

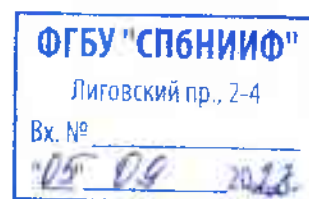
ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

доктора медицинских наук профессора ПАВЕЛЫЦА Константина
Вадимовича на диссертацию БАБИЧА Александра Игоревича
«Дифференцированный подход к диагностике и тактике хирургического
лечения перфораций пищевода», представленную к защите на соискание
ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия

Актуальность выполненной работы.

Перфорации пищевода (ПП) – гетерогенная группа заболеваний и состояний при которых наблюдается полное нарушение целостности пищеводной стенки. Среди этиологических факторов, приводящих к возникновению перфорации пищевода выделяют: ПП инородными телами при их проглатывании или во время выполнения медицинских манипуляций и вмешательств (ятрогенные перфорации), ПП вследствие его спонтанного разрыва, ПП вследствие ранений и травм и ПП вследствие распада опухоли пищевода (злокачественные пищеводные фистулы). В диссертационном исследовании автор рассматривает ПП при его спонтанном разрыве, вследствие ранений и травм и при злокачественной пищеводно-плевральной и пищеводно-медиастинальной фистулах.

В повседневной клинической практике ПП встречаются редко – не более 1-3 случаев на 1 миллион населения в год. С редкой встречаемостью связаны неудовлетворительные результаты диагностики и лечения. В настоящее время более чем у половины пациентов с ПП от момента возникновения ПП до ее выявления проходит более 24 часов. Вследствие поздней диагностики ПП вполне закономерными представляются неудовлетворительные результаты лечения – частота осложнений у пациентов с ПП в послеоперационном периоде достигает 80-100%, а летальность – 60%.



Несмотря на существующие достижения в понимании особенностей течения ПП, многие вопросы их диагностики и лечения требуют дальнейшего изучения и уточнения. Клиническая картина при ПП не является специфичной и принимающему решению врачу, вследствие редкой встречаемости ПП, зачастую не удается установить верный клинический диагноз. Вопросы лабораторной и инструментальной диагностики перфораций пищевода остаются недостаточно изученными в настоящее время. Не определены последовательность применения тех или иных методов инструментальной диагностики. Важным является то, что в настоящее время отсутствуют утвержденные стандарты лечения пациентов с ПП. Поэтому выбор той или иной хирургической тактики у пациентов с ПП зачастую производится исходя из накопленного в учреждении и у оперирующего хирурга опыта, а не на основании объективных, основанных на лучших результатах, данных. Кроме того, в отечественной научной медицинской литературе вопросам лечения пациентов с ПП посвящены единичные публикации, основанные на ограниченном числе клинических наблюдений. В связи с этим, диссертационное исследование А.И. Бабица, направленное на улучшение результатов лечения пациентов с ПП является актуальным, необходимым, отвечающим современным запросам науки и клинической практики.

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

Автором на большом клиническом материале, включающем 166 больных проведен детальный анализ результатов диагностики и лечения пациентов с ПП вследствие его спонтанного разрыва, ранений и травм и злокачественных пищеводных фистул, что является первой подобного рода научно-исследовательской работой в России. Определены ведущие клинические признаки ПП, уточнены их особенности в зависимости от этиологии и анатомической локализации ПП.

Уточнена диагностическая ценность методов лабораторной и инструментальной диагностики в выявлении ПП. Определена диагностическая ценность различных методов инструментальной диагностики в выявлении ПП. Доказана целесообразность применения методов инструментальной диагностики в определенной последовательности. Определена и доказана ведущая роль степени выраженности инфекционного процесса в исходе лечения перфораций пищевода. Разработана дифференцированная тактика лечения в зависимости от степени развития инфекционного процесса. Установлены объективные критерии, позволяющие обоснованно прогнозировать исход заболевания.

Исследователем уточнены показания и установлены критерии для выбора объема и варианта хирургического вмешательства. Определено место внутрипросветной эндовакуумной терапии в лечении пациентов с ПП. Доказано преимущество выполнения эзофагэктомии у пациентов со ЗПФ. Установлены показания для проведения многоэтапного хирургического лечения у пациентов с ПП. Доказана целесообразность отказа от выполнения реоперации и необходимость применения внутрипросветной эндовакуумной терапии у пациентов, у которых после ушивания пищевода развилась недостаточность пищеводных швов. Усовершенствованы технические приемы лечения больных со злокачественными пищеводными фистулами. Разработан способ торакоскопической эзофагэктомии. Установлены достоверные критерии прогноза течения заболевания. Разработана оригинальная шкала оценки тяжести перфорации пищевода, позволяющая определить для каждого пациента дифференцированную лечебную тактику.

Значимость для науки и практической деятельности полученных соискателем результатов.

Научная ценность диссертационного исследования А.И. Бабица определяется полученными новыми сведениями по различным проблемным направлениям изучения перфораций пищевода вследствие его спонтанного разрыва, ранения или травмы, злокачественной пищеводной фистулы. Полученные в результате настоящего исследования данные существенно расширили теоретические представления о перфорациях пищевода.

Практическая значимость настоящей работы определяется разработанным автором системным подходом к определению программы обследования и выбору дифференцированной лечебной тактики у больных с перфорациями пищевода вследствие его спонтанного разрыва, ранения или травмы и злокачественных пищеводных фистул. Применение усовершенствованного автором диагностического алгоритма позволит улучшить качество диагностики перфораций пищевода и выявить их в более ранние сроки. Внедрение в повседневную деятельность лечебных учреждений предложенного автором дифференцированного лечебного подхода, основанного на объективных факторах прогноза течения заболевания, позволит улучшить непосредственные результаты лечения данной категории пациентов.

Степень завершенности исследования и достоверность полученных результатов.

Материалы диссертационного исследования логичны, закончены и носят достоверный характер. По теме настоящего исследования оформлено 2 патента на изобретение, опубликовано 14 научных статей в рецензируемых научных изданиях рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора наук. Результаты исследования широко представлены в виде

докладов на Всероссийских конгрессах, в том числе с международным участием, а также научно-практических конференциях.

Оценка структуры и содержания диссертации.

Диссертация построена по традиционному плану и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, перспективы дальнейшей разработки темы исследования и указателя литературы; одна из глав представляет собой обзор литературы по изучаемой проблеме, остальные главы демонстрируют материалы и результаты собственных исследований. Список литературы содержит 368 работ, из них 127 отечественных и 241 зарубежных авторов.

Во **введении** изложена суть исследования, его актуальность, научная новизна, теоретическая и практическая значимость, цель и задачи работы. Определены положения, выносимые на защиту.

Обзор литературы отражает современное состояние проблемы: представлены современные данные о встречаемости, этиологии и патогенезе ПП; детально проанализированы современные возможности диагностики и лечения ПП вследствие его спонтанного разрыва, ранений или травм, злокачественных пищеводных фистул (пищеводно-медиастинальных и пищеводно-плевральных); в конце обзора литературы автором акцентировано внимание на нерешенных вопросах лечения перфораций пищевода. Глава изложена на 48 страницах, демонстрирует глубокое изучение автором литературы и современного состояния научных исследований по изучаемому вопросу, свидетельствует о широкой информированности по проблемным аспектам диагностики и лечения перфораций пищевода на современном этапе развития науки.

В **главе 2** представлены материалы и методы работы, дана общая характеристика больных. Среди пациентов с ПП, этиологическим фактором, вызвавшим перфорацию пищевода у 76 (46%) – была травма или ранение пищевода, у 60 (36%) – спонтанный разрыв пищевода, у 30 (18%) –

злокачественная пищеводная фистула. Все ПП у пациентов со СРП и ЗПФ локализовались в грудном отделе пищевода. У пациентов с ИП вследствие ранений и травм большинство перфорации располагались в шейном отделе пищевода. Этиологическими факторами, приводящими к ПП у пациентов с ранениями и травмами у 67 были колото-резанные ранения, у 6 – огнестрельные ранения, у 3 – закрытая травма. Для оценки тяжести сопутствующей патологии у пациентов с ПП автор использовал индекс коморбидности, предложенный M.E. Charlson. В главе на 70-71 страницах подробно представлен дизайн исследования, ознакомление с которым позволяет уяснить логическую последовательность и взаимосвязь проводимых научных изысканий для решения поставленных задач и достижения цели диссертационного исследования.

Далее автор подробно описывает методы лабораторной и инструментальной диагностики, использованные в работе. На 91-93 страницах описан модифицированный способ выполнения эзофагографии предложенный автором.

После описания диагностических методов диссертант описывает лечебные методы, которые применялись у пациентов с ИП и приводит характеристику методов статистической обработки результатов исследования.

В **главе 3** приводит анализ диагностических возможностей выявления перфораций пищевода. Глава состоит из 3 разделов и посвящена оценке клинической, лабораторной и инструментальной диагностики ПП. Показано, что у больных преобладают неспецифические симптомы проявления заболевания. Вместе с тем, при анализе клинических проявлений у пациентов со СРП установлено, что у всех пациентов со СРП наблюдали сочетание рвоты в анамнезе и выраженного болевого синдрома в груди или эпигастрии. Боль наиболее часто локализовалась в левой половине груди – у 23 (38,3%) пациентов, у 19 (31,7%) пациентов – за грудиной, у 12 (20,0%) пациентов

боль локализовалась в эпигастральной области, а у 6 (10,0%) пациентов отмечались схваткообразные боли в эпигастрии и позывы на рвоту. Определено, что эмфизему на шее наблюдали у 6 (40%) пациентов с СРП, которые поступили в первые 12 часов, и у 22 (88,0%) больных, которые поступили спустя 24 и более часов после разрыва пищевода. Автором установлено, что развитие явлений интоксикации было напрямую связано с давностью разрыва пищевода – чем больше времени прошло с момента, тем более выраженными были эти явления. При анализе клинических проявлений у пациентов с ПП вследствие ранений и травм исследователем установлено, что у пациентов с ранением или травмой шейного отдела пищевода наиболее часто – у 39 (60%) и 37 (58%) пациентов соответственно отмечалась боль в области раны и подкожная эмфизема в месте ранения. Также у 30 (47%) пострадавших отмечалось интенсивное наружное кровотечение. Другие симптомы, такие как поступление слюны из раны, нарушения фонации, рвота кровью (гематемезис), боли при глотании (одинофагия) и дисфагия (нарушения акта глотания), наблюдались менее чем у трети пациентов с ранениями и травмами шейного отдела пищевода. Автором отмечено, что при ранениях грудного и абдоминального отдела пищевода на первый план выходили клинические признаки, связанные с повреждениями легких, сердца и острой массивной кровопотерей. Показано, что при ЗПФ автору не удалось найти патогномичного для ПП признака заболевания, вместе с тем, было выявлено, что наиболее часто – у 27 (90%) пациентов с ЗПФ отмечалась боль в спине и груди; у 25 (83%) пациентов отмечались жалобы на сердцебиение и перебои в работе сердца; повышение температуры выше 37,5 градусов Цельсия наблюдалось у 17 (57%) больных; у 15 (50%) пациентов была рвота зловонным содержимым в небольшом объеме. При анализе лабораторных изменений (данных общеклинического анализа крови, биохимического анализа крови, анализ маркеров воспаления) при СРП и ЗПФ автором было установлено, что изменений, патогномичных для ПП не было; у всех пациентов отмечались те или иные отклонения, связанные со степенью

развития инфекционного процесса и особенностями реакции организма. Отмечено, что у пациентов с ПП вследствие ранений и травм были выявлены изменения, связанные с кровопотерей и выражались в снижении концентрации гемоглобина, гематокрита, тромбоцитопении и нарушениях свертываемости крови. Анализ результатов инструментальной диагностики ПП закономерно приводится в конце главы. Показано, что применение методов инструментальной, визуально-топической диагностики носит фундаментальное значение в выявлении ПП. Автором проведена оценка чувствительности и специфичности различных методов инструментальной диагностики в выявлении ПП и определено, что наибольшей диагностической ценностью в выявлении ПП обладает СКТ с пероральным контрастированием – она достигает 96% в выявлении ПП. Интересным представляется факт, что несмотря на высокую диагностическую ценность фиброэзофагоскопии в выявлении ПП (достигает 100%) автор считает целесообразным ее применение в последнюю очередь, когда возможности других инструментальных методов диагностики исчерпаны, но остается, обоснованное клиническими проявлениями, подозрение на наличие у пациента ПП. В конце главы, с учетом ценности выявленных критериев клинической, лабораторной и инструментальной диагностики автором приводится единый диагностический алгоритм выявления ПП. Автор высказывает гипотезу о том, что применение разработанного диагностического алгоритма должно было способствовать увеличению количества пациентов, у которых перфорация пищевода выявлена в ранние сроки после ее возникновения, и приводит обоснование ее правильности: у пациентов со СРП ретроспективной группы ПП в срок до 24 часов были выявлены у 50% пациентов, в то время как у пациентов проспективной группы ПП до суток были выявлены у 70% больных. При этом, в проспективной группе было достоверно больше количество ПП, выявленных в первые 12 часов после СРП; кроме того, большинство (47%) ПП вследствие ЗПФ у пациентов ретроспективной группы выявлены спустя более чем 24

часа после их возникновения, в то время как у пациентов проспективной группы, после 24 часов от момента возникновения выявлено только 13% перфораций, большинство же ПП вследствие ЗПФ (87%) у больных проспективной группы было выявлено до 24 часов от момента их возникновения. Исследователь убедительно обосновывает целесообразность применения модифицированного лечебного алгоритма. В главе автор приводит наглядные клинические примеры, которые со всей очевидностью демонстрируют существующие трудности диагностики и особый характер клинических проявлений ПП. Стоит отметить, что данная глава и обнаруженные автором факты представляют значимый интерес для специалистов, занимающихся диагностикой и лечением ПП.

Следующая, **4-я глава** посвящена оценке результатов лечения пациентов ретроспективных групп с ПП вследствие СРП и ЗПФ. В ходе изучения результатов лечения пациентов со СРП ретроспективной группы установлено, что у большинства пациентов (25 из 30) методом лечения было ушивание разрыва пищевода; у 4 пациентов выполняли дренирование плевральной полости, а у 1 пациента основой лечения было стентирование пищевода покрытым нитиноловым стентом. Показано, что дренирование плевральной полости выполнялось у пациентов, которые находились в критическом состоянии вследствие развития у них септического шока; умерло 3 из 4 пациентов. Автор делает заключение о необходимости поиска более эффективных решений, позволяющих добиться снижения летальности у данной категории пациентов. По мнению исследователя неблагоприятные результаты лечения были связаны с недостаточным контролем источника инфекции – поступлением слюны с орофарингеальной микрофлорой и рефлюксом желудочного содержимого, что поддерживало воспалительный процесс и способствовало прогрессированию системной воспалительной реакции; поэтому, была сформулирована гипотеза, согласно которой было предположено, что пациентам находящимся в септическом шоке необходимо выполнение хирургического вмешательства которое с одной стороны будет

минимально инвазивным, быстро выполнимым, с другой – должно обеспечить надежный контроль очага инфекции и предупредить попадание слюны и желудочного содержимого в средостение и плевральную полость через дефект в пищеводе. Для достижения этих целей, в разработанном алгоритме лечения пациентов со СРП и септическим шоком автором было предложено выполнять выключение пищевода из пищеварения путем его перевязки ниже диафрагмы лапароскопическим способом, отведение слюны производить за счет формирования боковой шейной эзофагостомы, а для энтерального питания, во время лапароскопического этапа оперативного вмешательства формировать еюностому. Учитывая единичное клиническое наблюдение лечения пациентов со СРП и отсутствие возможности провести развернутый анализ результатов лечения, автор не находит места данному методу лечения в разработанном алгоритме лечения пациентов с ПП. Диссертантом установлено, что наилучшие результаты ушивания СРП были получены при использовании торакотомного и комбинированного оперативных доступов; наихудшие результаты – при использовании лапаротомии. Осложненное течение послеоперационного периода отмечено у всех пациентов. Среди гнойно-септических осложнений основными были пневмония – у 23 (92%) пациентов, эмпиема плевры – у 22 (88%), медиастинит – у 19 (76%). Тяжелый сепсис наблюдали у 17 (68%) больных. Недостаточность пищеводных швов наблюдалась у 14 (56%) больных. Автором показано, что выполнение реопераций с целью повторного ушивания ПП было сопряжено со 100% летальностью. В этой же главе, на основании оценки результатов лечения пациентов проспективной группы автор проводит поиск предикторов неблагоприятного прогноза течения заболевания. Автор разделяет факторы прогноза на «немодифицируемые» и «модифицируемые». К немодифицируемым факторам прогноза относятся анатомическая локализация ПП, степень развития системной воспалительной реакции и коморбидность, определяемая по шкале M.E.Charlson. К модифицируемым факторам относятся оперативный доступ, объем

хирургического вмешательства и консервативный или оперативный подход к лечению недостаточности пищеводных швов. В 5-ом подразделе главы, на 189 странице автор приводит разработанный с учетом прогностических критериев исхода заболевания модифицированный алгоритм. Проведенный исследователем анализ результатов лечения пациентов со ЗПФ ретроспективной группы показал, что у 10 из 15 пациентов применялись консервативные методы лечения, такие как дренирование плевральной полости (у 6 пациентов) и стентирование пищевода (у 4 человек). Активная хирургическая тактика применялась у 5 пациентов – у 2 больных выполнялась торакотомия, санация, дренирование плевральной полости и средостения, гастростомия и боковая эзофагостомия; у 3 пациентов выполнялась гастростомия, боковая эзофагостомия и дренирование плевральной полости. Проведенный автором анализ результатов лечения показал, что умерли все пациенты, которым выполняли дренирование плевральной полости и стентирование пищевода. 2 пациента, у которых применяли активную хирургическую тактику, выжили в результате лечения. Стоит отметить, что при лечении пациентов ретроспективной группы не учитывалась степень развития системной воспалительной реакции. Глава заканчивается сформулированным на 200-й странице разработанным алгоритмом, в котором представлен дифференцированный подход к лечению пациентов со ЗПФ. Пациентом с сепсисом и тяжелым сепсисом автор предлагает выполнять эзофагостомию, которая, по его мнению, обеспечит адекватный контроль очага инфекции и будет препятствовать прогрессированию системной воспалительной реакции. В целом, глава написана последовательно, интересно, предложенные алгоритмы дифференцированного лечения логично вытекают из полученных на основании глубокого анализе результатов лечения пациентов ретроспективных групп.

В 5-й главе обсуждаются результаты лечения пациентов с ПП вследствие СРП и ЗПФ проспективных групп наблюдения, у которых применялись

разработанные диагностический и лечебный алгоритмы. В проспективной группе лечения у пациентов со СРП автором описано применение метода внутрипросветной эндовакуумной терапии (ВЭТ), который является малоинвазивным и который не применялся у пациентов ретроспективной группы. ВЭТ проведена у 8 пациентов. Автором установлено, что данный метод целесообразно применять у пациентов с перфорациями пищевода в результате его спонтанного разрыва при отсутствии у них явлений системной воспалительной реакции. Летальность в данной группе пациентов составила 12,5% (умер 1 из 8 больных). У всех пациентов данной группы удалось добиться заживления пищевода в течение 5-6 сеансов внутрипросветной эндовакуумной терапии. Многоэтапное хирургическое лечение проведено у 6-ти пациентов. Показаниями к применению многоэтапного лечения у одной пациентки было наличие перфорации пищевода вследствие его спонтанного разрыва и высокий индекс коморбидности, а у пяти пациентов – наличие перфорации пищевода и септический шок во время диагностирования перфорации пищевода. Исследователем показано, что летальность у пациентов с септическим шоком в проспективной группе наблюдения составляет 60% и ниже, чем у пациентов ретроспективной группы (83%). Традиционное хирургическое лечение проводили у 16 пациентов проспективной группы. Выполнялось ушивание разрыва пищевода 2-рядным швом, медиастиномия, дренирование плевральной полости из торакотомного доступа, у 9 пациентов оперативное вмешательство дополнено выполнением еюностомии. Летальность в проспективной группе наблюдения была более чем в 1,5 ниже, чем в ретроспективной группе. При подведении итогов результатов лечения пациентов со СРП автор сообщает о том, что применение модифицированных диагностического и лечебного алгоритмов позволило достоверно снизить общую летальность у больных со спонтанным разрывом пищевода с 53% (в ретроспективной группе умерло 16 из 30 больных) до 30% (в проспективной группе умерло 9 из 30 пациентов). Автором убедительно показаны преимущества применения ВЭТ у пациентов

у которых в послеоперационном периоде развилась недостаточность пищеводных швов. При анализе результатов лечения пациентов со ЗПФ проспективной группы убедительно показаны преимущества выполнения эзофагэктомии у пациентов с благоприятным и промежуточным прогнозом, в сравнении с результатами консервативного лечения, которое проводили у большинства пациентов ретроспективной группы. В результате применения разработанного алгоритма удалось добиться снижения летальности с 80% у пациентов ретроспективной группы, до 47% у пациентов проспективной группы. Кроме того, стоит отметить, что у 6 пациентов проспективной группы удалось выполнить эзофагэктомию предложенным автором малоинвазивным способом. В целом глава написана последовательно, интересно, полученные результаты подкреплены рисунками, сканами и фотографиями инструментальных исследований, а также демонстрацией 2-х клинических наблюдений с представлением рисунков, отражающих результаты проведенных инструментальных исследований и выполненных оперативных вмешательств.

В 6-й главе обсуждаются результаты лечения пострадавших с III вследствие ранений и травм. Исследователем проанализированы результаты обследования и лечения 76 пациентов с III вследствие ранений и травм. Оперированы 75 пациентов. Представлен казуистический случай неоперативного лечения пациента с тяжелой сочетанной травмой и травматической перфорацией пищевода отломками первого грудного позвонка. При анализе результатов лечения, установлено, что наиболее часто при ранениях шейного отдела пищевода – у 42 (66%) пациентов выполняли простое ушивание; у 16 (25%) пациентов линию швов укрепляли передней порцией левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы; у 2 (9%) пациентов выполняли цервикотомию, параэзофагеальное дренирование и эндоскопическую гастростомию. Автором проведено сравнение результатов лечения пациентов, у которых оперативное пособие заключалось в простом ушивании раны пищевода и у которых ушивание дополняли укрытием линии

швов, порцией из грудино-ключично-сосцевидной мышцы; достоверных отличий в количестве послеоперационных осложнений, летальности не было выявлено. Поэтому исследователь делает вывод об отсутствии необходимости дополнительного укрытия линии пищеводных швов. Интересные данные получены автором относительно прогностических факторов у пациентов с III вследствие ранений и травм. Определено, что достоверное влияние на исход оказывают: уровень повреждения пищевода (наличие перфорации в грудном или абдоминальном отделах), длительность операции более 120 минут (наблюдали у 8 из 15 умерших пациентов и 10 из 56 выживших пациентов), а также огнестрельный характер ранения. Время от момента травмы пищевода до выявления его перфорации, уровень гемоглобина, тромбоцитов, лактата, рН, ВЕ в артериальной крови при поступлении в стационар, наличие недостаточности пищеводных швов в послеоперационном периоде не влияли ($p > 0,05$) на исход заболевания. Полученные результаты о предикторах неблагоприятного исхода позволили сформировать группу больных неблагоприятного прогноза у которых необходимо оказывать помощь в первую очередь в условиях противошоковой операционной, а во время выполнения хирургического вмешательства отдавать предпочтение самому простому и быстрому (damage control) хирургическому вмешательству. Глава интересно читается, хорошо иллюстрирована; отдельно украшают главу 3 редких клинических наблюдения, демонстрирующих целесообразность использования разработанного подхода.

В главе «**Заключение**» автор повторяет задачи исследования, полученные результаты и их значение и подводит итоги. Завершает главу разработанная автором оригинальная шкала оценки тяжести перфораций пищевода, в основу которой положены достоверные факторы прогноза течения заболевания. Шкала представляется интересной и полезной для практического применения.

Завершают работу 9 **выводов**, которые отражают полученные в результате проведенного исследования новые данные и подчеркивают их значение, хотя количество их превышает поставленные задачи.

Практические рекомендации логически вытекают из результатов, полученных в ходе диссертационного исследования, соответствуют поставленным целям и задачам, сформулированы конкретно.

Автореферат диссертации представляет собой краткое изложение наиболее важных и существенных результатов диссертационного исследования, оформлен с соблюдением требований ГОСТ.

Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертационной работы.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы в практической деятельности лечебных учреждений, оказывающих неотложную медицинскую помощь пациентам с перфорациями пищевода, в научной и образовательной работе научно-исследовательских учреждений, занимающихся исследованиями в области хирургии, а также подготовке соответствующих специалистов.

Замечания к работе.

Принципиальных замечаний к представленному диссертационному исследованию и автореферату нет. Имющиеся на страницах диссертации отдельные опечатки и стилистические ошибки не влияют на общую положительную оценку работы. Однако, в результате ознакомления с работой к автору появились и требуют уточнения следующие вопросы:

1. В Вашей работе используется ВЭТ со стороны просвета пищевода. Каково Ваше мнение к постановке ВЭТ за зону перфорации пищевода?
2. Уточните объем лимфодиссекции при выполнении субтотальной эзофагэктомии при ЗПФ, осуществленных торакоскопическим способом.
3. Были ли случаи восстановления естественного пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту после удаления пищевода и формирования концевой эзофагостомы и гастростомы. Какие методики вы применяли?

Заключение.

Диссертация Бабича Александра Игоревича на тему «Дифференцированный подход к диагностике и тактике хирургического лечения перфораций пищевода», представленная к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности: 3.1.9. Хирургия является законченной научной квалификационной работой, содержащей новые данные в отношении возможностей диагностики, лечения и определения прогноза течения заболевания у пациентов с перфорациями пищевода, в которой разработано решение актуальной для современной медицины и неотложной хирургии проблемы дифференцированного подхода к диагностике и тактике хирургического лечения перфораций пищевода.

Диссертационная работа Бабича А.И. соответствует критериям, предъявляемым ВАК Российской Федерации к диссертациям на соискание ученой степени доктора наук согласно п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации № 842 от 24.09.2013 г. (в редакции Постановления Правительства Российской Федерации № 335 от 21.04.2016 г.; № 748 от

02.08.2016 г.; № 1168 от 01.10.2018), а сам автор заслуживает присуждения
искомой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9.
Хирургия.

Профессор кафедры общей хирургии
Федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего
образования «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации, доктор мед. наук, профессор
191015, Российская Федерация, г. Санкт-
Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Тел. 8 (812) 303-50-35; e-mail: rectorat@szgmu.ru

Internet: <https://szgmu.ru/>

«29» 08 2022 года

Подпись доктора мед. наук, профессора
Павельца К.В. заверяю:



Павельца К.В.

Подпись Павельца К.В.
Ученый секретарь Университета
«29» 08 2022 г.

