

Отзыв

официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора Корымасова Евгения Анатольевича о диссертации Дружкина Сергея Геннадьевича на тему «Выбор тактики хирургического лечения при свернувшемся гемотораксе», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия

Актуальность темы исследования

Диссертационная работа С.Г. Дружкина посвящена довольно известной в торакальной хирургии патологии – свернувшемуся гемотораксу, который, по большому счету, даже не является нозологической единицей, а представляет собой синдром, осложнение травмы грудной клетки.

Свернувшийся гемоторакс является своеобразным квалификационным тестом дееспособности врача торакального хирурга: диагностика и лечение этой патологии должна быть максимально стандартизирована и не вызывать каких-либо дискуссий.

Действительно, какой стандартный шаблон возникает у хирурга при упоминании тактики при свернувшемся гемотораксе?

В принципе, больной должен быть переведен в хирургическое торакальное отделение для оказания ему там специализированной помощи, надо выполнить компьютерную томографию для установления диагноза, объема поражения и выбора тактики, применить малоинвазивное хирургическое вмешательство – видеоторакоскопическую санацию плевральной полости.

Поэтому когда я первый раз прочитал представленную диссертацию и не обнаружил в ней упоминания о компьютерной томографии и широкой распространенности видеоторакоскопии в хирургическом торакальном отделении областной больницы, был немного озадачен расхождением своих представлений (в общем-то, правильных) с новизной диссертационного исследования.

Но чтобы понять актуальность диссертации, надо еще раз представить себе весь путь такого пострадавшего. Больные с травмой груди далеко не всегда сразу поступают в торакальные хирургические отделения. Они «оседают» в травмоцентрах 3 и 2 уровня (ЦРБ и ГБ без торакальных отделений), и уже оттуда переводятся в торакальные хирургические отделения с практически уже готовым диагнозом. И мы, торакальные хирурги, порой совершенно справедливо сетуем: почему не сделали компьютерную томографию, почему сразу не дренировали плевральную полость, почему не вызвали торакального хирурга по «санации»? Лишь в немногих регионах существует хорошо отлаженная система маршрутизации.

Подтверждением того, что проблема скорее непонятна, чем понятна, является тот факт, что у диссертанта в «Обзоре литературы» содержится 44%

работ, датированных последними пятью годами, т.е. тактика продолжает обсуждаться.

Чтобы ни у кого не возникло сомнений «а не изобретаем ли мы колесо и не легче ли сразу перевести больного в торакальное хирургическое отделение, оснащенное по полной программе?», как это позволяет сделать «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия», позволю обозначить несколько проблемных вопросов.

Во-первых, о лечении какого заболевания идет речь? Критерием включения пациентов в исследование был «установленный диагноз гемоторакса любой этиологии без клинических и лабораторных признаков продолжающегося кровотечения». **Гемоторакс без продолжающегося кровотечения и свернувшийся гемоторакс – это одно и тоже состояние или разные?** Например, у больного с травмой груди и гемотораксом, поступившим через 6 часов после травмы, дренирование плевральной полости позволяет убрать всю кровь. Будет ли это означать успешное лечение свернувшегося гемоторакса? А если дренирование окажется неэффективным вследствие неполного удаления крови, и на последующем этапе лечения появится диагноз свернувшегося гемоторакса, то с какого момента будет идти отсчет времени формирования свернувшегося гемоторакса? И вообще, имеет ли смысл вообще употреблять термин «свернувшийся»?

Во-вторых, всегда ли будет транспортабелен такой больной в областное учреждение, если закрытая травма груди с гемотораксом являются компонентами политравмы? Как показал автор, 60% пациентов поступили позднее 8 суток от начала заболевания именно в силу трудности транспортабельности.

В-третьих, всегда ли будет переносима малотравматичная операция видеоторакоскопическая санация плевральной полости, если закрытая травма груди с гемотораксом являются компонентами политравмы? Ведь всегда есть соблазн решить проблему методами «малой хирургии».

В-четвертых, всегда ли ресурсные возможности стационара, даже областного, позволяют беспрепятственно выполнить компьютерную томографию?

В-пятых, всегда ли ресурсные возможности стационара, даже областного, позволяют беспрепятственно выполнить видеоторакоскопию? Находясь в определенном «рафинированном состоянии», многим из нас легко судить о якобы технологической необеспеченности научного исследования («сытый голодного не разумеет»). С другой стороны, нельзя делать науку, исходя из наших ограниченных возможностей и остаточного финансирования. Иначе это уже не будет похоже на науку.

В-шестых, а есть ли у нас в стране утвержденные Национальные клинические рекомендации, определяющие порядок действий, соблюдение которого мы должны требовать от всех хирургов и торакальных хирургов? У

нас есть только лишь проект НКР по травме груди, автором которого является профессор К.Г.Жестков.

Поставленные выше вопросы носят риторический характер; они предназначены только лишь для того, чтобы очертить проблему, казалось бы, совсем простого заболевания.

Проведенное С.Г. Дружинным исследование адаптирует специализированную торакальную помощь под непростые условия функционирования общехирургического скоромощного стационара. А это требует прогнозирования течения гемоторакса после травмы. К сожалению, публикации подобного рода и выступления на наших профильных торакальных конференциях отсутствуют. Поэтому тему диссертации следует однозначно признать актуальной.

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

Кандидатская диссертация предусматривает новое решение актуальной научной задачи современной хирургии. Представленная диссертация соответствует этому требованию: цель – улучшение результатов лечения пациентов со свернувшимся гемотораксом на основании адресного подхода к выбору хирургического метода лечения – как раз и была реализована за счет принципиально нового подхода – прогнозирования течения заболевания.

Достоверность полученных результатов обусловлена достаточным объемом фактического материала - 114 пациентов, особенно с учетом того, что свернувшихся гемотораксов все таки немного, ибо в большинстве случаев неплохо отлажена своевременная диагностика гемоторакса, своевременная эвакуация крови из плевральной полости. Подробный анализ клинического материала и современных методов исследования, корректная интерпретация полученных данных также свидетельствует о полной обоснованности и достоверности результатов, выводов и практических рекомендаций.

Однозначно достоверным данное исследование делают современные методы статистического анализа. Среди некоторых хирургов-клиницистов принято считать, что настоящая хирургическая диссертация должна впечатлить технологией, «кровавостью» и инструментарием, а кому нечего показать, тот показывает статистику. Именно поэтому многие хирургические диссертации грешат «бездоказательностью». Но только не в этом случае. Использован громаднейший математический аппарат, позволивший создать модели принятия решения, а также принципы научно-обоснованной медицинской практики. Полученные цифровые данные документированы таблицами, графиками. Обоснованность и достоверность полученных результатов подтверждается также большим иллюстративным материалом, опубликованными 10 научными работами, в том числе 5 статьями в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации результатов кандидатских и докторских диссертаций, 2 приоритетными справками на изобретение.

Работа выполнена в известном в стране лечебном учреждении – торакальном хирургическом отделении Ярославской областной клинической больницы, которое является базой кафедры хирургии института последипломного образования Ярославского государственного медицинского университета.

Знакомство с работой убеждает в конкретном участии автора в выполнении всех этапов работы, в самостоятельном сборе фактического материала, проведении клинических исследований, самостоятельном проведении всех оперативных вмешательств, анализе полученных научных данных, систематизации и интерпретации.

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

Фактически перед нами новый лечебный подход в экстренной торакальной хирургии – прогнозирование течения гемоторакса.

Актуальность такого направления очень точно определена академиком Ю.Л.Шевченко (2006): «Мы не часто отдаем себе отчет в том, что в первую очередь каждого нашего пациента интересует не диагноз сам по себе, а диагноз с точки зрения прогноза на будущее. С этой точки зрения вся история медицины связана с различного рода предвидениями – от интуитивно-эмпирического предсказания до научно-обоснованного прогнозирования».

На первый взгляд может показаться, что для научной новизны не хватает метода, входящего в имидж-диагностику – компьютерной томографии. С помощью компьютерной томографии можно оценить плотность сгустка, сказать, что это – кровь или экссудат, четко оценить локализацию, но, к сожалению, нельзя «заглянуть внутрь сгустка» и сказать, что будет с этим свертком крови после «малой хирургии», после видеоторакоскопии, после торакотомии или без этих методов. Ответ на эти вопросы дают математические модели, созданные автором на основании многофакторного анализа.

Научная новизна заключается и в том, что установлено влияние факторов, которые, на первый взгляд, неочевидны в патогенезе свернувшегося гемоторакса и его дальнейшего течения (показатели общего и биохимического анализа крови, анализа мочи).

Создана двухуровневая модель, помогающая принять решение о выборе лечебной тактики и способа хирургического лечения. И еще раз подчеркну, что это прогностические модели течения свернувшегося гемоторакса.

Впервые создан комплексный алгоритм для выбора способа хирургического лечения, обладающий высокой чувствительностью (99%) и специфичностью (93,7%).

Установлены объективные факторы, объясняющие закономерности возникновения неудовлетворительных результатов хирургических способов лечения свернувшегося гемоторакса.

Перспективы научного поиска, на мой взгляд, заключаются в том, чтобы изучить глубинные механизмы патологического процесса, происходящего с кровью, попавшей в плевральную полость, чтобы ответить на вопросы: какую роль играют калий, натрий, хлор, аланинаминотрансфераза в патогенезе, что позволило их включить в качестве факторов влияния на выбор способа хирургического лечения.

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

Все научные достижения в диссертации имеют ярко выраженное практическое значение, поскольку работа дает хирургу, работающему в обычном (не торакальном) скорпомощном стационаре, инструмент, позволяющий определить дальнейшее течение заболевания.

Двухуровневая модель облегчает принятие решения о выборе хирургической тактики и способа хирургического лечения. Использование разработанного алгоритма позволило добиться клинического и рентгенологического выздоровления у 76% пациентов при использовании только первого уровня принятия решений и у 91% больных при использовании двух уровней принятия решений.

Принципиальным моментом является и то, что при испытании разработанного подхода автору вообще удалось избежать выполнения торакотомии (в группе исследования частота ее составляла 17%), увеличить частоту применения видеоторакоскопии с 29% до 69% и уменьшить частоту применения методов «малой хирургии» с 54% до 31%. Это очень приличный результат! В целом, в проверочной группе удалось получить 99,7% удовлетворительных результатов (для сравнения в группе исследования этот показатель был всего 43%).

Чтобы понять важность верного выбора способа операции, следует напомнить, что в основной группе исследования удовлетворительные результаты видеоторакоскопии (своеобразного «золотого стандарта») были получены лишь в 45% случаев. Фактически, эффективность видеоторакоскопии в основной группе была сравнима с эффективностью методов «малой хирургии» (51%).

Немаловажным практическим достижением является экономический аспект проблемы, хотя автор его и не изучал. Предложенный алгоритм позволяет сэкономить средства стационара, исключив напрасные затраты на высокотехнологичные методы в ситуациях, когда можно обойтись без них. Можно, конечно же, говорить о том, что «нам ничего не жалко для больного», но реалии жизни требуют экономии. Ведь завтра будет другие такие же больные, у которых никак не обойтись без высоких технологий, а средств не будет. Поэтому исследование С.Г. Дружкина является своего рода

«интеллектуальным импортозамещением», как бы уже не набило оскомину это слово.

Таким образом, если предложен и защищен способ, позволяющий получить хороший результат, то этот способ заслуживает того, чтобы его тиражировать.

Выводы и практические рекомендации могут быть внедрены в работу хирургических отделений краевых, областных и городских больниц скорой медицинской помощи, а также центральных районных больниц, отделений торакальной хирургии краевых и областных больниц. Они также могут быть использованы в высшем профессиональном образовании (ординатура) и дополнительном профессиональном образовании (повышение квалификации) врачей хирургов и торакальных хирургов.

Могу сослаться и на собственный позитивный опыт применения предложенных алгоритмов. Но скажу честно, что там, где были сомнения в прогнозе, выбор делали всегда в пользу видеоторакоскопии. Видимо, не так быстро удастся переступить через устоявшуюся точку зрения.

В этом плане интересно второе клиническое наблюдение в главе 4, в котором была выполнена видеоторакоскопия, но по мнению автора можно было бы обойтись «малой хирургией». Но я считаю, что видеоторакоскопия была выполнена верно, она и позволила на 12-е сутки выписать больного. Не факт, что обычным дренированием в другой точке мы получили бы столь быстрое выздоровление.

Диссертанту можно рекомендовать издать методические рекомендации с алгоритмами, удобные для практического использования. Иначе формулы содержатся в автореферате, а пояснения – в диссертации, которую в карман или под стекло стола не положишь.

Оценка содержания диссертации

Диссертация изложена на 161 странице машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложений и списка литературы, включающего 175 источников, в том числе 118 отечественных и 57 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 25 рисунками и 35 таблицами.

Во «**Введении**» автор обосновывает актуальность темы исследования, показывая научную новизну, теоретическую и практическую значимость, основные положения, выносимые на защиту, степень достоверности полученных результатов. Работа апробирована на различных Всероссийских конференциях.

В качестве замечаний следует указать на стилистику изложения. Несколько режут слух фразы «на основании адресного подхода к выбору хирургического метода лечения», «оценка комбинаторики взаимного влияния».

Есть некорректность некоторых формулировок задач. Первая задача звучит как «установить возможность объективизации выбора тактики». А разве существующие методы необъективны? Другое дело, что они обладают низкой чувствительностью и специфичностью.

Вторая задача звучит как «доказать низкую эффективность подхода к выбору метода». Зачем это доказывать, если формулировка задачи звучит уже как ответ?

В главе «**Обзор литературы**» подробно описываются современные подходы к лечению свернувшегося гемоторакса, роль и место каждого из существующих способов хирургического лечения и, что очень важно, возможности прогнозирования выбора способа лечения.

Библиографический указатель содержит 44% источников, датированных последними пятью годами. Это является лучшим доказательством того, что проблема обсуждается в последнее время в печати и до конца не решена. Приятно, что представлены практически все торакальные хирургические коллективы нашей страны, занимающиеся этой проблемой.

В главе «**Материалы и методы исследования**» подробно описывается дизайн исследования. Вообще, в диссертации сразу бросаются в глаза две сильные черты – методология и скрупулезность анализа!

Дизайн корректный и взвешенный. Есть основная группа, в которую вошли пациенты, у которых решение принималось «на глазок». Из них выделена группа с хорошими результатами и у них то именно и проведен многофакторный анализ. Разработанная концепция проверена на специальной (контрольной) группе, включающей 29 человек. В диссертации показано отсутствие статистически значимых отличий между группами по всем параметрам исходного состояния, за исключением гендерного фактора: в основной группе мужчин 85%, женщин 15%, а в контрольной группе - мужчин 44,7%, женщин 55,3%. Придирчивый читатель может связать более лучшие результаты в контрольной группе именно с преобладанием в ней женщин, которые, как известно, лучше переносят кровопотерю и более закаленные.

Общее количество пациентов достаточно для проведения статистического анализа и получения достоверных результатов.

Автор последовательно и квалифицированно описал все этапы программы проведенного исследования. Методы статистической обработки выбраны грамотно. Статистический анализ скрупулезный и профессиональный.

Основная идея работы – многофакторная оценка эффективности различных способов хирургического лечения – «малой хирургии», видеоторакоскопии и торакотомии. И среди многочисленных факторов все таки самым близким является срок от начала заболевания. У автора везде фигурирует 8 суток. Почему выбран именно этот срок и какие патогенетические аспекты лежат в его основе?

Логично предположить, что в соответствии с существующими взглядами (Брюсов П.Г., Абакумов А.М.) в первые 6 суток параллельно идут процессы фибринолиза и организации сгустка, а после этого срока начинает преобладать процесс организации. Соответственно возникает вопрос: **зачем применять методы «малой хирургии», если исходя из особенностей заболевания, позже 8 суток надеяться на полную эвакуацию сгустка через стандартный дренаж невозможно?**

Кроме того, нужно определиться: до какого срока можно надеяться на эффективность методов «малой хирургии»?

Еще на один интересный факт следует обратить внимание. Большая часть пациентов (57%) из группы «малой хирургии» не получали никакого лечения до госпитализации в торакальное отделение. У 43% пациентов в ЦРБ были уже пункция и дренирование. В контрольной группе отмечается такая же тенденция: у 7 пациентов из 9 больных с «малой хирургией» до поступления в торакальное отделение уже была выполнена пункция и дренирование. **С какой целью повторно в торакальном отделении применять способы, которые уже показали свою несостоятельность?**

Возможно, это связано с путаницей в терминологии, о которой речь шла выше: «малая хирургия» могла быть эффективной при гемотораксе с остановившемся кровотечением. Доказательством этой путаницы является цитата на с. 13: «Дренирование плевральной полости при свернувшемся гемотораксе может быть использовано наряду с пункциями для удаления жидкостной фракции, либо лизированной крови, либо при получении инфицированного содержимого. Этот метод является первым этапом в лечении пациентов с гемотораксом без продолжающегося кровотечения».

Почему у 25% пациентов из группы торакотомии сразу выполнена торакотомия, а не видеоторакоскопия?

Думаю, что все таки было бы неплохо провести корреляционный анализ предложенных клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных показателей с данными компьютерной томографии, хотя бы для расширенного набора исследований. Большинство даже ЦРБ, работающих в системе травмоцентров, имеют компьютерный томограф и возможность проводить телемедицинские консультации с травмоцентрами первого уровня. Без данных о плотности и структуре содержимого плевральной полости нельзя уверенно выбрать лечебную тактику, чтобы избежать напрасных вмешательств, в том числе и видеоторакоскопии, которая подчас кроме богатых возможностей визуального осмотра не дает ничего.

Глава 3 посвящена этапам разработки алгоритма выбора тактики хирургического лечения.

Привлекательность разработанных моделей заключается в том, из 44 параметров оценки тяжести состояния автор оставил лишь 12 значимых. Многие диссертационные исследования грешат тем, что включают максимально возможное число параметров, и при этом никто не думает о том, как простой хирург будет реализовывать их на практике.

Думаю, что для простоты использования можно оставить расширенный набор обследования, ибо ничего такого уж особенного в нем нет, что не могли бы выполнить даже в ЦРБ.

В главе 4 представлена своеобразная клиническая проверка разработанного алгоритма и двухуровневой модели. Автор набрал группу из 29 пациентов со свернувшимся гемотораксом и полностью реализовал представленный алгоритм. Доля благоприятных результатов лечения составила 99,7%. Причем, как я уже сказал, торакотомии в этой группе вообще не выполнялись. Это очень хороший показатель по сравнению с предыдущей группой, в которой удовлетворительный результат достигнут у 43% пациентов.

В качестве замечания: в проверочной группе следует использовать те же критерии оценки – удовлетворительный и неудовлетворительный результат.

На мой взгляд, не следует ориентироваться на количество дней стационарного лечения как критерий эффективности, хотя и получено снижение с 20,5 до 13,2. Длительность лечения будет зависеть от тяжести состояния больного, полиморбиды, других повреждений, развившихся послеоперационных осложнений.

Заключение фактически является повторением вышеизложенных материалов, но это не портит общее положительное впечатление от работы.

Выводы соответствуют поставленным задачам, они конкретны. Первый вывод несколько парадоксален, поскольку в одном предложении содержатся два взаимоисключающих тезиса о роли клинико-анамнестических и лабораторных показателей в выборе метода лечения.

Практические рекомендации носят обобщенный характер, ибо правила применения разработанного алгоритма уже были подробно оговорены в тексте диссертации.

В практической рекомендации №3 указывается на необходимость перевода пациента в торакальное хирургическое отделение или вызова торакального хирурга «на себя», если из алгоритма вытекает необходимость видеоторакоскопии или торакотомии. **В качестве кого выступает вызванный торакальный хирург - «исполнителем» воли математической модели или все таки его мнение является ведущим?**

В целом, проведенное исследование весьма полезным и для фундаментальной медицины, и, прежде всего, для клинической практики.

В авторе диссертации я нашел сторонника многих своих взглядов.

Несомненно, некоторые подходы рассматриваемой диссертации, конечно же, не совпадают с нашими научными взглядами и с точкой зрения многих специалистов, занимающихся этой проблемой. Вот здесь-то мы и должны проявить дальновидность, чтобы распознать прогрессивный характер работы. Поэтому, нам нужно отнестись снисходительно к досадным недочетам диссертанта во имя принципиальной поддержки перспективного направления.

Соответствие содержания автореферата основным положениям и выводам диссертации

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

Заключение

Диссертация Дружкина Сергея Геннадьевича «Выбор тактики хирургического лечения при свернувшемся гемотораксе» является законченной самостоятельно выполненной научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных автором исследований содержится новое решение актуальной задачи, имеющей важное значение для современной хирургии, – улучшение результатов лечения пациентов со свернувшимся гемотораксом на основании дифференцированного выбора способа хирургического лечения, что полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г., № 842, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – Хирургия.

**Официальный оппонент –
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
(14.01.17 – Хирургия)**

**Корымасов
Евгений Анатольевич**

443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89.
Тел. служ. (846) 3321634 (СамГМУ)
Тел. служ. (846) 9562272, 3211509 (клиника)
Факс. (846) 3332976
Моб. 89276080041
e-mail СамГМУ: info@samsmu.ru
e-mail личный: korymasov@mail.ru
5 сентября 2016 г.



Доктор
медицинских
наук,
доцент

