

ОТЗЫВ

официального оппонента, доктора медицинских наук Максимова Александра Владимировича, на диссертационную работу Гринева Константина Михайловича «Пути улучшения диагностики и хирургического лечения гемодинамических осложнений артериовенозных фистул для хронического гемодиализа», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности: 14.01.17 – хирургия

Актуальность темы исследования

Технологические проблемы гемодиализа, как метода коррекции терминальной уремии были решены в середине XX века. Но только благодаря предложениям B.Scribner (1960) и Brescia M.J.с соавторами (1966) об использовании артериовенозного доступа к крови, процедуры гемодиализа приобрели современный вид, что позволило сохранить жизни многим пациентам. Средняя продолжительность жизни пациентов получающих лечение хроническим гемодиализом, впечатляюще увеличилась за последние десятилетия благодаря техническому совершенствованию аппаратуры и возможностям адекватного фармакологического протезирования утраченных функций почек. В настоящее время особенно внимание исследователей обращено на изучение состояния качества жизни пациентов диализной популяции и способов, позволяющих добиться его улучшения. Значительный вклад в качество жизни пациентов гемодиализа вносит постоянный доступ к крови. Выступая в качестве «ключа» гемодиализу, артериовенозный доступ является, тем не менее, неизбежным источником осложнений, негативно влияющих на качество жизни пациентов получающих эфферентное лечение. В спектре осложнений постоянно сосудистого доступа, ишемический синдром обкрадывания («синдром ишемической дистальной гипоперфузии») и доступ-ассоциированная сердечная недостаточность занимают особое место. Во-первых, они объединены единым инициальным патогенетическим механизмом – высоким объемным кровотоком по артериовенозному доступу, и, во-вторых, оба э

состояния характеризуются хроническим, прогрессирующим, негативным влиянием на качество жизни реципиентов гемодиализа. Консервативные методы лечения, как первого, так и второго типа гемодинамических осложнений постоянного сосудистого доступа имеют ограниченное применение и не демонстрируют удовлетворительных результатов. Радикальный метод – лигирование доступа эффективен, но стратегически бесперспективен.

Таким образом, наибольшее распространение в выборе тактики лечения гемодинамических осложнений постоянного артериовенозного доступа, приобретают реконструктивно-восстановительные вмешательства, позволяющие не только корректировать патогенетические механизмы, но и сохранять лимитированный ресурс периферических сосудов, пригодных для повторных операций формирования фистул.

Основными вопросами, которые требуют решения при определении тактики лечения пациентов, имеющих клинические признаки гемодинамических осложнений диализного сосудистого доступа, являются эффективная доказательная диагностика выбор адекватной, минимально травматичной тактики хирургического пособия.

Без сомнений, значительная научно-практическая проблема улучшения качества жизни больных с гемодинамическими осложнениями постоянного сосудистого доступа к диализу, решаемая путем улучшения результатов диагностики и хирургического лечения избыточных артериовенозных фистул, является актуальной. Постановка и успешное достижение решения этой цели следует считать имеющей важное не только медицинское, социальное и экономическое значение.

Таким образом, избранная Гриневым Константином Михайловичем тема диссертационного исследования, претендует на решение значительной научной проблемы – поиску путей улучшения результатов диагностики и хирургического лечения больных с терминальной почечной недостаточностью, имеющих ассоциированные с постоянным

артериовенозным доступом нарушения центральной и региональной гемодинамики.

Новизна исследования и изложенных в диссертации результатов

Представленная к открытой защите работа К. М. Гринева относится к нечасто обсуждаемой в отечественной научной литературе, но крайне важной сфере – хирургического сопровождения артериовенозных доступов для хронического гемодиализа. На основании обследования значительного контингента пациентов, автор заявил, и предложил решение актуальной цели – улучшение качества жизни пациентов с развившимися осложнениями постоянного сосудистого доступа к гемодиализу – синдрома «ишемического обкрадывания» и ассоциированной с артериовенозной фистулой хронической сердечной недостаточностью, путем разработки эффективных стандартов диагностики и выбору адекватных тактик хирургического лечения. Результаты, полученные в результате исследования, несомненно, претендуют на значительную научную новизну. Так, анализ патогенетических механизмов, лежащих в основе поименованных выше патологических состояний, позволил автору объединить их в группу «гемодинамических осложнений постоянного артериовенозного доступа», что дало возможность сформулировать комплексный диагностический алгоритм и предложить объективную программу выбора адекватной выявляемым функциональным изменениям и клиническим данным программы хирургического лечения. Этот же подход продемонстрировал свою целесообразность и при динамическом послеоперационном контроле результатов. Выполненное в работе исследование мозгового натрийуретического пептида у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, обусловленной избыточным артериовенозным доступом, претендует на научную новизну мирового уровня, так как впервые сообщает об эффективности выполненных реконструктивных вмешательствах. Анализ собственно качества жизни пациентов хронического гемодиализа, демонстрирующих развитие гемодинамических осложнений постоянного сосудистого доступа объективен. Его научная новизна несомненна. Автор достоверно

устанавливает не только ожидаемые теоретически признаки ухудшения самооценки состояния пациентов, но и выполняет анализ динамики исследуемых показателей после реконструктивных вмешательств.

Значимость результатов исследования для науки и практики

В ходе представленного соискателем исследования системно обоснован и сформулирован необходимый и достаточный диагностический алгоритм обследования пациентов, имеющих гемодинамические осложнения постоянного сосудистого диализного доступа.

На основании проведенного анализа состояния центральной и региональной гемодинамики, сформулированы убедительные алгоритмы тактики принятия решений и выбора хирургической коррекции постоянного сосудистого доступа.

Впервые выполнена оценка влияния гемодинамических осложнений постоянного сосудистого доступа на объективно сформулированные показатели качества жизни больных, получающих заместительную терапию хроническим гемодиализом.

Использованные Гриневым К. М. критерии оценки, позволили ему продемонстрировать достоверность результатов проведенных в ходе исследования реконструктивных вмешательств.

Практические рекомендации, представленные автором в виде схем принятия тактических решений, разработанные на основании на патофизиологических изменений локальной и центральной гемодинамики, представляются удобным и доказательным методом донесения информации.

Оценка содержания и завершенности диссертации, достоверность результатов и выводов

В качестве материалов диссертационного исследования использованы данные комплексного обследования 778 пациентов, получавших лечение в нескольких лечебных учреждениях, выполняющих заместительную почечную терапию.

Построение диссертации классическое по схеме, материал изложен на 215 страницах и состоит из введения, обзора литературы, описания материала и

методов исследования, четырех глав собственных результатов исследований, обсуждения, выводов, списка литературы и списка сокращений. Диссертация содержит 44 таблицы, 29 рисунков и четыре схемы. Библиография включает 301 литературных источников, из них 37 отечественных и 267 иностранных.

Во введении достаточно конкретно определены актуальность, цель и задачи исследования, в полной мере раскрыта научная новизна и практическая значимость работы. Актуальность, цель и задачи исследования сформулированы четко и очевидно. Научная новизна и практическая значимость работы не вызывают сомнений.

Обзор литературы представлен на 41 страницах. Основываясь на литературных данных, автор доказательно обосновывает актуальность необходимости повышения эффективности диагностики и лечения гемодинамических осложнений постоянного доступа к крови у пациентов диализного пула. Выполненный автором литературный обзор позволяет объективно оценить современное состояние диагностических возможностей дооперационного обследования пациентов. Выводы, вытекающие из обзора литературных источников, логично свидетельствуют об объективной целесообразности и значимости предложенного автором диссертационного исследования.

В главе 2 автором приведена общая характеристика собственного материала и методики проведения исследования. Общий объем клинической группы наблюдений исчерпывающе достаточный. Методический уровень выполненной работы высокий, соответствует заявленным автором цели и задачам исследования. Материал главы изложен четко, ясно и лишен лишней информации. Подробно представлены методики обследования примененные при обследовании и лечении пациентов групп исследования.

Глава 3 посвящена результатам клинических и гемодинамических исследованиям пациентов стратифицированных в работе групп. Здесь же приведены данные корреляционного анализа контрольной группы и дивизионов исследования - ишемический синдром обкрадывания и доступ ассоциированная хроническая сердечная недостаточность.

Глава 4 содержит характеристики показаний к выполнению оперативного лечения гемодинамических осложнений постоянного сосудистого к диализу и описание различных вариантов реконструктивно - восстановительных вмешательств.

Глава 5 объективно презентует полученные в результате хирургических вмешательств результаты и тактику диагностического мониторинга послеоперационного периода.

Глава 6 посвящена оценке результатов качества жизни пациентов, как до оперативного лечения, так и в ближайшем послеоперационном периоде.

Глава 7 представляет окончательный анализ и обсуждение результатов исследования. В обсуждении результатов выполненной научной работы, представленном в сравнении с данными литературных источников, объективно проведен анализ полученных результатов диагностических и клинических наблюдений. Автор уверенно владеет материалом, что позволяет ему естественно перейти к формулированию объективных выводов.

Выводы диссертации, основанные на основных научных положениях исследования, вынесенных автором на защиту, сформулированы четко, обладают важным научным и практическим значением, полностью соответствуют целям и задачам исследования.

Все научные положения, выводы и практические рекомендации аргументированы, достоверность подтверждена результатами обработки данных методами математической статистики. Фактические материалы, приведенные в диссертации, полностью соответствуют исследовательской базе данных и первичной медицинской документации. Диссертация написана хорошим литературным языком, легко читается, достаточно наглядно иллюстрирована.

Замечания

Имеются следующие замечания:

1. Представляется не совсем правильным использовать термин «Группы сравнения» для всех трех клинических групп, так как под этим термином

обычно подразумевается именно контрольная группа. Вероятно, правильнее было бы называть «Группой сравнения» только третью клиническую группу.

2. В главе 2.3.6. – 2.3.10. описаны операции, которые применялись для коррекции гемодинамических нарушений (DRAL, bridg-графт, пликация и т.д.). Тем не менее, техника других операций (например, DRIL, PAI) описана в главе 4.1., посвященной результатам исследования. Вероятно, это не совсем правильно, так как эти операции стандартные, не являются разработкой автора, следовательно, их было целесообразно также описать в главе «Материалы и методы».
3. Имеются немногочисленные опечатки, стилистические погрешности и незначительные дефекты форматирования текста.

Эти замечания не являются принципиальными и не влияют на общую положительную оценку работы.

При изучении работы возникли следующие вопросы:

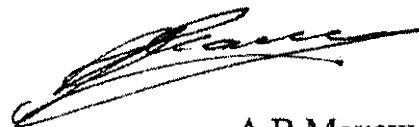
1. Насколько корректно измерять объемную скорость кровотока в фистульной вене? Считается, что из-за неизбежного турбулентного потока крови такое измерение дает аппаратную погрешность.
2. Вы использовали при ряде операций вставки из политетрафторэтилена. Это были обычные протезы или специальные – для гемодиализных шунтов? Возможно ли, было в дальнейшем этот участок использовать для канюляции?
3. Как Вы дифференцировали боли, вызванные ишемическим синдромом от других причин, например, от туннельного синдрома?
4. В Вашем исследовании показано более частое возникновение ишемического синдрома при дистальных соустьях. Чем Вы это объясняете? Данные литературы говорят об обратном.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационная работа Гринева Константина Михайловича на тему «Пути улучшения диагностики и хирургического лечения гемодинамических осложнений артериовенозных фистул для хронического гемодиализа»,

является законченной самостоятельной научно-квалификационной работой, в которой решена важная научная проблема - разработан и успешно внедрен комплексный подход к выбору лечебной тактики, позволяющий улучшить качество жизни пациентов, находящихся на лечении хроническим гемодиализом путем совершенствования диагностики и хирургического лечения гемодинамических осложнений постоянного сосудистого доступа. По актуальности, объему проведенных исследований, научной новизне и практической значимости, диссертация соискателя полностью соответствует всем требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013 г. № 842, изложенного в новой редакции постановления Правительства РФ от 21.04.2016 г. № 335, предъявляемым к докторским диссертациям, а её автор – Гринев Константин Михайлович, заслуживает присвоения искомой степени доктора наук по специальности 14.01.17 – хирургия, медицинские науки.

Доцент кафедры кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии
«Казанской государственной медицинской академии» – филиала ФГБОУ ДПО
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии №1 ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»,
доктор медицинских наук



А.В.Максимов

420012, Российская Федерация, Республика Татарстан,
Г.Казань, ул. Муштары, д.11. Тел.: +78432676151;
E-mail: ksma@mi.ru

Подпись д.м.н. А.В. Максимова



Подпись Н.В. Маремин
Ф.И.О.

ЗАВЕРЯЮ:

Уполномоченный секретарь
Ученого совета КГМА

27.02.2017 г.