

ОТЗЫВ

официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России Хубезова Дмитрия Анатольевича о диссертационной работе Егоркина Михаила Александровича на тему «Современные подходы к лечению анаэробного парапроктита», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.01.17 – Хирургия.

Актуальность темы диссертации

Диссертация Егоркина М.А. посвящена важной проблеме современной колопроктологии, а именно лечению больных с анаэробными формами острого парапроктита. Актуальность изучения данной патологии объясняется тем, что лечение этой категории больных представляет собой трудную комплексную задачу, включающую экстренную хирургию, а также интенсивную инфузионную и антибактериальную терапию. Особенностью течения анаэробного парапроктита является несоответствие размеров кожных изменений и степени поражения нижележащих тканей (клетчатки, фасций, мышц), что затрудняет своевременную диагностику и адекватную хирургическую обработку таких ран. После лечения у больных анаэробным парапроктитом в большинстве случаев формируются обширные и глубокие раны. Такие раны часто распространяются на всю область промежности, мошонку, бедро, брюшную стенку до подмышечных впадин, а также спину до лопаточных костей и являются основной причиной длительной нетрудоспособности, часто инвалидизируют больных и требуют повторных пластических операций, что обуславливает и высокое социальное значение данной проблемы.

Автором поставлена цель: улучшение результатов лечения больных анаэробным парапроктитом. В соответствии с целью в работе сформулированы

задачи исследования: изучить спектр бактериальной флоры, ответственной за возникновение острого анаэробного парапроктита; оценить эффективность метода лазерной доплеровской флоуметрии в выявлении границ воспаления; определить эффективность вакуумной терапии (negative pressure wound therapy – NPWT) в лечении ран промежности после хирургического лечения; провести анализ эффективности альгинатных и суперабсорбирующих перевязочных материалов в лечении ран после операций; определить частоту возникновения свищей прямой кишки; оценить летальность и частоту послеоперационных осложнений в условиях специализированного стационара; изучить независимые факторы риска и выявить предикторы летальных исходов при анаэробном парапроктите.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые в отечественной практике выполнено когортное исследование, посвящённое актуальным вопросам лечения острого анаэробного парапроктита, соответствующее нормам факторного анализа. В рамках научного исследования определены независимые факторы риска и предикторы летальных исходов при анаэробном парапроктите. На достоверной выборке показана эффективность применения вакуумной терапии и абсорбирующих повязок в лечении ран после хирургических вмешательств по поводу анаэробного парапроктита. Разработан метод лазерной доплеровской флоуметрии, который позволяет адекватно оценить границы воспаления для выполнения некрэктомии. В рамках проведенного диссертационного исследования получено пять патентов Российской Федерации на изобретение, что убедительно подтверждает его новизну и научную значимость.

Практическая значимость исследования

В результате проведенного автором исследования в клиническую практику введен дифференцированный подход к лечению больных анаэробным парапроктитом, что позволило снизить частоту летальных исходов в условиях специализированного стационара до 7,7%. Внедрение в клиническую практику

метода вакуумной терапии значительно снижает длительность пребывания в стационаре и сокращает сроки лечения пациентов. Выявленные факторы риска летального исхода при анаэробном парапроктите позволяют прогнозировать течение заболевания у конкретного пациента. Применение метода лазерной доплеровской флоуметрии позволяет определить истинные границы поражения мягких тканей при этом заболевании. Полученные в ходе проведенного исследования результаты представляют интерес для практического здравоохранения и должны быть рекомендованы для внедрения в клиническую практику специализированных колопроктологических стационаров.

Структура и объем диссертационной работы. Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертации

Представленная диссертационная работа Егоркина Михаила Александровича имеет классическую структуру и состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа изложена на 154 страницах машинописного текста, иллюстрирована 26 рисунками и 19 таблицами. Библиографический указатель включает в себя 108 источников, из которых 9 отечественных и 99 зарубежных.

Обзор литературы написан очень подробно. Следует отметить, что в этой главе автором освещается эпидемиология заболевания. Интересным представляется тот факт, что анаэробный парапроктит – достаточно редкое заболевание, в США ежегодно регистрируется более 1000 новых случаев. В обзоре также представлены современные классификации, этиология и патогенез заболевания. Автор настолько увлечен изложением материала, что местами забывает сделать ссылку на тех авторов, данными которых он пользуется. Михаилом Александровичем также подробно описаны разделы, касающиеся клинических проявлений и диагностики, включая лабораторные показатели и методы визуализации (рентгенологическое и ультразвуковое исследования, компьютерная томография). Один из разделов обзора посвящен

лечению больных анаэробным парапроктитом, включающему хирургическое лечение, антибактериальную, вакуумную терапию, гипербарическую оксигенацию, лечение иммуноглобулинами. Автор подробно описывает лечение ран на различных стадиях раневого процесса, реабилитационный период, факторы риска летального исхода при анаэробном парапроктите, качество жизни пациентов после лечения. Однако представляется целесообразным в конце этих разделов диссертанту выразить собственную оценку представленным материалам в виде небольшого заключения. Обращает на себя внимание скрупулезность и тщательность, с которой автор проводит литературный обзор. Приводится огромный материал, касающийся не только клинических аспектов диагностики и лечения анаэробного парапроктита, но и организационных вопросов. Так, в литературном обзоре имеется отдельный раздел под названием «Организация помощи анаэробным парапроктитом», что делает данную работу интересной не только для врача-клинициста, но и для организатора здравоохранения.

Вторая глава посвящена пациентам и методам. Производят большое впечатление масштабы и длительность исследования – объем выборки составил 374 пациентов с анаэробным парапроктитом за практически десятилетний промежуток времени. Подобным количеством пациентов с анаэробным парапроктитом может похвастаться далеко не каждая клиника. В связи с этим, можно с уверенностью сказать, что автор и отделение неотложной колопроктологии «Городской клинической больницы №15 имени О.М. Филатова» в целом накопили наибольший опыт лечения анаэробного парапроктита в нашей стране, что делает их флагманом в изучении данной патологии. Также в этой главе излагаются критерии включения в наблюдательное исследование, характеристика пациентов и методы диагностики. Обращает на себя внимание, что автор производит подробный анализ клинических проявлений анаэробного парапроктита, рассчитана частота встречаемости каждого из симптомов. Это позволяет составить точную картину

течения заболевания, что особенно важно для начинающих хирургов, не имеющих богатого опыта, так как диагноз «анаэробный парапроктит» в первую очередь ставится на основании физикального осмотра. Четкое понимание клинической картины позволит врачам-хирургам и колопроктологам своевременно поставить данный диагноз и незамедлительно приступить к лечению, что значительно повысит шансы пациента на выздоровление. Во второй главе автор описывает инструментальные и лабораторные методы диагностики анаэробного парапроктита. Автором широко используются дополнительные методы исследования, такие как: ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Однако, возникает вопрос, есть ли необходимость такого тщательного диагностического поиска, удлиняющего время до проведения оперативного вмешательства, в случаях, когда диагноз очевиден на основании данных физикального обследования. В связи с этим, было бы уместно указать в данной главе показания для каждого из указанных методов исследования и отразить частоту их выполнения. Не смотря на это, стоит сказать, что приведенные иллюстрации, на которых отражены характерные ультразвуковое и рентгенологические признаки анаэробного парапроктита, представляют большую значимость как для врачей-хирургов, так и для диагностов.

В третьей главе представлен алгоритм лечения больных анаэробным парапроктитом. Очень важно, что данная глава начинается с подробного описания необходимого санитарно-эпидемиологического режима, что необходимо для профилактики гнойно-септических осложнений в хирургическом стационаре. В данном разделе ничто не остается без внимания автора: приведены требования к палатам, в которых находится пациент, указаны режимы дезинфекции инвентаря, правила утилизации использованного перевязочного материала и т.д. Подобный подход говорит о фундаментальности данного труда и высоко характеризует автора как исследователя. В данной главе автор описывает технические особенности

экстренного хирургического вмешательства после верификации диагноза. Для этого он использует термины «абсцесс», «флегмона». Представляется более верным для описания воспалительного процесса при анаэробном парапроктите использовать термин «флегмона», т.к. «флегмона», в отличие от «абсцесса», не имеет чётких границ распространения процесса, что более характерно для анаэробного парапроктита. В этой главе также сообщается о применении лазерной доплеровской флоуметрии с целью маркировки истинных границ поражения мягких тканей у 42 больных анаэробным парапроктитом. Более точная диагностика распространённости воспалительного процесса, полученная в результате применения этой методики, позволила сократить средний койко-день в группе лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) до 14 дней, против 29 в контрольной группе. Подобные результаты поражают и позволяют рекомендовать более широкое внедрение метода ЛДФ. Однако метод отбора пациентов, а также характеристика группы, состоящей из 42 больных анаэробным парапроктитом, которым был применен данный метод, и 29 пациентов, вошедших в контрольную группу, автором не представлен. Также хочется отметить, что в данном разделе не хватает иллюстраций, которые необходимы для понимания сути данного достаточно неизученного и перспективного метода исследования. Изображение самого аппарата, демонстрация доплерограмм, отображение зависимости между определенными доплерограммами и изменениями мягких тканей были бы отличным украшением данной работы и сделали бы ее более наглядными. Однако, данное замечание не является принципиальным, а носит больше рекомендательный характер. В третьей главе Михаил Александрович также уделил большое внимание особенностям периоперационного ведения пациентов с анаэробным парапроктитом, что не совсем характерно для хирургических диссертаций и является неоспоримым достоинством данной работы. Подробно описаны аспекты анестезиологического пособия, антибактериальной терапии, ведения пациентов в условиях отделения реанимации. Отрадно отметить, что все

пациенты, включенные в исследование, в послеоперационном периоде получали продленную эпидуральную анестезию через помпу, что говорит о высоком уровне анестезиологической службы и хорошем обеспечении клиники. Пропагандируемый автором мультидисциплинарный подход еще раз подтверждает мысль о том, что лечением пациента с анаэробным парапроктитом должна заниматься целая команда специалистов на всех этапах оказания помощи.

Глава четвёртая посвящена непосредственным результатам лечения больных анаэробным парапроктитом. Данная глава имеет в себе подразделы, посвященные детальному анализу структуры послеоперационных осложнений, описанию вакуумной терапии ран промежности, применения суперабсорбирующих и альгинатных повязок, перечислены факторы риска и предикторы летального исхода после хирургического вмешательства. Обращает на себя внимание низкий показатель летальности – 7,7%, хотя в литературе указывается уровень летальности в пределах от 20 до 40%. Такой показатель является главным достижением данного исследования и, несомненно, является заслугой автора. Стоит также отметить высокую эффективность вакуумной терапии в лечении обширных ран после некрэктомии. Получены отличные результаты по сравнению с контрольной группой (без вакуумной терапии): увеличилась частота выполнения пластических операций ($p=0,006$), уменьшилось количество осложнений ($p=0,025$). Как ни странно, применение вакуумной терапии показало и экономическую эффективность ($p=0,034$), несмотря на высокую стоимость расходных материалов, за счет уменьшения количества осложнений и длительности нахождения в стационаре. Украшением данного раздела является показательное богато иллюстрированное клиническое наблюдение, которое еще раз демонстрирует эффективность вакуумной терапии. К сожалению, за подробным разделом, посвященным вакуумной терапии, следует крайне лаконичный раздел о применении суперабсорбирующих и альгинатных повязок. На мой взгляд, следовало бы

привести более подробную характеристику данного метода лечения, указать особенности, разновидности, технику использования данных повязок. Также данный раздел было бы полезно дополнить иллюстрациями.

В конце четвертой главы анализируются факторы риска и предикторы летального исхода при анаэробном парапроктите. При этом автор использует современные методы статистического анализа (логистическая регрессия, ROC-анализ), что подтверждает высокую достоверность полученных результатов.

В пятой главе представлены отдалённые результаты лечения больных анаэробным парапроктитом. В сроки от 6 до 12 месяцев прослежено 248 (66,3%) больных из общего числа оперированных. Представленный рисунок и фотографии облегчают восприятие материала. Обращает на себя внимание, что рецидив острого парапроктита после вскрытия анаэробных параректальных гнойников наблюдался лишь у 5 (1,3%) больных, что говорит о качестве выполняемых операций и адекватной санации раны. Замечаний по данной главе нет.

Заключение написано по обычной форме и представляет изложение основных положений диссертации. Выводы соответствуют поставленным задачам. Однако, следует отметить их излишнюю многословность. Они должны быть лаконичными, чтобы за многословием не терялся их смысл.

Практические рекомендации четкие, конкретные и могут использоваться хирургами и колопроктологами в клинической практике.

Результаты проведенной работы подтверждают, что хирургическое вмешательство у больных анаэробным парапроктитом имеет ключевое значение и должно быть направлено на удаление пораженных тканей. Внедрение в клиническую практику лазерной доплеровской флоуметрии позволяет объективизировать клиническую картину. Выявленные в результате диссертационной работы факторы риска и предикторы летального исхода, а также разработанный дифференциальный подход, позволили улучшить результаты лечения и уменьшить частоту летальных исходов до 7,7%.

Заключение

Диссертация Егоркина Михаила Александровича «Современные подходы к лечению анаэробного парапроктита» является самостоятельным законченным исследованием, полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24 сентября 2013 года № 842 предъявляемым к кандидатским диссертациям, а её автор заслуживает присуждения искомой ученой степени по специальности 14.01.17 – Хирургия.

Согласен на сборку, хранение и передачу моих персональных данных в диссертационный совет Д 208.021.01 на базе ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, а также принять участие в заседании по защите диссертации.

Заведующий кафедрой хирургии, акушерства и гинекологии
ФДПО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук (14.01.17 – Хирургия),
профессор

Хубезов Дмитрий Анатольевич

Подпись профессора Хубезова Д.А. заверяю:
проректор по научной работе и инновационному
развитию ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Сунков Игорь Александрович

« 20 » 02 2020 г.

