

ОТЗЫВ

официального оппонента на диссертацию Круглыхина Ивана Васильевича «МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ФРАГМЕНТОВ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ» представленную к защите на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.15 – травматология и ортопедия.

Актуальность. Проблема лечения повреждений тазового кольца остаётся актуальной до настоящего времени. Количество пострадавших достигает 8% от общего числа травматологических больных и 12-14% - по отношению к переломам остальных частей скелета (Миронов С.П. 2003; Багненко С.Ф. 2010; Шлыков И.Л. 2010, Нак D.J. 2009; Smith W.R. 2007). Повреждения тазового кольца при политравме характеризуются высокой летальностью - от 30 до 85%, длительной нетрудоспособностью и высоким уровнем инвалидности - от 40 до 90% (Стэльмах К.К. 2005; Соколов А.В. 2005; Боско О.Ю. 2010). Открытые оперативные вмешательства, применяемые для остеосинтеза тазового кольца, сложны и сопряжены со значительной хирургической агрессией (Соколов В.А. 2006; Smith W.R. 2007), и ранних этапах лечения политравмы невозможны из-за тяжелого состояния пострадавших (Ruedi T.P. 2007; Tile M. 1999; Дулаев А.К. 2002). Это диктует необходимость применения малоинвазивных методов остеосинтеза, позволяющих осуществить репозицию и фиксацию тазового кольца, не утяжеляя состояния пострадавшего, к которым относится остеосинтез аппаратами наружной фиксации и канюлированными винтами (Милюков А.Ю. 2013; Лазарев А.Ф. 2008; Файн А.М. 2011; Smith W.R. 2007). Особенности анатомии тазового кольца обуславливают необходимость специфического подхода к своевременной и объективной диагностике повреждений, предоперационного планирования, выбора тактики и методов малоинвазивного остеосинтеза, особенностей его проведения, а также последующей реабилитацией пострадавших и осложнений (Г.В.Лобанов 2011). Эти и многие другие факторы объясняют актуальность избранной темы исследования

Круглыхина Ивана Васильевича, что делает диссертацию практически значимой и своевременной. Диссертационное исследование выполнено в ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Цель исследования сформулирована корректно и лаконично, а поставленные четыре задачи логично вытекают из цели исследования.

Научная новизна исследования не вызывает сомнения. Положения, выносимые на защиту, отражены в работе полностью и соответствуют проведенному исследованию.

Диссертация написана в классическом стиле и состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Диссертация изложена на 223 страницах текста, иллюстрирована 40 рисунками и 42 таблицами. Список литературы включает 338 источников, из них отечественных — 205, зарубежных — 133.

Анализируя состояние вопроса в современной литературе, автор показывает знание предмета, направление и структуру формирующегося диссертационного исследования. При анализе специальной литературы им выявлено, что высокий уровень летальности, инвалидности и неудовлетворительных результатов лечения среди пострадавших с повреждениями тазового кольца, преимущественно лиц трудоспособного возраста, диктует необходимость разработки высокоэффективных методов лечения. Опираясь на сравнительный анализ применяемых методов лечения, автор определил, что существует острая необходимость в совершенствовании и разработке инновационных способов и методов хирургического лечения пострадавшим с повреждениями тазового кольца.

Теоретическая значимость работы заключается в разработке дифференцированного подхода к выбору тактики хирургического лечения и рационального предоперационного планирования.

Практическая значимость работы заключается в клиническом использовании данной методики минимально-инвазивного остеосинтеза повреждений тазового кольца у пациентов с политравмой, что позволило сократить сроки, уменьшить число осложнений и улучшить функциональные результаты.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций.

Количество пациентов, включённых в шестнадцатилетнее исследование, вызывает уважение: 462. Методы исследования, использованные в работе, являются современными, информативными и оптимальными. Сравнения в исследуемых группах проводились по всем изучаемым критериям, а достоверность и новизна полученной информации подтверждена первичной документацией, грамотным формированием групп и рациональным применением статистических методов исследования.

В четырех разделах собственного исследования автор показывает этапы формирования алгоритма оптимальной лечебной тактики у пациентов с политравмой, в зависимости от ее тяжести и характера других повреждений. В связи с этим хотелось бы остановиться на нескольких ключевых моментах.

1. Совершенно обосновано Круглыхин И.В. в своей работе определяет, что остеосинтез аппаратами наружной фиксации фрагментов тазового кольца может быть использован как временная мера на реанимационном этапе при гемодинамической нестабильности или как один из компонентов комбинированного остеосинтеза при остеосинтезе переднего комплекса тазового кольца у пациентов с политравмой.
2. На результаты лечения повреждений тазового кольца у пациентов с политравмой, влияет наличие одно- или двухстороннего повреждения заднего комплекса, степень его нестабильности, величина смещения.
3. Показанием к применению остеосинтеза канюлированными винтами, являются повреждения таза типа В и С, обеспечивающие возможность условия сращения, опоры и движения.

4. Хотелось бы обратить внимание на хорошее оформление работы, содержательные таблицы и богатый, я бы сказал самобытный, иллюстративный материал, который в последующем, на мой взгляд, может быть реализован в дальнейшей работе.

Полученные результаты отвечают заявленной цели и решают поставленные задачи. Автором убедительно показано, что, используя алгоритмы минимально-инвазивного остеосинтеза при лечении пострадавших с повреждениями тазового кольца при политравме, достигнуто снижение сроков госпитализации в среднем на 4 суток, общей продолжительности лечения на 47 суток и на 17,7% увеличилось количество отличных функциональных результатов лечения.

Выводы соответствуют поставленным задачам. Научные положения, составляющие содержание диссертационной работы, доложены и обсуждены на многочисленных различных отечественных форумах. Полученные автором результаты, выводы и заключение обоснованы.

Положения работы внедрены в повседневную клиническую практику различных медицинских учреждений г. Барнаула и Алтайского края: КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г Барнаул», КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Барнаул.

По материалам диссертации опубликованы 7 печатных работ в изданиях, рекомендованных ВАК РФ, для опубликования материалов диссертаций на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.

Принципиальных замечаний по работе нет. Отмечается несколько орфографических ошибок, опечаток, сложность стилистических оборотов и на мой взгляд завышенный объем диссертации - 233 страницы. При рассмотрении диссертации у меня возникло два вопроса.

1. На стр. 53 вы пишете: «Целью стабилизации (тазового кольца аппаратами внешней фиксации) являлось: - уменьшение объема малого таза для препятствия нарастания гематомы».

Вопрос: Как согласуется ваше высказывание с тем фактом, что при морфометрическом исследовании в 2013 году (Милюков А.Ю. Хирургическая тактика и организация специализированной медицинской помощи пострадавшим при изолированных, множественных и сочетанных повреждениях таза, дисс.док.мед.наук, Новосибирск, 2013, гл.4.) группой авторов было доказано, что стремление максимально уменьшить объем таза с целью усилить тампонаду является ошибочным. Необходимо стремиться к восстановлению прежнего объема до травмы (0 точка - в эксперименте это точка нормального взаимоотношения в лонном сочленении). Стремясь максимально сомкнуть костную рану и уменьшить объем таза, хирург достигает упругой деформации кольца, и минует «0 отметку», тем самым ухудшает ситуацию, так как за счет «эффекта коромысла» объем таза не уменьшается, а увеличивается и кровопотеря соответственно усиливается.

2. На стр. 53 и 172 вы пишете: «..массивное внутритазовое продолжающееся кровотечение..» и далее по тексту «..и исключении других внетазовых возможных источников кровотечения больному выполняется ангиография с эмболизацией..».

Вопрос: Каким образом вы определили, что внутритазовое кровотечение продолжается? И здесь же подвопрос: сколько раз в вашем исследовании была выполнена ангиография и эмболизация?

Заключение.

Диссертация Круглыхина Ивана Васильевича «МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ФРАГМЕНТОВ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ», является законченным научно-квалификационным трудом, выполненным автором на высоком методологическом уровне, в котором на основании проведённых лично автором исследований разработаны положения, совокупность которых можно квалифицировать как научно-практическое достижение в решение важной

проблемы лечения пострадавших с травмами тазового кольца. Считаю, что диссертационная работа соответствует требованиям ВАК Минобразования и науки РФ, предъявляемым к кандидатским диссертациям, а ее автор Круглыхин Иван Васильевич заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.15 – травматология и ортопедия.

«_3_» апреля 2019 г.

Заведующий отделением травматологии и ортопедии №2
Государственного автономного учреждения здравоохранения
Кемеровской области «Областной клинический центр охраны
здоровья шахтеров» МЗ РФ,
отличник здравоохранения РФ
доктор медицинских наук



Милюков А.Ю.

Подпись официального оппонента заверяю:

Начальник отдела кадров

Государственного автономного учреждения здравоохранения
Кемеровской области «Областной клинический центр охраны
здоровья шахтеров» МЗ РФ



Жарких Н.Н.