

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 02.12.2025 №18

О присуждении Шуброву Эрику Николаевичу, гражданину России, ученой степени кандидата медицинских наук.

Диссертация "Оптимизация пластического закрытия послеоперационного раневого дефекта крестцово-копчиковой области после иссечения пилонидальной кисты" по специальности 3.1.9. Хирургия, принята к защите 24.09.2025, протокол №15, 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 Шубров Эрик Николаевич, 1989 года рождения. В 2013 году соискатель окончил государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации. С 2022 по 2025 гг. 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 №1. Работает врачом-хирургом отделения гнойной хирургии государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского" 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 №1.

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Барышев Александр Геннадиевич, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургии №1, заведующий кафедрой.

Официальные оппоненты:

1. Сергацкий Константин Игоревич (гражданин России) – доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Пензенский государственный университет", кафедра хирургии Медицинского института, профессор кафедры;

2. Грошили Виталий Сергеевич (гражданин России) – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ростовский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургических болезней №2, заведующий кафедрой – дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ставропольский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ставрополь, в своём положительном заключении, подписанном Лаврешиным Петром Михайловичем, доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой общей хирургии, 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 7 опубликованных работ, все по теме диссертации, из них в рецензируемых научных изданиях опубликовано 4 работы. Краткая характеристика работ (вид, количество, объем в страницах, творческий вклад в %): статьи в журналах – 3, 28, 80; материалы конференций – 3, 9, 80; патент на изобретение – 1, 12, 80. В диссертации отсутствуют недостоверные сведения об опубликованных соискателем ученой степени работах.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Шубров, Э.Н. Новый способ пластического закрытия раневого дефекта после иссечения пилонидальной кисты / Э.Н. Шубров, А.Г. Барышев, К.В. Триандафилов // Колопроктология. – 2024. – Т. 23, № 1. – С. 129-135.

2. Изучение ближайших и отдаленных результатов, а также косметических эффектов применения нового способа закрытия раневого дефекта крестцово-копчиковой области после иссечения пилонидальной кисты / Э.Н. Шубров, А.Г. Барышев, К.В. Триандафилов, И.М. Кохановский // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2024. – Т. 19, № 1. – С. 50-55.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы от: Климашевича Александра Владимировича, доктора медицинских наук, ведущего научного сотрудника государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Московский многопрофильный научный клинический центр имени С.П. Боткина" Департамента здравоохранения города Москвы и Михина Игоря Викторовича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой факультетской хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Волгоградский 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 идея, дополняющая научную концепцию оценки эффективности алгоритма выбора оптимальной хирургической тактики при лечении пациентов с пилонидальной кистой крестцово-копчиковой области; **предложены** оригинальные суждения о перспективах применения разработанного способа пластического закрытия послеоперационного раневого дефекта крестцово-копчиковой области после иссечения пилонидальной кисты; **доказано**, что применение нового способа снижает частоту рецидивов и ближайших послеоперационных осложнений, улучшает косметические результаты операции; **введены** новые представления о необходимости проведения МРТ-исследования для диагностики пилонидальной кисты крестцово-копчиковой области, что позволяет существенно повысить точность предоперационного планирования и снизить риск рецидивов.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: **доказаны** положения, расширяющие представления об оперативных подходах к больным с пилонидальной кистой; **применительно к проблематике диссертации результативно использован** комплекс существующих базовых клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования; **изложены** результаты оценки качества жизни пациентов, оперированных по поводу пилонидальной кисты в группе применения авторского способа и в группе, оперированной по методике Vascom II; **раскрыты** возможности проведения магнитно-резонансной томографии крестцово-копчиковой области для выбора способа оперативного лечения пилонидальной кисты; **изучено** влияние различных способов радикального лечения пилонидальной кисты на исход и результаты лечения; **проведена модернизация** способа радикального хирургического лечения пилонидальной кисты крестцово-копчиковой области.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: **разработан и внедрен** новый способ пластического закрытия послеоперационного раневого дефекта крестцово-копчиковой области после иссечения пилонидальной кисты; **определены** перспективы применения

нового способа радикального лечения пилонидальной кисты с другими хирургическими подходами или методиками; **создана** система практических рекомендаций по диагностике и оперативному лечению пилонидальной кисты 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** 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 критических замечаний не возникло. Были высказаны следующие вопросы:

1. Чем можно объяснить снижение частоты развития рецидивов после лечения у пациентов в основной группе?
2. Какие преимущества, разработанной Вами техники операции позволили достигнуть снижения продолжительности пребывания больных в стационаре?
3. Какова была тактика лечения пациентов при рецидивах пилонидальной кисты в сравниваемых группах?
4. Чем, по Вашему мнению, можно объяснить более выраженную интраоперационную кровопотерю у пациентов, перенесших оригинальную оперативную методику, по сравнению с больными при выполнении вмешательства по Vascom II?

5. Почему в названии изучаемой патологии Вы руководствуетесь термином "пилонидальная киста", тогда как в Национальных клинических рекомендациях и отечественной терминологии общепринят и прописан термин "Эпителиальный копчиковый ход"?

6. На каком основании всем пациентам с раннего послеоперационного периода проводилась эмпирическая антибиотикотерапия в отсутствии воспалительных и нагноительных осложнений, на основании каких нормативных документов, либо клинических рекомендаций был использован перорально ципрофлоксацин? Вы указываете, что проводили для дальнейшей антибактериальной терапии бакпосевы, какой биоматериал и каким образом для этого забирался?

7. Сохранение петлевых швов на срок 21-23 дня, а также захват оригинальными швами фасции не создает ли риска вторичного инфицирования и нагноительных осложнений ввиду фитильных свойств нитей и постоянной тракции выбранной фасции при сокращении ягодичных мышц?

8. С какой целью пациентам после операции, при отсутствии выраженного болевого синдрома (1-3 балла ВАШ) назначали парацетамол в дозировке 500 мг х 4 раза в сутки, какими рекомендациями или стандартами лечения регламентируется подобная схема и отмечались ли известные побочные эффекты парацетамола?

Соискатель Шубров Э.Н. убедительно ответил на задаваемые ему в ходе заседания вопросы, согласился со всеми замечаниями и привел собственную аргументацию по следующим:

1. В основной группе пациентов выполнялось радикальное иссечение всех элементов пилонидальной кисты без экономии мягких тканей в отличие от контрольной группы. При этом отсутствовали опасения относительно невозможности пластического закрытия послеоперационного дефекта – благодаря специально разработанной технике: мобилизация ягодичной фасции и мышцы с последующим: - перераспределением механической нагрузки – с кожно-подкожно-жирового лоскута на ушитую съёмными швами ягодичную фасцию; - надёжным закрытием даже обширных раневых дефектов; -

профилактикой несостоятельности швов и некроза кожных лоскутов.

Оптимизированная система дренирования, включающая: - перфорированный однопросветный дренаж для дренирования субфасциального слоя раны; - съёмные швы с их перемещением вдоль раны для дренирования эпифасциального слоя раны. Данная тактика обеспечивала эвакуация раневого отделяемого с профилактикой развития нагноения раны. Комплексное применение указанных технических приёмов позволило добиться значимого снижения частоты рецидивов в основной группе по сравнению с контрольной.

2. В ходе анализа факторов, обуславливающих увеличение продолжительности госпитализации, установлено, что ключевой причиной данного явления выступает повышенная частота развития гнойных осложнений в области послеоперационной раны. Снижения частоты развития гнойных осложнений в основной группе удалось добиться благодаря радикальному иссечению всех элементов пилонидальной кисты, гарантирующему полное удаление патологически изменённых тканей; оптимизированной мобилизации тканей с тщательным контролем натяжения, что позволило исключить риск краевого некроза кожных лоскутов, обеспечить анатомически корректное сопоставление краёв раны; перераспределению механической нагрузки на фасцию посредством: применения съёмных швов на фасции; системе дренирования, включающей качественное отведение содержимого из эпифасциального слоя раны за счет съёмных швов и из субфасциального слоя за счет перфорированного проточно-промывного дренажа. Именно применение данных оперативных приемов позволило снизить время пребывания в стационаре в основной группе.

3. При рецидиве пилонидальной кисты с большим вниманием относились к проблеме, чем при первичной пилонидальной кисте. Для этого в обязательном порядке на предоперационном этапе нами выполнялось магнитно-резонансное томографическое исследование крестцово-копчиковой области. Данная диагностическая процедура преследовала три ключевые цели: четкая визуализация всех элементов пилонидальной кисты; исключение вовлечения костных структур в патологический процесс; оценка анатомических условий

для последующего пластического закрытия раневого дефекта. Такой алгоритм позволил радикально иссечь все элементы пилонидальной кисты, и закрыть кожный дефект без натяжения тканей и последующего некроза кожи.

4. Объем кровопотери в сравниваемых группах был небольшой. Более выраженная интраоперационная кровопотеря, зафиксированная в основной группе, имеет объективное объяснение и напрямую связана с особенностями разработанной методики пластического закрытия раневого дефекта в крестцово-копчиковой области после иссечения пилонидальной кисты. Ключевыми техническими элементами данной методики, обуславливающими повышенный объем кровопотери, являются рассечение ягодичной фасции, мобилизация ягодичной фасции и мышцы. Указанные манипуляции, несмотря на сопряжённый с ними рост интраоперационной кровопотери, обеспечивают: более широкую мобилизацию тканей, необходимую для адекватного пластического закрытия дефекта; снижение натяжения в зоне швов, что способствует улучшению условий заживления; минимизацию риска послеоперационных осложнений, связанных с избыточным натяжением тканей. Таким образом, наблюдаемое увеличение объема кровопотери следует рассматривать как закономерное следствие применения расширенного оперативного протокола, направленного на оптимизацию отдалённых результатов хирургического лечения.

5. В ходе исследования нами использовался термин "пилонидальная киста" в соответствии с официальной классификацией МКБ-10. В данной классификации рассматриваемая нозологическая форма кодируется и трактуется именно как "пилонидальная киста", предусматривая два клинических варианта: пилонидальная киста с абсцессом и пилонидальная киста без абсцесса. Выбор указанной терминологии обусловлен необходимостью соблюдения унифицированных диагностических критериев и обеспечения соответствия современным международным стандартам классификации заболеваний.

6. В рамках предоперационной антибиотикопрофилактики пациентам назначался ципрофлоксацин перорально в дозировке 500 мг дважды в сутки.



Выбор данного антибактериального препарата обусловлен его широким спектром антимикробной активности в отношении наиболее вероятных возбудителей инфекции при пилонидальной кисте. Для персонализации антибактериальной терапии выполнялся забор отделяемого из свищевых ходов с последующим бактериологическим посевом. Данное исследование позволяло идентифицировать конкретного возбудителя инфекционного процесса, определить чувствительность выделенного микроорганизма к антибактериальным препаратам. На основании результатов бактериологического исследования проводилась коррекция схемы антибиотикотерапии – при необходимости осуществлялся переход на препарат с оптимальным профилем антимикробной активности в соответствии с данными о чувствительности выделенной микрофлоры.

7. В ходе хирургического вмешательства применялись монофиламентные нерассасывающиеся нити, обеспечивающие надёжную фиксацию фасции. В раннем послеоперационном периоде осуществлялось контролируемое перемещение нитей вдоль раневого канала. Данная техническая методика позволила: исключить проявление фитильных свойств шовного материала (благодаря монофиламентной структуре нитей, которая препятствует капиллярному проникновению микроорганизмов в глубину тканей); минимизировать риск вторичного инфицирования (за счёт отсутствия пор и микротрещин в структуре монофиламентных нитей, что существенно снижает вероятность колонизации патогенной флорой); предупредить развитие нагноительных процессов (посредством регулярного перемещения нитей вдоль раны, обеспечивающего адекватную эвакуацию раневого отделяемого и профилактику образования полостей). Таким образом, комплексное применение монофиламентных нерассасывающихся нитей в сочетании с их перемещением создало благоприятные условия для асептического заживления послеоперационной раны и существенно снизило вероятность гнойно-воспалительных осложнений.

8. Согласно инструкции по применению, парацетамол показан при болевом синдроме слабой и умеренной интенсивности различного генеза. Выбранный

режим дозирования соответствует клиническим рекомендациям по послеоперационному обезболиванию. При соблюдении рекомендованного режима дозирования и не превышении максимальной суточной дозы (4 г парацетамола) частота побочных эффектов сопоставима с частотой побочных эффектов при приёме плацебо.

На заседании 02 декабря 2025 г. диссертационный совет принял решение за разработку теоретических положений, совокупность которых можно квалифицировать как решение научной задачи, имеющей важное значение для развития хирургии – улучшение результатов лечения пациентов с пилонидальной кистой при помощи использования нового способа пластического закрытия послеоперационного раневого дефекта крестцово-копчиковой области – присудить Шуброву Э.Н. ученую степень кандидата медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 21 человека, 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 – 21, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель  
диссертационного совета 21.2.014.04,  
академик РАН,  
доктор медицинских наук  
профессор

Ученый секретарь  
диссертационного совета 21.2.014.04,  
доктор медицинских наук  
профессор



Порханов  
Владимир Алексеевич

Гуменюк  
Сергей Евгеньевич

02.12.2025 г.