

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 22.09.2026 №18

О присуждении Доронину Николаю Владимировичу, гражданину России, ученой степени кандидата медицинских наук.

Диссертация "Реконструкция промежностной раны после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки" по специальностям: 3.1.9. Хирургия и 3.1.6. Онкология, лучевая терапия принята к защите 03.06.2026, протокол № 7, 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 Доронин Николай Владимирович, 1990 года рождения. В 2014 году соискатель окончил государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Ставропольский 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 общей хирургии. Работает врачом-онкологом отделения абдоминальной онкологии № 2 государственного бюджетного учреждения

здравоохранения "Клинический онкологический диспансер № 1" министерства здравоохранения Краснодарского края.

Диссертация выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре общей хирургии.

Научный руководитель – доктор медицинских наук, доцент Половинкин Вадим Владимирович, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общей хирургии, заведующий кафедрой.

Официальные оппоненты:

1. Лаврешин Петр Михайлович (гражданин России), доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ставропольский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общей хирургии, заведующий кафедрой;

2. Невольских Алексей Алексеевич (гражданин России), доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное бюджетное учреждение "Научный медицинский исследовательский центр радиологии" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Медицинский радиологический научный центр имени А.Ф. Цыба, заместитель директора по лечебной работе – 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 Царьковым Петром Владимировичем, доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой хирургии и Балабаном Владимиром

Владимировичем, доктором медицинских наук, доцентом, профессором кафедры хирургии указала, что "диссертация соответствует требованиям п. 9 "Положения о присуждении ученых степеней"..., а ее автор ... заслуживает присуждения искомой степени кандидата медицинских наук по специальностям: 3.1.9. Хирургия и 3.1.6. Онкология, лучевая терапия (медицинские науки)".

Соискатель имеет 12 опубликованных работ, все по теме диссертации, из них в рецензируемых научных изданиях опубликовано 6 работ. Краткая характеристика работ (вид, количество, объем в страницах, творческий вклад в %): статьи в журналах – 4, 28, 70; материалы конференций – 5, 8, 80; патенты – 3, 24, 50. В диссертации отсутствуют недостоверные сведения об опубликованных соискателем ученой степени работах.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Reconstruction of the pelvic floor and perineal wound after extralevator abdominoperineal resection of the rectum / V. V. Polovinkin, N. V. Doronin, R. M. A. Shiraliev, A. N. Petrovsky // *Techniques in Coloproctology*. – 2025. – Vol. 29, No. 1. – P. 21. – <https://doi.org/10.1007/s10151-024-03031-0>.

2. Реконструкция промежностной раны и тазового дна после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки: новое решение проблемы (результаты многоцентрового рандомизированного исследования) / В. В. Половинкин, Н. В. Доронин, Р. М. А. Ширалиев [и др.] // *Колопроктология*. – 2026. – Т. 25, № 1(95). – С. 81-91.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы от: Грошилина Виталия Сергеевича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой хирургических болезней № 2 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Ростовский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации и Карачуна Алексея Михайловича, доктора медицинских наук, доцента, заведующего отделением абдоминальной онкологии, ведущего научного сотрудника, врача-онколога федерального

государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова" 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, обогащающая научную концепцию повышения эффективности результатов лечения пациентов с раком нижнеампулярного отдела прямой кишки путем внедрения предложенного алгоритма выбора способа пластики; **предложены** оригинальные суждения о целесообразности выделения двух лоскутов: деэпителизированного кожно-подкожно-фасциального или кожно-подкожно-мышечного лоскута с одной стороны раны в сочетании с перемещением треугольного кожно-подкожно-фасциального лоскута с другой стороны раны; **доказана** перспективность применения предложенного способа пластики раны после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки у пациентов высокого риска развития осложнений; **введены** новые представления о возможностях модификации предложенного способа с включением в лоскут медиальной порции большой ягодичной мышцы у пациентов с дефицитом массы тела и объема мягких тканей.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: **доказаны** положения, вносящие вклад в расширение представлений о прогнозировании индивидуальных рисков развития послеоперационных осложнений на основе пилотной нейросетевой модели; **применительно к проблематике диссертации результативно использован** комплекс существующих базовых методов исследования, включая клинические, инструментальные; **изложены**

положения, обосновывающие целесообразность применения разработанного способа пластики промежностной раны после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки для снижения интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде; **раскрыты** результаты сравнительной оценки эффективности традиционных (простая пластика и пластика сетчатым эндопротезом) и новых методов пластики промежностной раны после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки; **изучены** факторы риска развития осложнений пластики промежностной раны после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки; **проведена модернизация** существующих алгоритмов хирургической тактики выбора способа пластики после промежностной раны после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: **разработан и внедрен** способ пластики дефекта промежности после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу нижнеампулярного рака; **определены** перспективы применения разработанных подходов в других областях хирургии; **создана** система практических рекомендаций по прогнозированию риска развития ранних послеоперационных осложнений промежностной раны и обоснованию выбора метода реконструкции; **представлены** методические рекомендации по применению предложенного алгоритма выбора способа пластики промежностной раны после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки в многопрофильных медицинских учреждениях.

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 и онкологии; **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, обработке и интерпретации полученных результатов, подготовке основных публикаций по выполненной работе.

В ходе защиты диссертации критических замечаний не возникло. Были высказаны следующие вопросы:

1. В работе описана модификация нового способа с включением медиальной порции большой ягодичной мышцы у пациентов с дефицитом массы тела. Какими критериями Вы руководствовались для принятия решения о необходимости включения мышечного компонента, и не увеличивало ли это травматичность операции?

2. Частота ранних послеоперационных осложнений при новом способе была ниже, однако не достигла статистической значимости ($p=0,17$). Тем не менее, в выводах и практических рекомендациях Вы позиционируете метод как эффективный для снижения осложнений. Не считаете ли Вы, что для окончательного утверждения преимущества требуются дальнейшие исследования с большей выборкой?

3. Почему было принято решение о невключении в исследование пациентов с плоскоклеточным раком прямой кишки; у этих пациентов очень часто приходится выполнять обширные резекции мышечно-связочного аппарата тазового дна, при этом оценка выживаемости и онкологических результатов лечения в целом не были задачами диссертационной работы.

4. В положении 1, выносимом на защиту, Вы сделали вывод о том, что применение нового разработанного автором способа пластики промежностного дефекта снижает интенсивность болевого синдрома и повышает качество жизни. За счет чего достигаются эти эффекты? Почему при формировании дополнительных лоскутов болевой синдром ниже, чем при простом ушивании раны?

5. За счет чего достигается более высокое качество жизни при использовании нового способа пластики тазового дна? Объяснялось ли это только различиями в интенсивности болевого синдрома или влияли еще какие-то другие факторы?

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

1. Решение о включении мышечного компонента (медиальной порции большой ягодичной мышцы) в состав лоскута принималось интраоперационно на основе оценки объёма подкожно-жировой клетчатки в зоне формируемого лоскута. Основным критерием являлся индекс массы тела менее 22–23 кг/м², а также визуально определяемый дефицит мягких тканей промежности, при котором один только кожно-подкожно-фасциальный лоскут не позволял адекватно заполнить обширный тазово-промежностный дефект. Включение мышечной порции выполнялось по разработанной методике (патент на изобретение № 2840826) и было направлено на достижение двух целей: во-первых, увеличение объёма перемещаемых тканей для полноценного заполнения "мёртвого пространства" малого таза; во-вторых, улучшение васкуляризации лоскута за счёт сохранения мышечных перфорантов. Что касается травматичности, мы признаём, что мобилизация мышечного компонента объективно увеличивает операционную травму по сравнению с пластикой только кожно-подкожным лоскутом, однако это вмешательство выполняется в пределах той же операционной зоны и не требует дополнительных разрезов. В нашей серии наблюдений (n=50) частота осложнений, связанных с донорской зоной, была минимальной: некроз краёв лоскута отмечен в 2 случаях (4%), что сопоставимо с данными литературы для аналогичных лоскутных методик. Мы считаем, что умеренное увеличение травматичности оправдано у пациентов с дефицитом массы тела, поскольку оно позволяет избежать более серьёзных проблем – несостоятельности швов, длительного заживления и формирования промежностных грыж.

2. Совершенно согласен с уважаемым оппонентом: для окончательного

статистического подтверждения преимущества по частоте ранних осложнений действительно требуются дальнейшие многоцентровые исследования с большей выборкой. Я полностью разделяю эту точку зрения и указываю на это в разделе "Перспективы дальнейшей разработки темы" (стр. 109 диссертации). Вместе с тем, на сегодняшний день мы рассматриваем полученные данные как клинически значимую тенденцию: снижение частоты ранних осложнений с 32% (простое ушивание) и 24% (пластика сеткой) до 16% (новая пластика) является ощутимым в практическом плане. Отсутствие статистической значимости, вероятно, связано с недостаточной мощностью выборки для выявления различий именно по этому показателю (расчёт был выполнен по первичной конечной точке – частоте промежностных грыж, где различия более выражены). Кроме того, наша рекомендация основана не только на частоте ранних осложнений, но и на совокупности других преимуществ: достоверное снижение болевого синдрома в первые 5 суток ($p < 0,05$), улучшение качества жизни через 6 месяцев ($p < 0,0001$ по компоненту "Боль и дискомфорт" и по шкале EQ-VAS), а также существенное снижение частоты поздних осложнений (2% против 14% и 14%, $p = 0,07$ – хотя и без строгой значимости, но с явным клиническим преимуществом). Именно эта интегральная картина позволяет нам рекомендовать новый метод для широкого применения, особенно у пациентов с высоким риском осложнений, при этом мы открыто признаём необходимость продолжения исследований с увеличением выборки и удлинением срока наблюдения.

3. Решение не включать пациентов с плоскоклеточным раком прямой кишки было принято по нескольким причинам. Во-первых, плоскоклеточный рак анального канала и нижеампулярного отдела прямой кишки имеет отличную от аденокарциномы биологию, иную тактику лечения (во многих случаях – органосохраняющая химиолучевая терапия, а хирургическое вмешательство применяется при рецидивах или неэффективности консервативного лечения) и отличается по характеру инвазии и объёму оперативного вмешательства. Кроме того, лучевая нагрузка на ткани

облучаемых зон значительно выше при лечении плоскоклеточного рака анального канала, в сравнении с неoadьювантной химиолучевой терапией аденокарциномы средне-нижнеампулярного рака прямой кишки, что может значимо повлиять на процессы заживления. Включение таких пациентов в одну когорту с аденокарциномой могло бы внести существенную гетерогенность и затруднить интерпретацию результатов реконструкции промежностной раны, которая была основной целью нашей работы. Во-вторых, как справедливо отметил оппонент, оценка онкологических результатов (выживаемость, частота рецидивов) не входила в задачи нашего исследования, поэтому мы сознательно ограничили выборку пациентами с наиболее распространённым гистологическим типом — аденокарциномой, для которой существуют стандартизированные подходы к хирургическому лечению и оценке качества мезоректумэктомии. Это позволило нам получить более гомогенную и сопоставимую выборку для сравнения методов пластики. Вместе с тем я полностью согласен, что у пациентов с плоскоклеточным раком проблема реконструкции промежностного дефекта стоит не менее остро, и в перспективе было бы интересно провести отдельное исследование, адаптировав разработанный способ пластики для этой категории больных.

4. Снижение болевого синдрома при использовании нового способа пластики (медиана баллов по NRS на 1-е сутки: 4,0 против 5,0 при простом ушивании и 5,0 при пластике сеткой, $p=0,005$; на 3-и сутки: 3,0 против 4,0 и 4,0, $p=0,002$) объясняется несколькими патофизиологическими механизмами. Ключевым фактором является отсутствие натяжения тканей в зоне ушивания. При простом послойном ушивании раны (или при пластике сетчатым эндопротезом) неизбежно возникает натяжение краёв раны, особенно в условиях обширного дефекта, что приводит к ишемии тканей, раздражению болевых рецепторов и поддерживает хронический болевой синдром. При новом способе пластики мы закрываем глубокий дефект путём перемещения двух хорошо васкуляризированных лоскутов, которые свободно заполняют полость без жёсткой фиксации, а кожа ушивается отдельными узловыми швами без

натяжения, поскольку размер кожного лоскута (№ 2, треугольный) специально рассчитывается для свободного перемещения. Таким образом, источник боли – механическое растяжение тканей – практически отсутствует. Кроме того, использование лоскутов на питающей ножке обеспечивает сохранённое кровоснабжение и раннее начало репаративных процессов, что также снижает воспалительную и ишемическую боль. Дополнительным аспектом является то, что при новой пластике мы не фиксируем глубокие слои швами, что уменьшает количество инородного материала (шовного материала) в ране, а значит, и местной воспалительной реакции. Таким образом, парадоксально, но формирование дополнительных лоскутов, казалось бы, должно увеличивать травму, однако благодаря продуманной биомеханике закрытия дефекта оно позволяет избежать главного источника боли – натяжения тканей, что и подтверждается полученными данными.

5. Повышение качества жизни у пациентов 1-й группы (новая пластика) – результат комплексного действия нескольких факторов, а не только снижения острой боли. По данным опросника EQ-5D-3L через 6 месяцев после операции, статистически значимые различия между группами наблюдались по компоненту "Боль и дискомфорт" (медиана 1 балл – "незначительная проблема" в группе новой пластики против 2 баллов – "значительная проблема" в группах сравнения, $p < 0,0001$) и по интегральной оценке здоровья по EQ-VAS (80 баллов против 70 баллов, $p < 0,0001$). Однако, помимо болевого компонента, существенный вклад в улучшение качества жизни вносили следующие аспекты. Снижение частоты поздних осложнений. У пациентов с новой пластикой промежностные грыжи развились лишь в 1 случае (2%), тогда как в группах простого ушивания и пластики сеткой – в 4 (8%) и 3 (6%) соответственно. Свищи и абсцессы также встречались реже. Эти осложнения, как правило, требуют повторных госпитализаций, хирургических вмешательств, длительного консервативного лечения и существенно ухудшают повседневную активность и психоэмоциональное состояние. Меньшая частота хронического болевого синдрома (сохраняющегося более 3 месяцев): в группе новой

пластики – 4% (2/50), против 12% (6/50) при простом ушивании и 6% (3/50) при пластике сеткой. Хроническая тазовая боль сама по себе является мощным депрессогенным фактором и ограничивает физическую активность. Отсутствие дискомфорта, связанного с наличием инородного тела (в случае пластики сетчатым эндопротезом) или грубых рубцовых изменений при простом ушивании. Новая пластика обеспечивает более физиологичное заполнение дефекта собственными тканями, что субъективно воспринимается пациентами лучше. Более ранняя активизация пациентов благодаря меньшей боли, что способствует более быстрому восстановлению двигательной функции и возвращению к привычной жизни. Таким образом, улучшение качества жизни складывается из суммарного эффекта: снижение острой и хронической боли, уменьшение числа осложнений, требующих дополнительного лечения, и более быстрое функциональное восстановление. Эти выводы полностью соответствуют результатам нашей работы.

В ходе защиты диссертации были заданы вопросы, касающиеся обоснования первичной конечной точки и критериев включения пациентов по стадиям, определения объёма операции, критериев включения мышечного компонента в лоскут, методологических аспектов лоскутной пластики, её преимуществ и недостатков, а также факторов, обусловивших улучшение послеоперационного периода в группе нового способа. Отдельно обсуждались доступность прогностической программы для ЭВМ и алгоритма выбора пластики, нивелирование различий в опыте хирургов и кривой обучения при многоцентровом исследовании, стандартизация положения пациентов и послеоперационного ведения, влияние предоперационной лучевой терапии на заживление раны, возможная неоднородность групп, прогностические свойства пилота нейросетевой модели и обоснованность выбора шкал боли и качества жизни. Соискатель дал развёрнутые и аргументированные ответы, подтверждающие обоснованность положений, выводов и практическую значимость работы.

На заседании 22 сентября 2026 г. диссертационный совет принял решение за разработку теоретических положений, совокупность которых можно квалифицировать как решение научной задачи, имеющей важное значение для развития хирургии и онкологии – повышение качества жизни больных с раком прямой кишки – присудить Доронину Н.В. ученую степень кандидата медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 21 человека, из них 10 докторов наук по специальностям рассматриваемой диссертации: 3.1.9. Хирургия – 7 докторов наук, 3.1.6. Онкология, лучевая терапия – 3 доктора наук, участвовавших в заседании, из 25 человек, входящих в состав совета, и 3 человека, дополнительно введенных на разовую защиту, проголосовали: за – 21, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Заместитель председателя
диссертационного совета 21.2.014.04

Ученый секретарь
диссертационного совета 21.2.014.04

22.09.2026

Заболотских Игорь Борисович

Гуменюк Сергей Евгеньевич