

ОТЗЫВ

официального оппонента доктора медицинских наук профессора Владимира Ивановича Белоконева на диссертацию Александра Игоревича Бабича «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 выполненного исследования

К настоящему времени клиника, диагностика и лечение перфораций пищевода, благодаря исследованиям отечественных и зарубежных авторов, детально изучены. Однако при этом напрашивается вопрос, почему их результаты остаются неудовлетворительными? Одним из ответов является редкость развития такого осложнения. Большинство врачей не встречаются с ним на протяжении всего периода своей деятельности, поэтому, когда оно развивается, не пытаются понять и объяснить причины его развития, что из-за несвоевременности оказания помощи больному приводит к тяжелым осложнениям и летальности.

Профилактика развития перфорации пищевода основана на строгом соблюдении техники вмешательств и манипуляций, выполняемых на пищеводе и через пищевод, и на знании заболеваний, которые могут привести к развитию такого осложнения. В этой связи важное практическое значение имеют данные об особенностях клиники перфорации пищевода в зависимости от причины ее развития, что позволит разработать комплекс мероприятий по его профилактике и лечению, которое у большинства больных и пострадавших должно носить персонифицированный характер из-за множества факторов, влияющих на исход. Своевременность принятия такого подхода связана с тем, что причин, приводящих к перфорации пищевода, становится больше. К сожалению, они обусловлены и внедрением новых технологий в лечение общехирургических и онкологических больных. Особенно



осложнения в отделениях реанимации при проведении продленной вентиляции легких, о чем свидетельствует резкое увеличение образования пищеводно-трахеальных свищей у пациентов с COVID-19. Поэтому все потенциальные причины перфораций пищевода должны быть постоянно под контролем Росздравнадзора, разрабатывающего рекомендации по профилактике и лечению данного осложнения.

В связи с вышеизложенным тема диссертационного исследования Бабича Александра Игоревича является актуальной, так как автор поставил перед собой цель – улучшить результаты лечения пациентов с перфорациями пищевода вследствие его спонтанного разрыва, ранения или травмы, злокачественной пищеводной (пищеводно-медиастинальной или пищеводно-плевральной) фистулы путем разработки диагностического и лечебного алгоритмов с учетом современных методов диагностики и лечения. Для решения поставленной цели сформулировано 7 задач, которые имеют и научную новизну, и практическую значимость.

Новизна исследования и полученных результатов и их достоверность

В рамках одного исследования на достаточном числе клинических наблюдений (166 пациентов) впервые проведен комплексный анализ современных методов оказания хирургической помощи (традиционные хирургические вмешательства, внутрипросветная эндовакуумная терапия, торакоскопические вмешательства) у пациентов с перфорациями пищевода в результате его спонтанного разрыва, при ранениях и травмах, а также при злокачественных пищеводных фистулах. Проанализирован и обобщен более чем 20-летний опыт оказания помощи пациентам с перфорациями пищевода в многопрофильном неотложном стационаре. Определены независимые предикторы неблагоприятного прогноза течения заболевания при перфорациях пищевода вследствие его спонтанного разрыва, при ранениях и травмах и при злокачественных пищеводных фистулах.

Определено место различных методов лечения – внутрипросветной

эндовакуумной терапии, многоэтапного хирургического лечения, традиционных хирургических вмешательств, а также торакоскопической эзофагэктомии у больных с перфорациями пищевода. На большом клиническом материале проспективной группы доказана целесообразность применения того или иного варианта лечения.

Показаны современные возможности выявления перфораций пищевода. Определена диагностическая ценность современных методов исследования. Разработано устройство, позволяющее выявлять перфорацию пищевода у пациентов, находящихся без сознания.

Разработан и апробирован в клинике метод внутриспросветной эндовакуумной терапии у пациентов со спонтанным разрывом пищевода и метод торакоскопической эзофагэктомии у пациентов со злокачественной пищеводно-медиастинальной и пищеводно-плевральной фистулой.

Разработан способ гибридной эндоскопической еюностомии, позволяющий осуществлять раннее энтеральное питание у пациентов после операций на пищеводе в послеоперационном периоде.

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.

Разработаны диагностический и лечебный алгоритмы оказания помощи пациентам с перфорациями пищевода в результате спонтанного разрыва пищевода, травм и ранений пищевода, а также вследствие злокачественных пищеводно-медиастинальных и пищеводно-плевральных фистул.

Предложены новые методы лечения: внутриспросветная эндовакуумная терапия при спонтанном разрыве пищевода и торакоскопическая эзофагэктомия при злокачественной пищеводной фистуле, применение которых позволяет снизить травматичность вмешательств и обеспечить лучшие по сравнению с традиционными методами результаты.

Весь полученный разнородный цифровой материал был статистически

обработан, что позволило объективно оценить и обосновать тактику и обосновать выбор способа операции у пациентов с перфорациями пищевода.

Обоснованность научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Достоверность и обоснованность результатов диссертационной работы определяется достаточным объемом выборки наблюдаемых пациентов, применением высокоинформативных методов математической и статистической обработки данных. На обширном фактическом материале изучены вопросы диагностики и лечения пациентов с перфорациями пищевода, что позволило разработать модифицированный диагностический и лечебный алгоритмы оказания помощи пациентам с перфорациями пищевода, эффективность которых была показана у пациентов проспективной группы. Результаты работы широко представлены в опубликованных научных статьях в ВАК рецензируемых журналах, обсуждены на научных конференциях, в том числе и с международным участием. Выводы и практические рекомендации, сформулированные в диссертации, подтверждены и аргументированно обоснованы.

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

Автором установлены достоверные предикторы неблагоприятного прогноза течения перфораций пищевода, на основе которых обоснованы методы лечения.

Предложен программный подход к определению порядка обследования и выбору тактики лечения пациентов с перфорациями пищевода вследствие спонтанного разрыва, ранения и травмы, злокачественных пищеводных фистул.

Обоснованы показания к применению внутрипросветной эндовакуумной терапии, ушиванию раны пищевода, многоэтапному

хирургическому лечению, малоинвазивными способами и эзофагэктомии.

Математически обоснована необходимость выполнения эзофагэктомии у пациентов со злокачественными пищеводно-плевральными и пищеводно-медиастинальными фистулами.

Обоснована целесообразность отказа от повторных операций и применения внутрипросветной эндовакуумной терапии у пациентов с недостаточностью швов на пищеводе в послеоперационном периоде.

Обоснованные способы лечения пациентов с перфорацией пищевода используются в лечебном и учебном процессах ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе» и других лечебных учреждениях Российской Федерации.

Новые данные, расширяющие представления о причинах перфораций пищевода, могут быть включены в учебный процесс по специальностям «хирургия» и «онкология».

Оценка содержания диссертации

Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, перспективы дальнейшей разработки темы исследования, списка сокращений и условных обозначений и списка литературы. Работа изложена на 358 страницах, содержит 87 рисунков, 83 таблицы. Список литературы включает 368 источников, из них 127 отечественных и 241 иностранных.

Анализ диссертации по главам

Первая глава «Современные возможности диагностики и лечения больных с перфорациями пищевода» посвящена обзору литературы, в которой рассмотрены: виды, этиология, патогенез и встречаемость перфораций пищевода; даны определение, классификация; изложены сведения о спонтанном разрыве пищевода, ранениях и травмах пищевода, злокачественных пищеводных фистулах; современных возможностях клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики в

выявлении перфораций пищевода; клинические проявления у больных с перфорациями пищевода; современные подходы к лечению пациентов с перфорацией пищевода, описаны неоперативное лечение пациентов с перфорацией пищевода, хирургические методы лечения перфораций пищевода. В заключении автором представлены нерешенные вопросы лечения больных с перфорациями пищевода (не определены ведущие клинические признаки перфораций пищевода, не определен диагностический алгоритм при перфорациях пищевода, не определена тактика ведения в зависимости от этиологии и прогноза течения заболевания, не решены вопросы доступа и объем выполнения вмешательств в зависимости от локализации перфорации, не определены тактика при развитии несостоятельности швов при их несостоятельности после операции, показания к эзофагэктомии, не определено место внутрипросветной эндовакуумной терапии (ВЭТ).

Представленный обзор литературы дает полное представление о проблемах, которые имеют место при лечении пациентов с данной патологией.

Во *второй главе* «Общая характеристика клинических наблюдений и методов исследования» дана общая характеристика 166 больных с перфорациями пищевода, включенных в исследование, показана география лечебных учреждений, в которых лечились больные и пострадавшие. В лечении 60 (36 %) пациентов автор принимал личное участие.

В главе представлен дизайн исследования. Больные разделены на 3 группы: группу 1 ($n = 76$) составили больные с перфорациями пищевода вследствие ранения или травмы; в группу 2 ($n = 60$) включены пациенты со спонтанными разрывами пищевода и группу 3 ($n = 30$) – с перфорациями злокачественной опухоли пищевода. Автор не стал распределять пострадавших с ранениями и травмами пищевода для сравнения в ретроспективную и проспективную группы, а на основании анализа выделил факторы благоприятного и неблагоприятного прогноза, которые и легли в основу разработанного лечебного алгоритма. Среди пациентов со спонтанным разрывом пищевода и злокачественной пищеводной фистулой автор выделил

ретроспективные и проспективные группы наблюдения.

Пациенты в группах распределены по полу и возрасту согласно классификации Всемирной организации здравоохранения. Во всех трех группах пациентов с перфорациями пищевода число мужчин было больше, чем женщин. При распределении пациентов в группах по сопутствующим заболеваниям был применен гериатрический индекс коморбидности, предложенный М.Е. Caharlson (1987), имеющий наибольшую параллельную обоснованность с инвалидностью и является лучшим предиктором смертности. Установлено, что наибольшее его значение было в группе 3, наименьшее в группе 1.

Причинами повреждений пищевода в 1 группе у 67 (88%) пострадавших были колото-резанные ранения, у 6 (9%) – огнестрельные ранения и у 2 (3%) - закрытая травма при падении с высоты (1) и ДТП (2). То есть в работе не анализировались пациенты с ятрогенными повреждениями, что отличает ее от ранее выполненных работ на эту тему. Для оценки расположения ран на шее была использована классификация D.O. Monson (1969).

Во 2 группе спонтанные разрывы пищевода у 59 (98%) пациентов были в нижней трети грудного отдела пищевода, у 1 (2%) – в средней трети.

В 3 группе из 30 пациентов с фистулами пищевода в результате распространенного опухолевого процесса у 24 был плоскоклеточный рак, у 6 – аденокарцинома.

Пациенты с перфорациями пищевода распределены по уровню гемодинамических нарушений, по тяжести мультиорганной недостаточности по шкале SOFA, тяжести повреждения пищевода по Питтсбургской шкале (PSS).

В главе описаны методы исследования, общие подходы лечения пострадавших и больных, использованные методы статистической обработки полученных результатов.

В работе, наряду с известными способами диагностики, заслуживает внимания модифицированный способ выполнения эзофагографии,

предложенный автором (заявка на изобретение от 02.06.2020 г. № 2020119240 МПК А61В 6/00 Способ диагностики перфорации пищевода). Суть способа заключается в том, что в зонде Блэкмора срезается проксимальная манжета с каналом в 25 см от края дистальной манжеты. Затем к зонду Блэкмора пришивается катетер Фоллея размером 22Fr на расстоянии 1,5 см выше балона. После введения конструкции в желудок нижняя манжета раздувается и зонд подтягивается вверх для обтурации пищевода, а в катетер вводится контраст, который заполняет пищевод и образовавшийся в нем дефект. Способ позволяет в значительной степени повысить разрешающую способность эзофагографии при перфорациях пищевода.

Глава 3 «Анализ диагностических возможностей выявления перфораций пищевода в условиях многопрофильного стационара». Автор детально описывает особенности клинических проявлений у пациентов со спонтанным разрывом пищевода, у пострадавших с травматическими повреждениями пищевода и у больных с перфорациями пищевода вследствие образования злокачественных пищеводных фистул. При этом показано, что каждому варианту присущи свои проявления клинической картины. Подтверждением этого положения являются приведенные клинические примеры. Так, среди трех описанных вариантов особенность повреждения пищевода огнестрельным и холодным оружием состоит в том, что они носят сочетанный характер, включая на шее повреждение сосудов и трахеи, в грудной клетке - легких и сердца, в брюшной полости – аорты и нижней полой вены. При свищах пищевода вследствие прогрессии роста опухоли клиническая картина носит стертый характер, а поэтому диагностика осложнения запаздывает. Классическая триада Маклера (боль, рвота, эмфизема), характерная для перфорации пищевода при синдроме Бурхаве, у пациентов со злокачественной пищеводной фистулой не встречалась. У больных для диагностики и лечения повреждений и перфораций пищевода большое место в работе уделено лабораторным и инструментальным методам исследования. При анализе значения лабораторной диагностики у больных с

перфорацией пищевода показано, что каждый вариант осложнения характеризуется различными показателями, которые следует учитывать при постановке диагноза.

Оценка методов инструментальной диагностики для подтверждения перфорации пищевода – обзорной рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости, контрастной рентгеноскопии и рентгенографии пищевода, фиброэзофагоскопии и КТ позволили автору разработать алгоритм их применения в зависимости от их информативности и безопасности. Важным в алгоритме является отказ от положения, что эзофагоскопия является основным методом диагностики разрывов и перфорации пищевода, так как при ее выполнении возможна инсуффляция газа в средостение и развитие напряженного пневмоторакса с тяжелыми последствиями. Поэтому при подозрении на разрыв и перфорацию пищевода вначале должна проводиться обзорная рентгенография органов грудной клетки, затем СКТ шеи, груди и живота с внутривенным и пероральным контрастированием. При отсутствии данных за повреждение пищевода с помощью этих методов показано проведение фиброэзофагоскопии. По данным автора точность ФЭС при повреждении пищевода в грудных и абдоминальном сегментах составляет 95%, в шейном – не более 80%.

Глава 4 «Результаты лечения пациентов с перфорациями пищевода вследствие его спонтанного разрыва и злокачественной пищеводной фистулы». В подразделе, посвященном лечению пациентов с синдромом Бурхаве, больные были разделены на 2 группы по временным периодам. В 1 группу (ретроспективную) включено 30 больных, проходивших лечение до 2009 года, во 2 группу (проспективную) вошло 30 пациентов после 2009 года, в которой лечение проведено на основании разработанного модифицированного диагностического и лечебного алгоритма. Новый подход включал современные методы топографо-анатомической диагностики, КТ, эндоскопию, использование малоинвазивных вмешательств – методов ВЭТ и видеоторакоскопии. Пациенты в группах были сопоставимы по шкале

коморбидности M.E. Charlson., но отличались по степени развития синдрома системной воспалительной реакции (SIRS) времени постановки диагноза до и позже 24 часов. По этим показателям первая группа была тяжелее. Различия были и по способам лечения больных. В 1 группе из 30 пациентов дренирование использовано у 4, стентирование – у 1 (у 3 для лечения недостаточности пищеводных швов), ушивание разрыва – у 25. Анализ результатов в 1 группе показал, что использование покрытых стентов позволяет прекратить поступление содержимого из просвета пищевода, обеспечивая закрытие дефекта. Однако из-за миграции стента применение данного способа сомнительно при лечении пациентов с перфорациями пищевода. При синдроме Бурхаве у 25 пациентов 1 группы использовано ушивание дефекта двухрядными швами в сочетании с фундопликацией, укреплением швов большим сальником, медиастинальной плеврой и лоскутом из межреберной мышцы. В послеоперационном периоде из 25 пациентов в 1 группе умерло 16 (64%). Причинами летальных исходов были сепсис, полиорганная недостаточность – у 12 (75%), ТЭЛА – у 3 (19%), инфаркт миокарда – 1 (16%). На основе проведенного анализа лечения больных ретроспективной группы был разработан модифицированный алгоритм лечения больных со спонтанным разрывом пищевода. В данной главе значительный интерес представляет раздел, посвященный пищеводным свищам вследствие прогрессии злокачественных опухолей в пищеводе (n=30). Больные также были разделены по временным периодам, в 1 группу (n=15) вошли пациенты, пролеченные до 2009 года, во 2 группу (n=14) – после 2009 года. Пациентам 1 группы при лечении выполняли торакотомию; санацию, дренирование плевральной полости и средостения, боковую эзофаготомию, дренирование плевральной полости. Из 6 пациентов, кому выполнено дренирование, все умерли. Стентирование пищевода выполнено 4 больным, все пациенты умерли. У 5 пациентов применены хирургические методы лечения, умерло 2. Общая летальность в 1 группе составила 80%. На основе проведенного анализа лечения ретроспективной группы был разработан

модифицированный алгоритм лечения больных с перфорациями пищевода вследствие злокачественной пищеводной фистулы, который был использован у пациентов 2 группы. В зависимости от стадии инфекционного процесса по шкале Sepsis 2 больные были распределены по группам благоприятного (8), промежуточного (5) и неблагоприятного (2) прогноза. Больным с благоприятным (сепсис) и промежуточным (тяжелый сепсис) прогнозами выполняли торакоскопию и эзофагэктомию, торакотомию и эзофагэктомию, концевую эзофаготомию, гастростомию, а с неблагоприятным прогнозом - дренирование плевральной полости и симптоматическую терапию.

Результаты лечения больных в двух группах по разработанным алгоритмам представлены в главе 5.

Глава 5 «Результаты лечения пациентов с перфорациями пищевода вследствие его спонтанного разрыва и злокачественной пищеводной фистулы (проспективные группы)». У 8 пациентов со спонтанным разрывом пищевода в группе 2 применялась внутрипросветная эндовакуумная терапия (ВЭТ), у 6 – выключение и отведение пищевода, у 16 – ушивание разрыва пищевода. При лечении ВЭТ умер 1 (12,5%) пациент, поэтому сделан вывод о целесообразности использования способа у пациентов при отсутствии у них SIRS. У 6 больных с крайне неблагоприятным прогнозом при многоэтапном лечении умерло 2 (33,3%). При традиционном лечении у 16 больных путем ушивания разрыва пищевода умерло 6 (37,5%). Применение модифицированного диагностического и лечебного алгоритмов позволило снизить летальность с синдромом Бурхаве с 53% до 30%. У пациентов с перфорациями пищевода вследствие ЗПФ в группе благоприятного прогноза оперировано 8 больных, в том числе у 2 после эзофагэктомии выполнена одномоментная загрудинная эзофагогастропластика. На «Способ резекции пищевода у пациентов со злокачественной пищеводной фистулой» получен патент на изобретение (№ 2736118). В послеоперационном периоде умерло 2 (25%) пациента. У 5 пациентов с промежуточным прогнозом эзофагэктомию выполнена традиционным способом без реконструкции пищевода, умерло 3

(60%). Полученные результаты оказались лучше, чем при консервативном лечении малоинвазивными способами в ретроспективной группе. У 2 больных с неблагоприятным прогнозом проводилось дренирование плевральной полости и интенсивная терапия, оба пациента умерли. В целом, применение разработанного модифицированного алгоритма лечения больных с перфорациями пищевода вследствие злокачественной пищеводной фистулы позволило снизить летальность с 80% в ретроспективной группе до 47% в проспективной группе.

Глава 6 «Результаты лечения пострадавших с перфорациями пищевода в результате травм или ранений». Всего с травмами и ранениями пищевода было проанализировано 76 пациентов, которые разделены на 1 группу – выжившие (61) и 2 группу – умершие (15) пострадавшие. Обращает на себя внимание, что изолированные повреждения пищевода были у 20, сочетанные – у 56 пострадавших. Автором показана структура сопутствующих повреждений при ранениях и травмах пищевода. Наиболее частыми были повреждения трахеи, щитовидной железы, внутренней яремной веной и сонной артерией. Автор, исходя из локализации сочетанных повреждений, анализирует особенности выбора оперативного доступа, варианты хирургических вмешательств и зависимость исхода повреждения от ее локализации. Наибольшая летальность была среди пострадавших с повреждением грудного отдела пищевода (63%) и абдоминального отдела (50%), наименьшая – в шейном отделе (13%). На основании полученных данных были установлены предикторы неблагоприятных исходов у больных в группах: локализация повреждения в грудном и абдоминальных отделах пищевода, огнестрельные ранения и большая кровопотеря. В связи с этим сделан вывод о том, что у данной категории пострадавших помощь должна оказываться в первую очередь с проведением простых и быстро выполнимых вмешательств.

В главе «*Заключение*» автор подытожил результаты проведенного исследования. Проведено обоснование положений, выдвинутых на защиту,

определяющих тактику, выбор объема и способа операции у пострадавших с перфорациями и повреждениями пищевода. Общим замечанием по данному разделу является необоснованное повторение некоторых положений, изложенных во введении.

Выводы и практические рекомендации отражают поставленную цель, поставленные задачи и содержание диссертации.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертационного исследования опубликовано 20 работ, в том числе 14 статей в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной Комиссией Министерства науки и образования Российской Федерации для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора наук. Получено 2 патента на изобретения. Основные положения диссертационного исследования доложены и обсуждены на: XIV Межрегиональной научно-практической конференции «Искусственное питание и инфузионная терапия больных в медицине критических состояний» (Санкт-Петербург, 2014), III Всероссийском конгрессе с международным участием «Медицинская помощь при травмах мирного и военного времени. Новое в организации и технологиях» (Санкт-Петербург, 2018), Севастопольских онкологических чтениях (Севастополь, 2018, 2019), Учебно-практическом курсе подготовки хирургов SMART (современные методы и алгоритмы лечения ранений и травм) (Санкт-Петербург, 2019, 2020), VII Септическом форуме (Санкт-Петербург, 2020), Джанелидзе-ских чтениях (Санкт-Петербург, 2020).

Внедрение результатов исследования

Результаты работы используются в учебном и лечебном процессе ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе» (Санкт-Петербург), ФГБУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» (вторая кафедра и клиника хирургии усовершенствования врачей) (Санкт-Петербург), ГБУЗ

«Александровская больница» (Санкт-Петербург), ГБУЗ «Городская больница №40 Курортного района», ОГБУЗ «Костромской онкологический диспансер» (Кострома), ГБУЗС «Городская больница №1 имени Н.И. Пирогова» (Севастополь).

В ходе рецензирования диссертации, в связи с важностью рассматриваемой проблемы, возник ряд вопросов.

1. Больные и пострадавшие, включенные в исследование, находились в разных лечебных учреждениях. На сколько, работающие в них хирурги, были знакомы с клиникой и лечением перфораций пищевода?

2. У больных с перфорациями и повреждениями пищевода после сшивания стенки, по представленным в работе данным, отмечается высокий процент несостоятельности швов. Всегда ли следует стремиться к наложению швов на измененную стенку пищевода при позднем поступлении больных? Если стенку пищевода ушить не удастся или она ушивается частично, каким образом завершается операция у таких больных?

3. Наиболее эффективным методом лечения медиастинита у больных перфорациями пищевода является проточное промывание средостения. Как часто при лечении больных в группах был использован метод проточного промывания?

4. В работу включены три группы больных, у которых причины повреждения пищевода были различными. Как влияли морфологические изменения в ранах пищевода на течение фаз раневых процессов, а, следовательно, и на заживление повреждений?

При оценке содержания диссертации в целом, следует отметить, что достоинством данной работы является, прежде всего, выбор темы для исследования, так как результаты лечения больных и пострадавших с перфорациями пищевода остаются неудовлетворительными. Автором на основании ретроспективного анализа усовершенствовал алгоритмы

диагностики и лечения больных с перфорациями пищевода вследствие его спонтанного разрыва (синдром Бурхаве) и злокачественной пищеводной фистулы, применение которых позволило улучшить результаты лечения больных. Большое научное и практическое значение в работе имеют полученные данные, оценивающие эффективность использования как традиционных, так и новых хирургических методов лечения у данной категории больных. Это важно с точки зрения безопасности их применения, которые сопровождаются осложнениями и ранее малоизвестными клиническими проявлениями.

Принципиальных замечаний по диссертации и автореферату нет. Работа заслуживает положительной оценки, а имеющиеся в ней опечатки и стилистические погрешности не снижают ее научную и практическую ценность.

Заключение

Диссертационная работа 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 научно-квалификационной работой, в которой содержится решение важной проблемы здравоохранения, направленной на улучшение результатов хирургического лечения больных и пострадавших с перфорациями пищевода, имеющей важное значение для неотложной хирургии. По своей актуальности, объему выполненных исследований, научной новизне, практической значимости и достоверности полученных результатов диссертационная работа Бабича Александра Игоревича полностью соответствует критериям, предъявляемым ВАК Российской Федерации к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук согласно п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ № 842 от

24.09.2013 (в редакции Постановления Правительства РФ № 335 от 02.08.2016 г.; № 748 от 02.08.2016 г.; № 1168 от 01.10.2018 г.), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а ее автор, Бабич Александр Игоревич, достоин присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. - Хирургия.

Доктор медицинских наук,
профессор кафедры хирургических болезней детей и взрослых
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес: 443099, Российская Федерация
г. Самара, ул. Чапаевская, 89.
Тел. 8(846)374-91-00;
e-mail: info@samsmu.ru
Internet: <https://samsmu.ru/>

01.09.2022 

Белоконев Владимир Иванович

