

ОТЗЫВ

официального оппонента доктора медицинских наук, профессора
Петра Казимировича Яблонского на диссертацию Никиты Евгеньевича
Левченко «Совершенствование бронхопластических вмешательств в
хирургии злокачественных новообразований легкого» представленную на
соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности
14.01.12 - онкология

Актуальность темы исследования

Рак легкого занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости среди мужчин, а также является лидером по смертности от злокачественных опухолей. Соотношение заболеваемости и смертности не оптимистично, ежегодно в мире выявляется более миллиона случаев рака легкого и регистрируется более 900 тысяч смертей от данного заболевания. Несмотря на последние достижения в области лучевой терапии и химиотерапии, своевременно выполненное хирургическое вмешательство остается наиболее эффективным методом лечения рака легкого. Пик заболеваемости приходится на пациентов в возрасте от 60 до 70 лет. Оказание медицинской помощи данной возрастной группе является сложной задачей в связи с выраженной сопутствующей патологией и ограниченными функциональными резервами. Совершенствование хирургической техники и анестезиологического пособия, в настоящее время, позволяет значительно расширить объем проводимых оперативных вмешательств. Бронхопластические операции позволяют расширить показания к радикальному вмешательству, избегая пневмонэктомии, и сохранить интактную легочную паренхиму, что является крайне актуальным для лиц с ограниченными функциональными резервами, а также улучшить качество жизни больных молодого возраста. Реконструктивные операции характеризуются меньшим числом осложнений и летальностью по сравнению с пневмонэктомией, частота осложнений после которых, в некоторых

клиниках достигает 31,2%, а летальность - 13%. Таким образом, актуальность диссертационного исследования, посвященного бронхопластическим резекциям при раке легкого, не вызывает сомнений

Несмотря на кажущиеся преимущества бронхопластических операций, до сих пор сохраняются нерешенные технические аспекты, касающиеся способа формирования анастомоза, требуют доработки существующие методы профилактики послеоперационных бронхиальных осложнений, необходим анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения, что и нашло отражение в рецензируемой работе.

Цель исследования состоит в улучшении результатов хирургического лечения больных раком легкого за счет применения бронхопластической техники.

Научная новизна.

На больном клиническом материале представлены убедительные доказательства безопасности и целесообразности использования бронхопластической техники в онкологической практике. Диссертация Н.Е. Левченко вносит существенный вклад в решение проблемы хирургического лечения злокачественных новообразований легких.

Особенностью выполненной работы является использование инвагинационного метода формирования анастомоза на 1 хрящевое полукольцо. Ранее предложенные техники имели недостатки. Так, формирование анастомоза конец-в-конец предполагает одинаковый диаметр анастомозируемых бронхов и требует хирургическую коррекцию диаметра большего бронха, что несет в себе дополнительные риски. Использование же техники инвагинации на 2-3 полукольца зачастую невозможно в онкологической практике. В диссертационной работе предложена новая классификация бронхо- и бронхоангиопластических операций в зависимости от сложности технического исполнения. Автор впервые проанализировал динамометрические показатели натяжения на различные участки соустьев, что

нашло отражение в профилактических мерах, направленных на уменьшение послеоперационных осложнений со стороны анастомоза.

Практическая значимость

Полученные результаты по совершенствованию бронхопластических оперативных вмешательств, позволили оптимизировать результаты лечения пациентов со злокачественными новообразованиями легких. Материалы исследования внедрены в научно-практическую работу отделения торакальной хирургии ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» и ГБУЗ СК «Ставропольского краевого клинического онкологического диспансера».

Достоверность и обоснованность результатов исследования

Работа выполнена на значительном клиническом материале: 124 пациента после бронхопластических операций, к которым подобрана группа сравнения из 99 больных, перенесших пневмонэктомию. Применены современные методы статистического анализа.

Структура диссертации

Диссертация построена по традиционному плану, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа изложена на 167 страницах, включает 28 таблиц и 60 рисунков.

Глава 1. Бронхопластические оперативные вмешательства в хирургии злокачественных новообразований легкого (обзор литературы) написана хорошим литературным языком и читается с интересом. В ней четко обозначено современное место реконструктивной хирургии и выделены моменты подлежащие дальнейшему изучению.

В начале главы описаны статистические данные по злокачественным новообразованиям легкого. Автор справедливо отмечает что результаты консервативного лечения при НМКРЛ, несмотря на постоянное совершенствование остаются неутешительными и лишь своевременно выполненное хирургическое пособие может улучшить показатели выживаемости. Однако, тот факт, что у большинства операбельных пациентов

диагноз устанавливается на III стадии, диктует необходимость проведения таким больным комплексного лечения.

В данном разделе систематизированы показания и противопоказания к бронхопластическим операциям и пневмонэктомиям.

Автор подробно рассматривает вопрос лимфодиссекции в хирургии рака легкого, приходя к выводу, что если при начальной стадии рака легкого объем лимфодиссекции остается предметом дискуссии, то при местно-распространенных формах необходимость выполнения систематической медиастинальной лимфодиссекции не обсуждается. При написании работы, Н.Е. Левченко уделил особое внимание совершенствованию хирургического компонента реконструктивных операций: методике формирования и видам сопоставления межбронхиальных соустьев, выбору шовного материала. Так, существующие методики формирования анастомоза конец-в-конец и телескопическая инвагинация на 2-3 хрящевых полукольца, несмотря на широкую распространенность, не совершенны и требовали альтернативной методики, способной устранить их недостатки. Детально рассмотрены осложнения после бронхопластических лобэктомий и способы их профилактики. Особый акцент сделан на укрытие линии швов межбронхиальных анастомозов различными пластическими материалами.

В заключительной части обзора проанализированы непосредственные и отдаленные результаты лечения. Данные, полученные другими авторами указывают на преимущества бронхиальных реконструкций по сравнению с пневмонэктомией за счет более низких показателей послеоперационной летальности. Отдаленные же результаты не уступают пневмонэктомии.

Однако, несмотря на значительное количество публикаций по данной тематике, остаются нерешенные и требующие дискуссии вопросы.

Глава 2. Характеристика клинического и экспериментального материала и методов исследования. В данной главе дано подробное описание использованных диагностических исследований, клинико-рентгенологическая характеристика больных. В основную группу вошло 124

пациента, которым выполнены бронхопластические резекции: 99 с НМКРЛ, 17 с карциноидом, 8 с метастатическим поражением. Для достоверного анализа отделенных результатов подобрано 99 пациентов после пневмонэктомий с учетом основных прогностических критериев. При этом описывая лимфодиссекцию (глава 2.3.3), автор допускает некоторые неточности. Так на сегодняшний день актуальной схемой регионарных лимфоузлов для рака легкого является не номенклатура Mountain 1997, а схема IASLC 2009. Согласно современной классификации, лимфатические узлы 1-ой группы, располагаются выше ключиц и верхнего края рукоятки грудины, а значит не доступны рутинному «иссечению» при операциях из торакотомного доступа. Также лимфатические узлы 4L группы не являются лимфоузлами зоны «аортального окна»: к этой зоне относятся лишь лимфоузлы 5-ой и 6-ой групп. При этом, безусловным украшением диссертационного исследования является наглядное, исчерпывающее описание и схематическое изображение 21 варианта выполненных реконструкций. Отсутствие страницы 66 в печатном варианте работы следует признать досадным недоразумением, которое ни в коей мере не умаляет заслуг автора. Определенный интерес представляют комбинированные, в том числе бронхоангиопластические вмешательства. При этом в данной главе недостаточное внимание уделяется описанию функциональной операбельности больных, которая зачастую играет решающую роль как в определении показаний к операции, так и к выбору объема вмешательства. В таблице 2.3 подробно и пунктуально отражены сопутствующие заболевания пациентов, однако большой интерес также представляет сочетание различных патологических состояний у конкретного больного, оценка коморбидного фона в целом, для чего целесообразно использование Charlson Comorbidity Index (CCI).

Глава 3. Экспериментальное обоснование профилактики несостоятельности бронхиальных швов и непосредственные результаты оперативных вмешательств. Одной из основных проблем реконструктивной хирургии по-

прежнему остается несостоятельность бронхиальных швов. Для предотвращения этого осложнения автор предлагает использовать предложенную систему профилактики, состоящей из разработанной методики формирования инвагинационного анастомоза и дополнительного укрытия линии бронхиальных швов, опираясь на данные исследований динамометрических показателей натяжения на различные участки межбронхиальных соустьев, изученных на нефиксированных трупах. Также вызывает интерес экспериментальное подтверждение того факта, что серповидное пересечение перикарда позволяет уменьшить натяжение на зону анастомоза.

В диссертации проанализированы непосредственные результаты лечения пациентов после бронхопластических операций и пневмонэктомии. Основное внимание уделено послеоперационным осложнениям со стороны межбронхиальных анастомозов. Полученные данные свидетельствуют о преимуществах бронхопластических резекций по общему количеству осложнений ($p < 0,01$) и характеризуются меньшим количеством нарушений ритма в послеоперационном периоде. Описана предложенная классификация бронхопластических вмешательств в зависимости от сложности резекции. В конце главы автор приводит описание и иллюстрацию клинических случаев нестандартных реконструкций, которые демонстрируют высочайшее мастерство хирургической бригады и вызывают неподдельное восхищение.

Глава 4. Отдаленные результаты бронхопластических вмешательств и пневмонэктомий у больных НМКРЛ. Одним из основных оцениваемых критериев в онкологической практике является выживаемость. В рецензируемой работе проведен анализ 5-, 3- летней и одногодичной выживаемости. Опираясь на полученные данные, автор сделал вывод о сопоставимости бронхопластических лобэктомий и пневмонэктомий по радикальности с учетом адекватной лимфодиссекции. При анализе безрецидивной выживаемости дополнительному анализу подверглись сроки и число дистанционного метастазирования и регионарных рецидивов. На

основании анализа наблюдаемой выживаемости, не выявлено статистически значимых различий между группами, однако отмечалась тенденция к увеличению выживаемости в группе бронхопластических резекций за счет меньшего числа летальных исходов от неонкологических причин в группе бронхопластических резекций. Подробный анализ отдаленных результатов хирургического лечения проведен тщательно и подробно, но вызывает ряд вопросов, сформулированных ниже. Также осталось не совсем понятным, почему кривые выживаемости I-II стадии рака легкого (рис 4.2, стр. 113) построены на очень небольшом количестве больных, о чем автор пишет и в комментарии к данному рисунку. Вместе с тем, согласно данным, представленным в главе «материалы и методы», больных I-II стадией в исследуемых группах было больше половины (54%).

В «*Заключении*» автор кратко суммирует результаты проведенного исследования, расставляет акценты и соотносит выявленные закономерности с данными литературы.

Выводы соответствуют поставленным задачам в полном объеме. Сформулированы четко, они объективны, полностью вытекают из содержания работы. Вместе с тем, вывод №4 мог бы быть сформулирован более категорично, так как выполнение бронхопластических резекций, согласно результатам выполненного исследования, не только «не увеличивает» риск осложнений, но и достоверно уменьшает частоту возникновения осложнений. В выводе №5 есть досадная опечатка «ВП» вместо «БП».

Практические рекомендации освещены достаточно подробно, не вызывают сомнений и еще раз подтверждают высокую практическую ценность работы.

Список литературы состоит из 294 источников: 50 отечественных и 244 зарубежных.

В целом, диссертационное исследование Н.Е.Левченко заслуживает высокой оценки, в первую очередь, благодаря огромному клиническому материалу по бронхопластическим резекциям, наглядно представленному и

подробно проанализированному в рецензируемой работе. Разделы «Материалы и методы» и «Результаты» богато иллюстрированы, поэтому диссертация Н.Е.Левченко может служить «настойной книгой» для хирургов, занимающихся сложнейшим разделом торакальной онкологии – бронхопластическими резекциями. Указанные в тексте отзыва замечания не носят принципиального характера и не уменьшают ценности проведенного исследования. Принципиальных замечаний нет. Автореферат полностью соответствует тексту диссертации.

После подробного прочтения диссертационной работы возникли следующие вопросы:

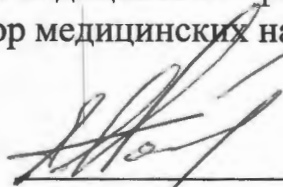
1. В вашем исследовании констатирована низкая частота таких послеоперационных осложнений, как ателектаз доли легкого, пневмония оперированного легкого, в связи с этим возникает вопрос: насколько широко в послеоперационном периоде использовались методы лечебной физкультуры, дыхательной гимнастики, СРАР терапии?
2. На странице 59 Вы пишете, что «основным показанием к бронхопластической лобэктомии являлся ОФВ1 < 50%». Какие дополнительные исследования в этом случае выполнялись? Проводились ли нагрузочные тесты? Рассчитывался ли VO_{2max} ? Как часто в вашей практике вы отказывали пациентам даже в бронхопластической лобэктомии по функциональным причинам?
3. Как часто в рамках предоперационного обследования выполнялась медиастиноскопия или ПЭТ? Что являлось показанием к выполнению данных процедур?
4. Оценивали ли Вы зависимость частоты несостоятельности бронхиального анастомоза и культи бронха от таких факторов, как возраст больного, наличие сахарного диабета, проведение неoadъювантной терапии?

5. Осталось не до конца понятным, что сравнивалось в таблице 4.4 (стр 122). Если в строке ОФВ1 сравнивались данные после бронхопластических резекций и пневмонэктомий, то каким статистическим методом удалось выявить статистическую достоверность ($p < 0,005$) между значениями $1,71 \pm 0,75$ и $1,42 \pm 0,5$?

Заключение

Диссертационное исследование Левченко Никиты Евгеньевича «Совершенствование бронхопластических вмешательств в хирургии злокачественных новообразований легкого», предоставляемое на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, является законченной научно-квалификационной работой. В ней решены актуальные задачи, имеющие важное значение для теоретической и клинической онкологии. Данная работа полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденным Постановлением Правительства РФ от 24 сентября 2013 г. №842 (с изменениями от 21.04.16г. №335), предъявляемым к кандидатским диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, по специальности 14.01.12 – онкология, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук.

Директор ФГБУ «Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Заведующий кафедрой госпитальной хирургии СПбГУ, декан медицинского факультета СПбГУ, доктор медицинских наук, профессор



Яблонский Петр Казимирович

ФГБУ «Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации: Россия, 191036, г. Санкт-Петербург, пр. Выговыский, д. 2-4
Телефон: 8 (812)579-25-54, E-mail: spbniif_all@mail.ru

