследователю, пытающемуся помочь очень непростой категории пациентов.

Степень обоснованности и достоверность научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Кандидатская диссертация предусматривает новое решение актуальной задачи современной сердечно-сосудистой хирургии. И это момент реализован в диссертации в полной мере.

Задачи исследования сформулированы в полном соответствии с целью.

В работе представлен достаточно большой для данной нозологии клинический материал (116 пациентов). Подробное описание исходного состояния пациентов, дизайна работы и современных методов исследования, корректная интерпретация полученных данных свидетельствует о полной обоснованности и достоверности результатов и выводов в соответствии с концепцией научно-обоснованной медицинской практики. Полученные цифровые данные обработаны с помощью современных методов статистического анализа.

Обоснованность и достоверность полученных результатов подтверждается также большим иллюстративным материалом, опубликованными 9 научными работами, в том числе 3 статьями в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации результатов кандидатских и докторских диссертаций, получен Патент РФ на изобретение.

Знакомство с работой убеждает в конкретном участии автора в лечебном процессе у этих пациентов и получении всех научных данных.

Диссертация охватывает основные вопросы поставленной научной проблемы и соответствует критерию внутреннего единства, что подтверждается наличием последовательного плана исследования и непротиворечивой методологической платформы, а также наличием основной идейной линии, концептуальности и взаимосвязи выводов.

Работа соответствует паспорту специальности 14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия.

Научная новизна исследования и полученных результатов, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Диссертационная работа провозглашает принципиально новый хирургический подход, который в определенной степени разрушает устоявшиеся стереотипы и заставляет по-новому взглянуть на эффективность некоторых способов лечения.

Научная новизна усматривается в следующих позициях.

Во-первых, автор является сторонником двухэтапного подхода. Отстаивание подобной стратегии важно и с научной, и с практической точки зрения.

Во-вторых, автор внес существенный вклад в изучение течения раневого процесса и определение готовности раны к реконструктивным вмешательствам.

В-третьих, предложен универсальный алгоритм лечения постстернотомного медиастинаита. Правда, при этом я не был бы столь категоричен в отношении термина «универсальный», поскольку невозможно учесть абсолютно все факторы. И автор сможет в этом убедиться, продолжив научные исследования в этом направлении. Универсальным является метод вакуумного дренирования раны. Но и здесь полученные результаты «ломают стереотипы» в отношении того способа лечения раневого процесса, с чем я

абсолютно согласен. Научно обоснованной стандартизации тактики лечения с использованием вакуумного дренирования не проводилось.

В-четвертых, обоснована ранняя активная тактика, подразумевающая раннее снятие металлических лигатур с грудины.

В-пятых, предложен принцип выбора способа реостеосинтеза.

В-шестых, доказана возможность применения во время реконструктивного этапа скоб из металла с памятью формы.

В-седьмых, внедрен новый (запатентованный) способ реостеосинтеза, который позволяет сохранить створки грудины в условиях остеопороза, асимметричной стернотомии и фрагментации створок. Автором разработан модернизированный П-образный проволоочный шов на прокладках из титановой сетки.

Автор не является сторонником применения аутопластического материала – большого сальника во время реконструктивного этапа. Это неожиданная точка зрения, которая имеет право на существование, и в тоже время требует пояснения.

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

Диссертационная работа носит ярко выраженный практический характер. Полученные результаты совершенно конкретно свидетельствуют об этом.

Главный итог – сбережение пациентов. Летальный исход наступил только у 1 пациента (0,86%), что свидетельствует об эффективности лечения и о тщательности отбора больных.

В результате внедрения разработанного алгоритма удалось получить минимальную частоту нестабильности грудины – 1,6%. В то время как при других способах лечения этот показатель достигал 12,5%.

Рецидив инфекции удалось снизить до 5,5%. А ведь даже целенаправленное применение метода вакуумного дренирования, перемежающееся с открытым ведением, сопровождалось 24,4% возврата инфекции, что заставляет весьма критически взглянуть на столь популярный метод.

Разработанный способ реостеосинтеза грудины с использованием П-образных проволоочных швов на прокладках из перфорированных металлических пластин является эффективным в 95,5% случаев у пациентов с асимметричной стернотомией, фрагментациями грудины и выраженной деструкцией костной ткани.

Автором даны конкретные практические рекомендации. Очень ответственной, на мой взгляд, является, третья рекомендация: «Во всех случаях выявления диастаза и нестабильности стернотомного доступа производить полное удаление всех фиксирующих грудину элементов с разведением ее створок. Избегать дотягивания проволок». Собственный

практический опыт заставляет быть более сдержанным в реализации подобного тезиса.

Четвертая рекомендация могла быть более категоричной, ибо лечебное учреждение, в котором оказывается помощь столь непростой категории пациентов, должно быть оснащено наиболее эффективным лечебным оборудованием, каковым является мобильная аппаратура для вакуумного дренирования.

Тем не менее, с уверенностью можно рекомендовать внедрение выводов и рекомендаций в практическую деятельность отделений сердечно-сосудистой хирургии, хирургических торакальных отделений, отделений хирургической инфекции городских, областных, краевых и республиканских больниц, научно-исследовательских институтов и национальных медицинских исследовательских центров, а также в программы подготовки в ординатуре и в системе дополнительного профессионального образования по специальностям «хирургия», «торакальная хирургия», «сердечно-сосудистая хирургия».

Оценка содержания диссертации

Диссертация Горбунова В.А. представлена на 133 страницах машинописного текста, построена по традиционному плану, включает введение, главу «Обзор литературы», три главы собственных исследований с разделами, выводы и практические рекомендации.

Научная работа логично построена, хорошо структурирована, написана доступным языком, достаточно иллюстрирована.

Во введении обосновывается актуальность темы исследования, четко изложены цель и задачи исследования, научная новизна, практическая значимость, приводятся положения, выносимые на защиту, внедрение результатов исследования.

В главе 1 «Обзор литературы» достаточно подробно представлены сведения о частоте встречаемости постстернотомного медиастинита и о факторах риска развития данного раневого осложнения. Разносторонне освещены существующие методы хирургического лечения их преимущества и недостатки. Затронуты вопросы остеосинтеза грудины у пациентов с постстернотомным медиастинитом. Справедливо отмечается противоречивость имеющихся данных по вопросам выбора метода ведения раны и подготовки ее к пластике.

В главе 2 «Материал и методы исследования» приводится характеристика 116 пациентов с постстернотомным медиастинитом. Приведено описание принципов формирования исследуемых групп (3 группы) в зависимости от методов дренирования раны. Подробно описаны применяемые методики лечения и методы контроля раневой инфекции на всех этапах лечения. Представлены принципы формирования исследуемых групп (3 группы) в зависимости от выбора способа реостеосинтеза грудины

при постстернотомном медиастините и сопутствующей нестабильности грудины.

Все пациенты находились на лечении в кардиохирургических отделениях. При этом у любого читателя сразу возникает сомнения в целесообразности пребывания этой категории больных там, где выполняются «чистые» хирургические операции с использованием синтетических материалов. Проблема не новая и постоянно обсуждаемая в профессиональном хирургическом сообществе как с эпидемиологической точки зрения, так и с позиции профильности оказания помощи. И если можно понять пребывание пациентов с I-III типами постстернотомного медиастинита El. Oakley и John E. Wright (1996), то госпитализация больных с V типом, который возникает позже 6 недель после операции, не совсем понятна. Возможно, что столь радужные результаты лечения (всего 1 летальный исход) связаны с исключением пациентов с IV типом заболевания.

В этой связи следует пояснить: В течение какого времени после стернотомии возникли раневые осложнения? Через какое время (в среднем) после начала лечения постстернотомного медиастинита приступали к реконструктивному этапу?

Применяемые методы исследования и ведения ран, используемые способы стабилизации стернотомного доступа в целом соответствуют современным подходам к диагностике и лечению постстернотомного медиастинита. При сравнении различных показателей для определения достоверности использовались современные методы статистической обработки.

Глава 3 «Результаты проведенного исследования» посвящена изложению результатов собственных исследований, в частности, сравнительной оценки частоты развития постстернотомного медиастинита в зависимости от выполненной кардиохирургической операции, частота встречаемости возбудителя инфекции и их чувствительности к антибактериальным препаратам.

С чем связана различная частота постстернотомного медиастинита после различных кардиохирургических операций?

На мой взгляд, в большей степени играют роль длительность искусственной вентиляции легких, длительность искусственного кровообращения, наличие хронической обструктивной болезни легких, сахарный диабет. Обоснованием является факт шунтирования крови на периферии в условиях централизации кровообращения для обеспечения кровоснабжения головного мозга, миокарда, почек.

Представлена сравнительная оценка результатов лечения в зависимости от выбранного способа ведения раны по таким объективным показателям как длительность госпитализации, летальность, рецидивы раневой инфекции и динамике снижения уровня с-реактивного белка.

Чем можно объяснить неудовлетворительные результаты вакуумного дренирования у пациентов 2-й группы (и наибольший срок госпитализации, и наибольшая частота рецидивов инфекции)?

Убедительно продемонстрировано превосходство разработанного способа остеосинтеза грудины с использованием П-образных проволоочных швов на прокладках из перфорированных металлических пластин над традиционными методиками.

При этом возникает вопрос: **Насколько целесообразно оставлять такую скомпрометированную грудину, если деструкция створок грудины свидетельствует о незавершенном процессе деструкции?** В диссертации не прослеживается тенденция на секвестрэктомию и стернумэктомию. Такой подход является нестандартным. С точки зрения переносимости операции, стернумэктомия не оказала бы отрицательного влияния, ибо больной уже стабилизируется к этому времени, но с точки зрения предупреждения рецидива инфекции она была бы весьма целесообразна.

В главе 4 «Обсуждение результатов исследования» подводятся итоги проведенному исследованию и излагаются основные положения, разработанные автором. Аргументы о целесообразности лечения острого постстернотомного медиастинита в условиях кардиохирургических отделений с применением максимально агрессивной тактики в наиболее ранние сроки следует признать вполне обоснованным. В разделе приведены преимущества и особенности применения вакуум-терапии по сравнению с традиционными методами ведения ран.

Диссертацию завершает **«Заключение»**, лаконично подводящее итог проведенному исследованию.

Выводы и практические рекомендации отражают основные результаты проведенного исследования и полностью соответствуют поставленным задачам.

Соответствие содержания автореферата основным положениям и выводам диссертации

Автореферат полностью отражает содержание диссертации. Принципиальных замечаний к автореферату нет.

Заключение

Диссертация Горбунова Вадима Александровича на тему «Усовершенствование комплексного лечения послеоперационного медиастинита у кардиохирургических пациентов» является законченной научно-квалификационной работой, в которой содержится новое решение актуальной научно-практической задачи, имеющей важное значение для современной сердечно-сосудистой хирургии, - улучшение результатов лечения постстернотомного медиастинита у кардиохирургических пациентов.

По актуальности, объему представленного материала, методическому обеспечению, новизне полученных результатов и их практической значимости диссертационная работа Горбунова В.А. соответствует требованиям п.9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней ВАК РФ», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24.09.2013 г., №842 (в редакции от 01.10.2018 г.), предъявляемым к диссертационным работам на соискание ученой степени кандидата наук, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 - сердечно-сосудистая хирургия.

Заведующий кафедрой хирургии
института профессионального образования
федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор



Корымасов Евгений Анатольевич

«Подпись Е.А. Корымасова заверяю»:
Ученый секретарь Ученого совета
федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
доктор медицинских наук, доцент



Борисова Ольга Вячеславовна

03 июня 2019 г.

443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89.
Тел. 8(846) 3321634, 9562272 (клиника)
Факс. 8(846) 3332976
Тел. моб. 89276080041
E-mail: info@samsmu.ru, korymasov@mail.ru