

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА 21.2.014.04,
СОЗДАННОГО НА БАЗЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ "КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ, ПО ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ
КАНДИДАТА НАУК

аттестационное дело № _____

решение диссертационного совета от 20.05.2025 №6

О присуждении Кузнецову Юрию Сергеевичу, гражданину России, ученой степени кандидата медицинских наук.

Диссертация "Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении острого панкреатита тяжелой степени" по специальности 3.1.9. Хирургия принята к защите 11.03.2025, протокол №4 диссертационным советом 21.2.014.04, созданным на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (350063, г. Краснодар, улица Митрофана Седина, д. 4), действующим на основании приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации № 2112/нк от 14.11.2023.

Соискатель Кузнецов Юрий Сергеевич, 1982 года рождения. В 2005 году окончил государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Кубанская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию". С 2016 по 2019 годы обучался в аспирантуре (очная форма обучения) в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре хирургии № 3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ныне – кафедра хирургии №3). Работает врачом-хирургом хирургического отделения №5 государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Краевая

клиническая больница № 2" министерства здравоохранения Краснодарского края.

Диссертация выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре хирургии №3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Дурлештер Владимир Моисеевич, государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Краевая клиническая больница №2" министерства здравоохранения Краснодарского края, заместитель главного врача по хирургии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургии №3, заведующий кафедрой.

Официальные оппоненты:

1. Ярцев Петр Андреевич (гражданин России), доктор медицинских наук, профессор, государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы", отдел неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии, руководитель отдела;

2. Корольков Андрей Юрьевич (гражданин России), доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, отдел общей и неотложной хирургии научно-исследовательского института хирургии и неотложной медицины, руководитель отдела – дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация – федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), г. Москва, в своём положительном заключении, подписанном Шулутко Александром Михайловичем, доктором медицинских наук, профессором, профессором кафедры факультетской хирургии №2 им. Г.И. Лукомского, указала, что "диссертация полностью соответствует требованиям п. 9 "Положения о присуждении ученых степеней" ..., а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия".

Соискатель имеет 8 опубликованных работ, все по теме диссертации, все опубликованы в рецензируемых научных изданиях. Краткая характеристика работ (вид, количество, объем в страницах, творческий вклад в %): статьи в журналах – 6, 34, 75; патент на изобретение – 2, 25, 70. В диссертации отсутствуют недостоверные сведения об опубликованных соискателем ученой степени работах.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Местные осложнения острого панкреатита и методы их инструментальной диагностики / С. И. Ремизов, А. В. Андреев, Ю. С. Кузнецов [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2023. – Т. 182, № 3. – С. 72-76.

2. Мини-инвазивные хирургические вмешательства в лечении пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени / В. М. Дурлештер, А. В. Андреев, Ю. С. Кузнецов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2020. – № 4. – С. 30-36.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы от: Мамошина Андриана Валерьевича, доктора медицинских наук, доцента, старшего научного сотрудника отделения абдоминальной хирургии отдела торакоабдоминальной онкохирургии федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского" Министерства здравоохранения Российской Федерации и

Плахотникова Ивана Александровича, доктора медицинских наук, профессора, главного врача государственного бюджетного учреждения Донецкой Народной Республики "Республиканская клиническая больница имени М.И. Калинина". Отзывы критических замечаний не содержат.

Выбор официальных оппонентов и ведущей организации обосновывается тем, что специалисты указанных организаций являются известными и признанными учеными данной отрасли медицины, что подтверждается наличием соответствующих научных публикаций, размещенных на сайте: <http://www.ksma.ru>.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: **разработана** новая идея, обогащающая научную концепцию эффективности выполнения миниинвазивных хирургических вмешательств у пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени; **предложены** оригинальные суждения о способах контроля ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с острым панкреатитом тяжелой степени с применением миниинвазивных хирургических методик; **доказана** перспективность применения разработанного комбинированного метода хирургического лечения "3-step" (трехшагового) у больных с острым панкреатитом тяжелой степени с целью минимизации послеоперационных осложнений и улучшения качества хирургической помощи; **введены** новые представления об особенностях течения острого панкреатита тяжелой степени для персонализации подхода к больному на до-, интра- и послеоперационном периодах.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: **доказаны положения, расширяющие представление** о ближайших и отдаленных результатах открытых (лапаротомных) хирургических вмешательств у больных с острым панкреатитом тяжелой степени; **применительно к проблематике диссертации результативно использован** комплекс существующих базовых клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования; **изложены** доказательства целесообразности применения миниинвазивного

комбинированного метода хирургического лечения "3-step" у больных острым панкреатитом тяжелой степени для снижения показателей летальности; **раскрыты** результаты сравнительной оценки эффективности комбинированных миниинвазивных хирургических операций и открытых хирургических вмешательств у больных с острым панкреатитом тяжелой степени; **изучены** основные этиологические факторы развития острого панкреатита тяжелой степени; **проведена модернизация** тактики хирургического лечения пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: **разработаны и внедрены следующие способы:** эндоскопическая папиллосфинктеротомия у пациентов с деструктивным панкреатитом; чресфистульная некрсеквестрэктомия при лечении пациентов с гнойно-деструктивными очагами; дренирование забрюшинного пространства при гнойно-некротическом парапанкреатите; **определены** перспективы применения миниинвазивных технологий при лечении пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени; **создана** система практических рекомендаций по хирургическому ведению пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени; **представлены** предложения по дальнейшему планированию новых направлений клинической работы по исследуемой патологии.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: **теория** построена на известных, проверяемых данных; **идея** базируется на анализе клинической и лабораторной медицинской практики, а также обобщении передового опыта специалистов в области хирургии; **использованы** данные современных методов исследования, общепризнанных в мировой и отечественной науке; **установлено** качественное и количественное соответствие авторских результатов с представленными в независимых источниках по данной тематике; **использованы** современные методики сбора и анализа первичных данных.

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии в планировании и проведении всех этапов исследования и, участии в получении исходных клинических, инструментальных и лабораторных данных, обработке

и интерпретации полученных результатов, подготовке основных публикаций по выполненной работе.

В ходе защиты диссертации были высказаны следующие критические замечания и вопросы:

1. Проводилась ли трансфузия компонентов крови пациентам в обеих группах?

2. Какие методы активной детоксикации проводились пациентам в исследуемых группах?

3. Была ли разница в антибактериальной терапии у пациентов исследуемой группы и группы сравнения?

4. Из текста не вполне понятно, к какому этапу описанного комбинированного метода относится оценка динамики лабораторных показателей, проводимая на 1-е, 7-е и последующие сутки?

5. Вы разработали комбинированный метод "3-step", включающий эндоскопическую папиллосфинктеротомию, дренирование забрюшинного пространства и чресфистульную некрсеквестрэктомия. Какие конкретные преимущества этого метода по сравнению с традиционными открытыми вмешательствами Вы считаете наиболее значимыми, и как они подтверждаются вашими клиническими данными?

6. В Вашем исследовании летальность в группе с методом "3-step" составила 13,5%, а в группе с открытыми вмешательствами – 61,9%. Какие факторы, по Вашему мнению, в наибольшей степени повлияли на такое значительное снижение смертности? Были ли пациенты в этих группах сопоставимы по тяжести состояния на момент включения в исследование?

7. Вы упомянули, что метод "3-step" требует специализированного оборудования и условий. Какие минимальные требования к инфраструктуре и квалификации хирургической команды необходимы для успешного внедрения этого метода в региональных медицинских учреждениях?

8. В перспективах дальнейшей разработки темы Вы указали на необходимость совершенствования миниинвазивных техник. Какие конкретные

направления модификации метода "3-step" Вы считаете наиболее перспективными для дальнейших исследований? Планируете ли Вы изучать отдаленные результаты (например, через 1–3 года) у пациентов, пролеченных этим методом?

Соискатель Кузнецов Ю.С. убедительно ответил на задаваемые ему в ходе заседания вопросы, согласился со всеми замечаниями и привел собственную аргументацию по следующим:

1. Трансфузия эритроцитарной массы, плазмы или других компонентов крови пациентам в группах проводилась строго по показаниям. Но трансфузия не входила в протокол исследования и поэтому не отображена в исследуемых группах.

2. Методы активной детоксикации применялись в обеих группах (плазмаферез, гемосорбция, гемодиализ), но в описанных группах эти методы не указывались. Основной акцент сделан на хирургическую санацию.

3. Для обеих групп эмпирически применялись цефалоспорины III–IV поколения, фторхинолоны, карбапенемы и метронидазол. Терапия была стандартизирована.

4. Оценка лабораторных параметров (амилаза, С-реактивный белок, прокальцитонин) проводилась после завершения всех этапов метода "3-step", а не после каждого этапа. Например, первый этап (эндоскопическая палилосфинктеротомия) выполнялся в срок 1-13 суток, второй (дренирование) – через 1-2 суток после первого, третий (некрсеквестрэктомия) – через 12-14 дней. Динамика анализов на 1, 7, 14, 24 сутки отражает общий послеоперационный период, но не позволяет оценить вклад каждого этапа в изменения показателей.

5. Основные преимущества метода "3-step" включают: минимальную инвазивность, что снижает травматизацию тканей и риски послеоперационных осложнений (например, инфицирование ран, аррозивные кровотечения); поэтапный подход, позволяющий адаптировать лечение под динамику процесса (например, дренирование на ранних этапах предотвращает распространение

некроза); сохранение функции поджелудочной железы за счет точечного удаления некротических масс без повреждения здоровых тканей. Клинические данные подтверждают: снижение летальности с 61,9 % (открытые операции) до 13,5 % ("3-step"); уменьшение частоты осложнений: гнойно-септические процессы – с 30 % до 1,04 %, аррозивные кровотечения – с 21 % до 4,2 %; более быстрое восстановление: койко-дни в отделении интенсивной терапии сократились с 37 до 23, общий койко-день – с 89 до 54. Статистическая значимость ($p < 0,001$) подтверждена для всех ключевых показателей.

6. Факторы, повлиявшие на снижение летальности: раннее дренирование (этап 2) – предотвращает инфицирование некротических очагов; минимизация открытых вмешательств – снижает риски полиорганной недостаточности и сепсиса; точная визуализация при вмешательствах (ультразвуковое исследование, компьютерная томография) – позволяет локализовать патологические очаги и избежать излишней травматизации здоровой ткани поджелудочной железы. Сопоставимость групп: пациенты обеих групп были схожи по возрасту, полу, этиологии (билиарный фактор – 51,6 %), тяжести состояния (шкалы APACHE II, Ranson, SOFA); инструментальные данные (ультразвуковое исследование, компьютерная томография) также не показали значимых различий на момент госпитализации.

7. Для внедрения метода "3-step" необходимы: 1. оборудование: эндоскопическая система с боковой оптикой (дуоденоскоп); УЗИ и КТ-аппараты для динамического контроля; видеолапароскопические инструменты для чресфистульной некрсеквестрэктомии; 2. квалификация команды хирургов и анестезиологов: хирурги с опытом в эндоскопии и малоинвазивной хирургии; высококвалифицированные анестезиологи для работы с тяжелыми (септическими) пациентами; 3. инфраструктура: отделение реанимации с возможностью проведения эфферентных методов детоксикации; протоколы междисциплинарного взаимодействия (хирурги, эндоскописты, реаниматологи); 4. рекомендации: обучение хирургов на базе центров, уже

Гуменюк
Сергей Евгеньевич