

УТВЕРЖДАЮ

Директор Государственного бюджетного учреждения «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»
доктор медицинских наук, профессор



В.Е. Парфенов

2018г.

ОТЗЫВ

**ведущей организации о научно-практической ценности диссертации
Фирсовой Виктории Глебовны «Диагностика, прогнозирование и
дифференцированное лечение острого панкреатита и его осложнений»,
представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук
по специальности 14.01.17 – хирургия**

Актуальность темы диссертации

Диссертация соискателя ученой степени доктора медицинских наук Фирсовой В.Г. посвящена проблеме лечения больных острым панкреатитом, которые составляют значительную долю пациентов хирургических стационаров. Тяжелая форма заболевания развивается в 10-20% случаев, показатели летальности остаются стабильно высокими. Больные тяжелым острым панкреатитом нуждаются в длительном лечении, в том числе в отделениях интенсивной терапии, применении дорогостоящих методов обследования, лекарственных препаратов, существенных затратах труда медицинского персонала. Даже при благоприятном исходе часто возникает стойкая утрата трудоспособности. Вышесказанное обуславливает социально-

экономическую значимость проблемы. Фазовое течение заболевания с развитием различных осложнений, требующих изменения тактики лечения, определяет необходимость постоянного контроля за течением воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреальной клетчатке. В настоящее время для оценки тяжести системной воспалительной реакции, расстройств гомеостаза, выявления инфицирования некроза разработаны высокоинформативные методы диагностики (исследование уровня различных интерлейкинов, прокальцитонина, МСКТ с контрастированием, тонкоигольная аспирация под лучевым наведением с последующим микробиологическим исследованием и другие). Однако их повторное применение в динамике сопряжено с высокой стоимостью, увеличением лучевой нагрузки, риском инфицирования при инвазивных процедурах. Поэтому поиск и изучение методов диагностики и прогнозирования, лишенных перечисленных недостатков, остается весьма актуальным. В хирургическом лечении больных острым панкреатитом главенствующее значение принадлежит минимально инвазивным технологиям. Спектр их достаточно широк, но остаются спорными преимущества использования различных методов минимально инвазивного дренирования в зависимости от сроков заболевания, распространенности и локализации поражения забрюшинной клетчатки, наличия инфицирования. Больные с псевдокистами поджелудочной железы требуют отдельного анализа, тактика лечения должна быть иной, так как необходимость операции вызвана не только развитием острого панкреатита, но и характером уже имеющихся структурных изменений в поджелудочной железе, частым развитием осложнений псевдокист. Все вышесказанное свидетельствует об актуальности выбранной диссертантом темы.

Автором поставлена цель улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом путем оптимизации комплекса мероприятий по своевременной диагностике, прогнозированию тяжелого течения и хирургической тактики.

Новизна исследования и полученных результатов, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Научная новизна исследования и полученных результатов заключается в том, что автором установлены ультразвуковые признаки острого панкреатита, позволяющие в совокупности с клиническими, лабораторными данными осуществлять дифференциальную диагностику с мезентериальным тромбозом, перфоративной язвой. Эхоскопические критерии определены в зависимости от сроков начала заболевания, показана важность доплерографии верхней брыжеечной артерии в диагностике тяжелого острого панкреатита. Выполненное исследование выявило возможность применения метода клиновидной дегидратации сыворотки крови для оценки тяжести течения заболевания и эффективности лечения, прогнозирования исхода. Доказано, что мелкая сеть трещин и выраженная гиперпигментация в периферической зоне, кристаллические структуры в центральной зоне в виде дендритов, ветвящихся под углом 60° или 90° , свидетельствуют о тяжелом остром панкреатите и формируются уже в 1-3 сутки. На высокую вероятность летального исхода указывает сочетание указанных признаков, сохранение их в серии анализов или повторное возникновение.

Выполнено исследование уровней суммарных растворимых фракций мембранных антигенов CD95, CD25, CD54 и CD38 при разных формах острого панкреатита, формировании панкреатогенных жидкостных скоплений, присоединении панкреатической инфекции. Обнаружено, что развитие органной недостаточности в раннюю фазу сопровождается повышением концентрации растворимых антигенов CD95 и CD54 (при дыхательной недостаточности, вызванной респираторным дистресс-синдромом). У больных острым панкреатитом легкой и средней степени снижаются уровни растворимых форм CD25 и CD38. Полученные данные доказывают участие перечисленных растворимых мембранных антигенов в патогенезе органной недостаточности при остром панкреатите.

Проведен анализ результатов лечения больных с панкреатогенными скоплениями, содержащими жидкостной компонент, согласно новой международной классификации локальных осложнений острого панкреатита. Разработан алгоритм ведения больных некротическим панкреатитом, осложненным формированием скоплений. Доказано, что пункционное дренирование скоплений показано в сроки до 4 недель от начала заболевания

при быстром увеличении объема острого некротического скопления в стерильную стадию или его нагноении при отсутствии крупных формирующихся секвестров в содержимом. В сроки позднее 4 недель от начала заболевания при стойком болевом синдроме или нагноении показано дренирование отграниченного некроза из мини-доступа. Установлено, что при распространенном парапанкреатите большинству больных требуются этапные вмешательства с выполнением вначале минимально инвазивного дренирования, а в последующем секвестрэктомии через внебрюшинный мини-доступ. Выполнение лапаротомии с целью дренирования обосновано только у 3% больных инфицированным панкреонекрозом, у которых острое некротическое скопление расположено в ретродуоденальной зоне, в корне брыжейки тонкой кишки при условии, что минимально инвазивное дренирование выполнить невозможно.

Определена диагностическая ценность инфракрасной локальной термографии брюшной стенки в комплексной диагностике гнойных осложнений некротического панкреатита. Выявлено, что наибольшей информативностью обладает отсутствие температурной разности более $1,5^{\circ}\text{C}$ в пределах пальпируемого инфильтрата, что с вероятностью 96% позволяет отвергнуть нагноение.

Установлено, что течение острого панкреатита у больных с псевдокистами поджелудочной железы характеризуется развитием их осложнений в 35% клинических наблюдений. Это определяет важность тщательного обследования данной категории пациентов. Вмешательства должны носить этапный характер с выполнением вначале операции, направленной на ликвидацию осложнения. Наличие у 37% больных с осложнениями псевдокист значительных структурных изменений поджелудочной железы в виде фиброза головки, расширения панкреатического протока, его множественных стриктур, вирсунголитиаза требует второго этапа лечения, направленного на коррекцию перечисленных изменений, а не только на ликвидацию псевдокисты.

Значимость для науки и практики полученных результатов

На основании проведенного исследования определены ультразвуковые критерии, которые могут быть использованы для дифференциального

диагноза острого панкреатита, мезентериального тромбоза, перфоративной язвы.

Обосновано исследование сыворотки крови методом клиновидной дегидратации в день госпитализации, ежедневно в течение первых 3 суток и далее не реже одного раза в неделю для оценки тяжести заболевания и эффективности проводимого лечения.

Определено, что растворимые формы мембранных антигенов CD95, CD25, CD54 и CD38 участвуют в патогенезе тяжелого острого панкреатита. Сывороточный уровень указанных белков служит дополнительным лабораторным критерием оценки тяжести заболевания.

С целью определения тактики лечения предложено выделять три категории пациентов с панкреатогенными скоплениями, содержащими жидкостной компонент: со стабильными размерами стерильных острых некротических скоплений, которым показано проведение консервативных мероприятий, с быстрым увеличением объема некротического скопления в стерильную стадию или нагноением, которым показано выполнение пункционного дренирования или дренирования через мини-доступ (при визуализации крупных формирующихся секвестров в содержимом), со стерильным (при наличии стойкого болевого синдрома) и инфицированным отграниченным некрозом, когда показано внебрюшинное дренирование через мини-доступ. Выполнение лапаротомии оправдано только у больных с таким расположением инфицированного острого некротического скопления, когда невозможно дренировать минимально инвазивным путем.

Предложено использовать инфракрасную локальную термографию брюшной стенки в комплексной диагностике гнойных осложнений некротического панкреатита.

Выявленные особенности течения острого панкреатита у больных с постнекротическими псевдокистами поджелудочной железы определяют необходимость тщательного обследования этой категории пациентов с целью обнаружения перфорации псевдокисты, кровотечения в ее просвет, нагноения и выбора минимального объема лечения, необходимого для ликвидации осложнения.

Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертационной работы

Результаты диссертационного исследования следует внедрить в ежедневную практическую работу хирургических отделений, оказывающих экстренную помощь. Основные научные положения диссертации рекомендуются к использованию в обучении студентов медицинских университетов, факультетов усовершенствования врачей.

Замечания к работе

Диссертация написана хорошим научным языком и имеет структурную и логическую последовательность в изложении материала. Принципиальных замечаний к работе нет. Имеются единичные опечатки, не снижающие ее значимость.

В результате изучения диссертационного исследования возникли некоторые вопросы, требующие пояснения:

1. Использовались ли в работе дренажи крупного калибра при минимально инвазивном дренировании гнойных осложнений панкреонекроза?
2. Встречались ли во время проведения диссертационного исследования клинические случаи с осложнениями псевдокист поджелудочной железы, когда этапный характер вмешательств нарушался, и оперативное лечение приходилось выполнять в один этап?

Заключение по работе

Диссертация Фирсовой Виктории Глебовны «Диагностика, прогнозирование и дифференцированное лечение острого панкреатита и его осложнений», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия, является самостоятельной, законченной научно-квалификационной работой, в которой сформулированы и обоснованы положения, в целом характеризующиеся как новое решение важной научной проблемы – диагностики, прогнозирования и дифференцированного лечения острого панкреатита и его осложнений. Работа соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утв. Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г.

№ 842 (в редакции Постановлений Правительства РФ от 21.04.2016 г. № 335), а автор диссертации заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Диссертация Фирсовой Виктории Глебовны на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – Хирургия была обсуждена, и отзыв был утвержден на заседании Ученого совета ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе» единогласно «26» апреля 2018 г., протокол №5.

доктор медицинских наук
ведущий научный сотрудник отдела неотложной хирургии
руководитель Городского панкреатологического центра,
государственного бюджетного учреждения
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,

«26» апреля 2018 г.



В.Р. Гольцов

Подпись Гольцова В.Р. заверяю.

Ученый секретарь ученого совета
государственного бюджетного учреждения
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»
доктор медицинских наук профессор

«26» апреля 2018 г.



В.Ф. Озеров

Адрес ведущей организации: 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская,
3, лит. А. Тел. 8(812)-774-86-75,

e-mail: info@emergency.spb.ru,

сайт: <http://www.emergency.spb.ru>.