

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
ДОКТОРА НАУК

аттестационное дело № _____

решение диссертационного совета от 21.05.2025 № 7

О присуждении Ремизову Станиславу Игоревичу, гражданину России, ученой степени доктора медицинских наук.

Диссертация «Комплексная минимально инвазивная технология хирургического лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом» по специальности 3.1.9. Хирургия, принята к защите 17.02.2025 протокол №2 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 Ремизов Станислав Игоревич, 1987 года рождения. Диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Оптимизация метода восходящего газо-жидкостного потока в лечении распространенного перитонита» защитил в 2017 году, в диссертационном совете Д 208.038.01, созданном на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Работает врачом-онкологом отделения абдоминальной онкологии государственного бюджетного учреждения здравоохранения

«Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Краснодарского края, а также в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре хирургии № 3 в должности ассистента.

Диссертация выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре хирургии № 3.

Научный консультант – доктор медицинских наук Андреев Андрей Викторович, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургии № 2, профессор кафедры.

Официальные оппоненты:

1. Дюжева Татьяна Геннадьевна (гражданка России), доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, кафедра госпитальной хирургии, профессор кафедры;

2. Коханенко Николай Юрьевич (гражданин России), доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра факультетской хирургии им. профессора А.А. Русанова, заведующий кафедрой;

3. 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, кафедра госпитальной хирургии № 2 с клиникой имени академика Ф.Г. Углова, заведующий кафедрой – дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация – государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», в своём положительном заключении, подписанном Рогалем Михаилом Леонидовичем, доктором медицинских наук, профессором, заместителем директора по научной работе ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», указала, что "диссертация полностью соответствует требованиям п. 9 "Положения о присуждении ученых степеней" ..., а ее автор заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия".

Соискатель имеет 33 опубликованных работ, все по теме диссертации, из них в рецензируемых научных изданиях опубликовано 16 работ. Краткая характеристика работ (вид, количество, объем в страницах, творческий вклад в %): статьи в журналах – 16, 140, 80; патенты на изобретение – 6, 55, 80; материалы конференций – 11, 24, 90. В диссертации отсутствуют недостоверные сведения об опубликованных соискателем ученой степени работах.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Результаты применения чресфистульной видеоскопической некрсеквестрэктомии при гнойно-некротическом парапанкреатите / С.И. Ремизов, А.В. Андреев, В.М. Дурлештер [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2022. – Т. 27, № 2. – С. 73-81.
2. Модифицированный метод чрескожного дренирования острых некротических скоплений у пациентов с инфицированным

панкреонекрозом / С.И. Ремизов, А.В. Андреев, В.М. Дурлештер [и др.] // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2023. – № 11. – С. 47-55.

3. Минимально инвазивное хирургическое лечение при острых некротических скоплениях с преобладанием тканевого компонента у пациентов с гнойно-некротическим парапанкреатитом / С.И. Ремизов, А.В. Андреев, В.М. Дурлештер [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2024. – Т. 30, № 2. – С. 12-18.

На автореферат диссертации поступили отзывы от: Гольцова Валерия Ремировича, доктора медицинских наук, профессора, преподавателя кафедры военно-морской хирургии федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации; Дарвина Владимира Васильевича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой хирургических болезней бюджетного образовательного учреждения высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры "Сургутский государственный университет"; Ившина Владислава Геннадьевича, доктора медицинских наук, доцента, профессора кафедры хирургических болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тульский государственный университет»; Охотникова Олега Ивановича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 2 областного бюджетного учреждения здравоохранения «Курская областная многопрофильная клиническая больница» Министерства здравоохранения Курской области, профессора кафедры лучевой диагностики и терапии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 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 научная концепция комплексного минимально инвазивного хирургического лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом под контролем методов медицинской визуализации на основании дифференцированного подхода к выбору способа хирургического лечения; **предложены** оригинальные способы минимально инвазивных вмешательств учитывающие соотношение экссудативного и тканевого компонентов в острых некротических скоплениях, а также конституциональные особенности, топографо-анатомические ориентиры и размеры патологического очага у пациентов с инфицированным панкреонекрозом; **доказана** перспективность описанных идей в лечении инфицированного панкреонекроза в научной и практической деятельности; **введены** новые представления относительно тактики хирургического минимально инвазивного лечения, которая предусматривает смену этапов на основании объективных методов контроля течения патологического процесса с помощью способов медицинской визуализации;

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: **доказаны положения, расширяющие представление** о возможностях применения минимально инвазивных методик в лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом; **применительно к проблематике диссертации результативно использован** комплекс существующих базовых клинических и лабораторных методов исследования; **изложены** положения об эффективности комплексной минимально инвазивной технологии в лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом в сравнении с открытыми методиками хирургического лечения, что выражается в более низких показателях

летальности, частоты осложнений, длительности госпитализации; **раскрыты** возможности применения минимально инвазивных вмешательств у пациентов с инфицированным панкреонекрозом; **изучена** роль УЗИ в диагностике местных осложнений у пациентов с острым панкреатитом, обоснован дифференцированный подход к выбору способа минимально инвазивного хирургического лечения; **проведена модернизация** тактики хирургического лечения, основанная на этапном подходе с использованием разработанных методов минимально инвазивных вмешательств.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что **разработаны и внедрены** способ чресфистульной видеоскопической некрсеквестрэктомии при гнойно-некротическом парапанкреатите, способ дренирования забрюшинного пространства при гнойно-некротическом парапанкреатите, способ дренирования инфицированного пространства при хирургическом лечении панкреонекроза, способ обеспечения доступов в сальниковую сумку и забрюшинное пространство при гнойно-некротическом парапанкреатите, способ видеоскопической некрсеквестрэктомии при некротическом парапанкреатите без экссудативного поражения забрюшинного пространства, способ сканирования поджелудочной железы при панкреонекрозе; **определены** перспективы использования и применения минимально инвазивных технологий в лечении инфицированного панкреонекроза; **создана** система практических рекомендаций по диагностике и лечению инфицированного панкреонекроза на основе результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований; **представлены** предложения по дальнейшему планированию новых направлений клинической работы по исследуемой патологии.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: **теория** диссертации построена на известных, проверяемых фактах и согласуется с опубликованными данными по диссертации; **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 заданы следующие вопросы:

1. Как устанавливали факт инфицирования панкреонекроза и на какие сутки это происходило?
2. Что Вы делали, если выявляли, что дренаж проведён через желудок, толстую кишку? И чем это заканчивалось?
3. В Вашей больнице хирурги не оперируют острый панкреатит?
4. Не считаете ли Вы, что разница в осложнениях между группами В и С (25% и 16,7%) – это Ваш опыт?
5. Как осуществлялся выбор регламента послеоперационного санирования дренированных патологических очагов?
6. Какие препараты для послеоперационного промывания патологических очагов предпочтительней использовать?
7. На чём основан выбор временного интервала для оценки эффективности проводимого лечения?

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

1. Факт инфицирования острых некротических скоплений подтверждался результатами клинико-лабораторных данных, а именно: прогрессированием

симптомов ССВР, маркеров острого воспаления (повышение фибриногена в 2 раза и более, высокие показатели СРБ, прокальцитонина и др.), чаще всего, с третьей недели от начала заболевания, а также на основании данных методов лучевой диагностики: нарастание в процессе наблюдения размеров жидкостных скоплений, объёма некротических тканей и наличия пузырьков газа.

2. Факт проведения дренажа через просвет полого органа в ряде случаев приводил к образованию дигестивных (кишечных) свищей, которые были выявлены у 5,3% пациентов в подгруппе А, у 2,9% в В и у 1,5% в С. Они были диагностированы на 4-5 сутки после вмешательства по поступлению содержимого полого органа через установленные дренажи и подтверждены данными фистулографии. Открытые хирургические вмешательства не потребовались, облитерация свищей наступила после санации патологической полости и постепенного подтягивания дренажей.

3. Предложенная комплексная минимально инвазивная технология хирургического лечения требует высокой квалификации хирурга, владеющего приёмами ультразвуковой диагностики, так как данные операции находятся на стыке специальностей ультразвуковой диагностики и хирургии. В связи с этим хирургические вмешательства проводились в специализированном рентген-хирургическом отделении нашей больницы. Эффективность предлагаемой минимально инвазивной технологии обусловлена тем, что количество традиционных открытых вмешательств при данной патологии прогрессивно сокращалось и в последнее время они практически не выполняются.

4. В процессе проведённого исследования достоверных различий в количестве периоперационных осложнений в основных подгруппах В и С не было, так как техника выполнения минимально инвазивных вмешательств не отличалась. Однако наметилась отчётливая тенденция в появлении достоверности различий, что может быть подтверждено при дальнейшем накоплении фактического материала.

5. На этапе апробации и внедрения методики промывание осуществляли в двух режимах: непрерывно и фракционно. При непрерывном варианте введения

промывной жидкости, часть объёма всасывалась в забрюшинной клетчатке (по результатам КТ и чресфистульного УЗИ не визуализировались вновь образовавшиеся затёки жидкости). К тому же при таком варианте не было уверенности в эффективном промывании патологических полостей, о чём свидетельствовало отсутствие фрагментов некротических тканей в промывных водах. В связи с этим осуществляли фракционное промывание полостей с частотой 4 раза в сутки до появления визуально чистых промывных вод. Эффективность данного способа была выше, о чём свидетельствовали отходящие при промывании секвестры. Такая частота промывания была обусловлена как практической целесообразностью, так и организационными возможностями.

6. В процессе проведённого исследования для промывания патологических полостей мы использовали водные растворы антисептиков, в основном, 0,2% раствор хлоргексидина. Вопрос об эффективности купирования патологического процесса в зависимости от вида применяемого антисептика является актуальным, однако требует проведения отдельного исследования. Основной задачей при промывании была необходимость механического промывания дренажей и патологической полости, а также удаление экссудата с фрагментами секвестров; антибактериальным свойствам раствора придавалось второстепенное значение.

7. Оценка эффективности проведённого вмешательства в основной подгруппе В проводилась через 72 часа после первичного оперативного вмешательства согласно алгоритму, описанному в ретроспективном многоцентровом исследовании PANTER. В процессе исследования было установлено, что изменения клинико-лабораторных данных у 86,8% пациентов подгруппы В были зафиксированы позднее, начиная со второй недели. Это свидетельствовало о том, что время для оценки эффективности проводимого лечения может быть увеличено до 6 суток.

На заседании 21 мая 2025 г. диссертационный совет принял решение за разработку теоретических положений, совокупность которых можно

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 20 человек, из них 9 докторов наук по специальности рассматриваемой диссертации 3.1.9. Хирургия, участвовавших в заседании из 25 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за – 20, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Chen

Скибицкий Виталий Викентьевич



Гуменюк Сергей Евгеньевич

21.05.2028

