

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

заведующего кафедрой общей хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, доцента Белика Бориса Михайловича на диссертационную работу Сичинава Давида Джамбуловича на тему «Оптимизация этапного хирургического лечения пациентов с вторичным распространенным послеоперационным перитонитом», представленную в диссертационный совет Д 21.2.014.04 при ФГБОУ ВО КубГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 - хирургия.

Актуальность темы исследования

Одной из наиболее сложных проблем хирургии остается лечение абдоминальных гнойно-воспалительных осложнений. В структуре послеоперационных осложнений перитонит занимает одно из первых мест, являясь наиболее частой причиной повторных хирургических вмешательств. В общем количестве гнойно-септических осложнений на долю послеоперационного перитонита приходится не менее 57–60%. Летальность при этом не имеет какой-либо тенденции к снижению и колеблется по данным последних лет в пределах от 50 до 82%.

Одной из причин высокой летальности, является несвоевременная диагностика вторичного распространенного послеоперационного перитонита (ВРП) и, как следствие, выполнение повторной операции на фоне развития абдоминального сепсиса и прогрессирования органных дисфункций.

Вместе с тем своевременная диагностика ВРП связана со значительными сложностями, прежде всего, в связи с атипичностью клинических проявлений послеоперационных инфекционно-воспалительных интраабдоминальных осложнений. Особые затруднения в ранней диагностике послеоперационного перитонита возникают у пациентов после расширенных абдоминальных онкологических оперативных вмешательств на фоне выраженных клинико-лабораторных проявлений системной воспалительной реакции.

Очевидным является и тот факт, что до настоящего времени отсутствует единый и общепринятый алгоритм тактики хирургического лечения ВРП. Главным образом это касается выбора оптимальной

стратегии хирургического контроля источника абдоминальной инфекции и объективизации показаний к выполнению релапаротомии «по требованию» и «по программе». В последние годы наряду с возрастанием частоты релапаротомий изменилась структура показаний к релапаротомии «по требованию» и «по программе» в сторону увеличения удельного веса этапных оперативных вмешательств. При этом решение о проведении тактики «по программе» (этапное хирургическое лечение перитонита) во время первичной операции, как правило, определяется наличием ряда факторов или их сочетанием: распространенный каловый перитонит, септический шок, невозможность одномоментной радикальной ликвидации источника перитонита, крайняя тяжесть состояния пациента (высокие значения Мангеймского индекса перитонита или индекса брюшной полости), состояние лапаротомной раны, не позволяющее закрыть дефект передней брюшной стенки вследствие недостатка ткани или обширного нагноения, синдром интраабдоминальной гипертензии.

Однако по мере накопления клинического опыта на сегодняшний день отношение хирургов к использованию программируемых релапаротомий при лечении ВРПП неоднозначно – от оптимистичного до достаточно сдержанного. При этом до сих пор отсутствует единый подход к объективизации оценки состояния брюшной полости при этапном хирургическом лечении ВРПП. Также не определены параметры и возможности конверсии тактики хирургического лечения ВРПП (переход от релапаротомии «по требованию» к этапным санациям брюшной полости), не внедрены в практику шкалы для визуальной оценки эффективности санаций брюшной полости в процессе этапного лечения. Кроме того, учитывая ряд существенных недостатков плановых релапаротомий (повторная операционная травма, дополнительное анестезиологическое пособие, высокий риск кровотечений, образования дигестивных свищей и формирования обширных вентральных грыж, а также высокая стоимость лечения), продолжают оставаться дискуссионными вопросы о способах временного закрытия брюшной полости при этапном лечении ВРПП.

В настоящее время оптимальным способом временного закрытия живота при этапном хирургическом лечении тяжелых форм ВРПП считается вакуум-ассистированная лапаростомия (ВАЛ). При этом вакуум-ассистированную повязку не рекомендуется применять при наличии в ране сосудов, анастомозов, некрозов и малигнизированных тканей. Также с особой осторожностью вакуумную терапию применяют при лечении несформированных кишечных свищей. Кроме того, существует ряд нерешенных технических аспектов применения ВАЛ при различных

клинических и топографо-анатомических ситуациях у пациентов с ВРПП (несостоятельность колоректальных анастомозов, наличие несформированных кишечных свищей, раневых осложнениях со стороны мягких тканей брюшной стенки и забрюшинного пространства).

В значительной мере все вышеназванные вопросы рассматриваются в диссертационной работе Сичинава Д.Д. С этих позиций данное диссертационное исследование следует считать актуальным и социально значимым, так как целью его является улучшение результатов лечения пациентов с вторичным распространенным послеоперационным перитонитом путем оптимизации этапного хирургического лечения. Для ее решения автором сформулировано 5 задач, имеющих научную новизну и несомненную практическую значимость.

Достоверность результатов и научная новизна диссертационного исследования

Диссертационная работа выполнена на достаточно солидном клиническом материале - 141 пациент с ВРПП, который имел место после проведения плановых расширенных хирургических вмешательств на органах брюшной полости и малого таза. Все данные пациенты находились на лечении в ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края за период с 2014 по 2020 гг. Работа представлена в виде сравнительного нерандомизированного клинического исследования.

В зависимости от выбора способа хирургического лечения ВРПП все пациенты были разделены на 2 группы. В I (основную) группу вошли 63 пациента, у которых применялся метод ВАЛ. Во II (контрольную) группу были включены 78 пациентов, у которых при лечении ВРПП была применена стратегия релапаротомия «по требованию». Для оценки эффективности выбранного метода лечения в диссертационной работе использовались данные как ретроспективного, так и проспективного анализа. Полученный объем клинического материала позволил соискателю аргументировано сформулировать основные положения и выводы, представленные в диссертации. При этом обоснованность и достоверность результатов исследования не вызывает сомнения.

Автором в значительной мере использованы методы исследования, адекватные поставленным задачам. Результаты и выводы, сформулированные в работе, базируются на тщательном анализе клинических наблюдений с использованием высокоинформативных лабораторных, биохимических, инструментальных, математических и

статистических методов исследования. Особо следует подчеркнуть высокое качество проведенного автором статистического анализа полученных результатов исследования. Прежде всего, это касается многофакторного логистического регрессионного анализа взаимосвязи между потенциальными предикторными факторами и исходом перитонита в группе пациентов, получавших лечение методом ВАК и посредством релапаротомии «по требованию», а также сравнительного однофакторного анализа клинических и лабораторных показателей в группах выживших и умерших пациентов в зависимости от метода хирургического лечения.

Научная новизна диссертационной работы состоит в следующем. Проведен детальный сравнительный клинический анализ результатов хирургического лечения пациентов с распространенным послеоперационным перитонитом при использовании релапаротомии по «требованию» и этапного хирургического лечения с применением вакуум-ассистированной лапаростомии. Определен характер корреляционной взаимосвязи состояния брюшной полости по шкале Vjörck при первичном оперативном вмешательстве с показателями шкалы APACHE-II, Мангеймским индексом перитонита (МИП), индексом брюшной полости, степенью внутрибрюшной гипертензии и уровнем С-реактивного белка. Оптимизирована техника применения ВАЛ при лечении пациентов с ВРПП. Разработаны оригинальные технические решения, позволяющие персонализировать варианты применения вакуумной терапии при разнообразных клинических и топографо-анатомических ситуациях у пациентов с ВРПП. Разработан способ лечения пациентов с послеоперационным перитонитом в результате несостоятельности колоректального анастомоза, защищенный патентом РФ. Изучены предикторы неблагоприятного исхода у пациентов с ВРПП при использовании различных вариантов оперативного лечения, что позволило оптимизировать хирургическую тактику.

Обоснованность научных положений, выводов и рекомендаций

Полученные результаты исследования позволили автору убедительно обосновать основные научные положения и выводы, изложенные в диссертации. Основные данные представлены в виде достаточно информативных таблиц и наглядных иллюстраций. Сформулированные выводы обоснованы и логично вытекают из результатов работы, полностью соответствуют анализу фактического материала, подтверждены статистическими методами. Практические рекомендации конкретны, изложены кратко и содержательно. Работа написана доступным, понятным языком, легко читается.

Научная и практическая значимость результатов исследования

Научная значимость результатов исследования обусловлена углубленным изучением особенностей течения распространенного послеоперационного перитонита у пациентов после плановых расширенных абдоминальных операций по поводу онкологических заболеваний. В ходе проведенного исследования выявлен ряд важных особенностей динамической трансформации состояния открытой брюшной полости при использовании лапаростомии с терапией отрицательным давлением, уточнены некоторые патогенетические аспекты влияния вакуумной терапии на течение воспалительного процесса при ВРПП. При этом установлена прямая корреляционная связь между состоянием брюшной полости по шкале Vjörsk и показателями шкалы APACHE-II, МИП, индексом брюшной полости, степенью внутрибрюшной гипертензии, а также уровнем С-реактивного белка у пациентов с послеоперационным перитонитом в динамике этапного хирургического лечения с использованием метода ВАЛ. Автором также были определены предикторы неблагоприятного исхода у пациентов с распространенным послеоперационным перитонитом в зависимости от метода хирургического лечения и выбора стратегии контроля источника абдоминальной инфекции.

Практическая значимость исследования определяется результатами проведенного клинического анализа, демонстрирующего, что применение этапного метода хирургического лечения с использованием методики ВАЛ у пациентов с ВРПП позволило снизить показатели летальности, частоту и степень тяжести осложнений, а также уменьшить риск развития и прогрессирования абдоминального сепсиса в сравнении с методом релапаротомии «по требованию».

Результаты диссертационной работы внедрены в практическую деятельность отделений абдоминальной онкологии ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края, хирургического отделения №2 ГБУЗ ККБСМП г. Краснодара, хирургического отделения №3 ГБУЗ «Краснодарская краевая больница № 2» МЗ Краснодарского края. Научные положения диссертации используются в лекциях и на практических занятиях, проводимых на кафедре хирургии №2 ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Степень завершенности исследования в целом и качество оформления диссертации

Диссертационная работа Д.Д. Сичинава представляет собой завершенное научное исследование, где достигнута поставленная цель и решены задачи исследования. Диссертация построена по классическому типу, изложена на 242 страницах, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 4-х глав собственных исследований, обсуждения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя, который содержит 311 источников, из них 75 отечественных и 236 зарубежных авторов, приложений. Диссертация иллюстрирована 42 рисунками и содержит 59 таблиц. Изложение полученных данных, иллюстративные материалы выполнены качественно и в целом соответствуют требованиям, предъявляемым к оформлению диссертационных работ.

Следует подчеркнуть очень хорошее изложение автором раздела «Обзор литературы», в котором приведены современные сведения. Раздел содержит подробный критический анализ различных методов и способов хирургического лечения перитонита, в том числе с использованием технологии ВАЛ.

Особое внимание хочется обратить на высокое качество и большую информативность иллюстративных материалов, касающихся технологии установки системы отрицательного давления в брюшную полость и методики применения ВАЛ у больных с послеоперационным перитонитом на различных этапах лечения. Чрезвычайно интересен иллюстративный материал, касающийся применения дренажных конструкций для вакуумной терапии при несостоятельности колоректального анастомоза и при лечении больных с наличием внутреннего несформированного кишечного свища. Также большой интерес представляют представленные в диссертации сканограммы компьютерной томографии, демонстрирующие расположение системы отрицательного давления в брюшной полости у пациентов с перитонитом в процессе лечения. Исключительно демонстративно представлено описание клинических наблюдений этапного хирургического лечения пациентов с распространенным перитонитом при использовании метода ВАЛ.

Полнота опубликования основных результатов исследования и соответствие автореферата основным положениям диссертации

Основные положения диссертации опубликованы в 5 научных работах в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК РФ, получен 1 патент на

изобретение. Автореферат полностью соответствует основному содержанию диссертационной работы и оформлен в соответствии с предъявляемыми требованиями. В нем отражено содержание исследования и полученные автором результаты.

Отрицательные стороны работы

Вместе с тем по диссертационной работе Сичинава Д.Д. имеется ряд некоторых замечаний.

При описании методики лечения распространенного послеоперационного перитонита (как в основной, так в контрольной группе больных) автор ни в одном из разделов диссертационной работы не указывает на выполнение пациентам интраоперационной назоинтестинальной интубации тонкой кишки. Вместе с тем дренирование тонкой кишки является одним из важнейших и обязательных компонентов хирургического пособия у пациентов с распространенным перитонитом, которое направлено на ликвидацию синдрома энтеральной недостаточности, устранение кишечно-брюшинной и кишечно-портальной транслокации инфекта, предупреждение реинфицирования брюшной полости, развития абдоминального сепсиса и тяжелых органных расстройств. Необходимость выполнения декомпрессии тонкой кишки определена в Российских клинических рекомендациях по перитониту, утвержденных в 2023 г.

В этой связи возникает вопрос. Выполнялось ли в исследуемых группах больных с распространенным послеоперационным перитонитом дренирование тонкой кишки и как проводилась в целом коррекция синдрома энтеральной недостаточности в процессе лечения?

Основу диссертационного исследования составили пациенты после плановых хирургических вмешательств на органах брюшной полости и органах малого таза с возникшим в послеоперационном периоде перитонитом. При этом следует отметить достаточно гетерогенный состав исследуемых групп больных по локализации опухолей, что сказалось на объеме и характере первичного оперативного вмешательства и вероятно на клинических проявлениях послеоперационного перитонита и результатах лечения. В этом случае было бы целесообразно отдельно провести сравнительный анализ результатов лечения пациентов с несостоятельностью швов анастомозов различной локализации.

В таблице 3.9 (стр. 88) указано, что в первые 12 часов перитонит был выявлен у 35,9 % пациентов во II группе, в то время как в I группе – лишь у 7,9%. В сроки более 48 ч отмечено преобладающее большинство пациентов с послеоперационным перитонитом в I группе - 28,7% против 7,7% во II

группе. Учитывая решающую роль временного фактора в исходе перитонита и наличие статистической значимости различий между группами по этому признаку, возникает вопрос: в какой мере этот фактор повлиял на общие результаты лечения пациентов в группах? Кроме того, почему у значительного числа пациентов, находившихся в лечебном учреждении под постоянным наблюдением, послеоперационный перитонит был диагностирован в поздние сроки от начала развития интраабдоминального осложнения? Помимо временного фактора, проводилась ли сравнительная стратификация пациентов в исследуемых группах по стадиям клинического течения перитонита, что является важным компонентом общей характеристики больных с абдоминальной инфекцией?

В таблице 3.14 (стр. 93) представлена характеристика пациентов по тяжести состояния на основе показателей шкалы APACHE II. При этом статистически значимых различий между группами по показателям шкалы APACHE II не получено. Как это согласуется с данными таблицы 3.9, свидетельствующих о статистической значимости различий между группами по срокам развития перитонита, что в первую очередь влияет на тяжесть состояния больных? Кроме того, желательно было бы представить в таблице данные шкалы APACHE II помимо числового интервала в абсолютных значениях.

Результаты лечения больных в Ib подгруппе (конверсия лечебной тактики - релапаротомия по требованию» в сторону ВАЛ) намного хуже, чем в Ia подгруппе (этапное хирургическое лечение с использованием только метода ВАЛ). Показатели летальности в Ib подгруппе - 63,6% против 5,8% в Ia подгруппе. Из этого следует, что при этапном хирургическом лечении послеоперационного перитонита с использованием технологии ВАЛ даже у самых тяжелых пациентов уровень летальности снижается до минимума и составляет всего 5,8%. Эти данные существенно отличаются от показателей летальности, представленных А.А Щеголевым и соавт., А.В. Шабуниним и соавт., Н.В. Лебедевым и соавт. и другими хирургами на XV съезде хирургов РФ (октябрь 2023 г.). По данным этих исследователей показатели летальности при лечении распространенного перитонита с использованием метода ВАЛ колеблются в пределах от 31,2% до 45,5%. С чем связана такая существенная разница в показателях летальности между пациентами в подгруппах, а также с результатами других отечественных исследователей?

В главе 4 (раздел 4.1) в значительной мере повторяется изложение методики вакуум-ассистированной лапаростомии у пациентов с послеоперационным распространенным перитонитом, которая была описана

в главе 2 («Материал и методы исследования»). Кроме того, такой же повтор имеется в главе 7 («Обсуждение полученных результатов»).

Замечания по терминологии: термин «энтеро-атмосферная фистула» было бы проще и понятнее определить как «наружный кишечный свищ».

Еще один вопрос относительно терминологии: формирование состояния «застывшего» живота при этапном лечении перитонита. Что подразумевается под этим термином?

В разделе «Выводы» (пункт 3) следовало бы конкретно указать, что применение этапного метода хирургического лечения послеоперационного перитонита с использованием технологии ВАЛ позволило снизить послеоперационную летальность с 30,8% до 15,9%. Также в выводах следовало бы указать конкретные цифры уменьшения частоты тяжелых интраабдоминальных осложнений у пациентов основной группы больных. Это подтверждает высокую клиническую значимость результатов, полученных автором исследования.

Помимо этого, в работе имеются отдельные орфографические ошибки и стилистические погрешности.

Вместе с тем указанные замечания ни в коей мере не снижают большой ценности диссертационной работы и не влияют на ее качество. Более того, необходимо подчеркнуть, что приведенные выше замечания и возникшие спорные вопросы по данной работе как раз свидетельствуют о ее высокой научно-практической значимости и чрезвычайном интересе, который она вызывает. В целом диссертационная работа производит исключительно хорошее впечатление и может быть характеризована только положительно. При этом разработанные автором технические приемы терапии отрицательным давлением при различных клинических и топографо-анатомических ситуациях у пациентов с послеоперационным перитонитом, вероятно, займут надлежащее место в лечении тяжелых форм абдоминальной хирургической инфекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационная работа Сичинава Давида Джамбуловича на тему «Оптимизация этапного хирургического лечения пациентов с вторичным распространенным послеоперационным перитонитом», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 - хирургия, является законченным, самостоятельным научно-квалификационным исследованием, содержащим новое решение актуальной

проблемы современной хирургии - улучшение результатов хирургического лечения больных с вторичным распространенным послеоперационным перитонитом путем оптимизации этапного хирургического лечения с использованием метода вакуум-ассистированной лапаростомии. Диссертационная работа содержит новые достоверные сведения, имеющие важное теоретическое и практическое значение для клинической медицины.

По своей актуальности, методическому уровню, научной новизне и практической значимости представленная диссертационная работа полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении учёных степеней», утверждённого Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842 (в действующей редакции), предъявляемым к диссертациям на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, а ее автор - Сичинава Давид Джамбулович заслуживает присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 - хирургия.

Официальный оппонент:

заведующий кафедрой общей хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России),
доктор медицинских наук, доцент

Борис Михайлович Белик

(344022, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону,
пер. Нахичеванский, 29.

Тел.: +7 (904) 500-64-42; e-mail: okt@rostgmu.ru; оф.сайт: rostgmu.ru)

Подпись Б.М.Белика «ЗАВЕРЯЮ»
ученый секретарь ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор



Н.Г. Сапронова

« 06 » марта 2024 г.

СВЕДЕНИЯ

об официальном оппоненте по диссертации Сичинава Давида Джамбуловича «Оптимизация этапного хирургического лечения пациентов с вторичным распространенным послеоперационным перитонитом» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия, представленной для защиты в диссертационный совет 21.2.014.04, действующий на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (350063 г. Краснодар, улица Митрофана Седина, дом 4, (861)2625018)

№	Фамилия, имя отчество оппонента	Год рождения, гражданство	Место основной работы (название организации, ведомство, город, занимаемая должность)	Учёная степень (шифр специальности, по которой присуждена учёная степень в соответствии с действующей Номенклатурой специальностей научных работников, № свидетельства)	Учёное звание	Шифр специальности (отрасли науки) в диссертационном совете (с указанием отраслей; соответствующего периода; отраслей и сфер деятельности)
1	2	3	4	5	6	7
1	Белик Борис Михайлович	1956 РФ	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой общей хирургии Адрес: 344022, Российская Федерация, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, 29	Доктор медицинских наук, 3.1.9 – хирургия	доцент	3.1.9 – хирургия

Телефон: +7 (863) 250-42-00
Факс: + 7 (863) 201-43-90
Электронная почта:
okt@rostgmu.ru

а) Перечень научных публикаций в изданиях, индексируемых в международных цитатно-аналитических базах данных Web of Science и Scopus, а также в специализированных профессиональных базах данных Astrophysics, PubMed, Mathematics, Chemical Abstracts, Springer, Agris, GeoRef, MathSciNet, BioOne, Compendex, CiteSeerX.

1. Роль интрапортальных инфузий в коррекции функциональной недостаточности печени и эндотоксикоза при распространенном перитоните // Б.М. Белик, С.Ю. Ефанов, А.И. Маслов, В.А. Суярко, А.Р Сапралиев. // Новости хирургии – 2015 –Т. 23, № 3. – С. 296-301.
2. Оценка клинической эффективности препарата серотонина адипинат в лечении и профилактике синдрома энтеральной недостаточности при распространенном перитоните // Б. М. Белик // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 9. – С. 76-82. – DOI 10.17116/hirurgia2016976-82.
3. Коррекция нарушений висцерального кровотока и кислородтранспортной функции портальной крови при распространённом гнойном перитоните // Б. М. Белик, В. А. Суярко, Д. В. Мареев [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2017. – Т. 176, № 6. – С. 38-43.
4. Клиническое значение повышения внутрибрюшного давления у пациентов с тяжелым острым панкреатитом // Б.М Белик, Г.М. Чиркинян, А.И. Маслов, Д.В. Мареев // Новости хирургии. – 2017 – Т. 25, № 2. – С. 124-130. DOI 10.18484/2305-0047.2017.2.124
5. Выбор тактики лечения у больных тяжелым острым панкреатитом с учетом фактора внутрибрюшной гипертензии // Б. М. Белик, Г. М. Чиркинян, Р. Ш. Тенчуринов [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2020. – Т. 9, № 3. – С. 400-409. – DOI 10.23934/2223-9022-2020-9-3-400-409.

б) Перечень научных публикаций в журналах, входящих в Перечень РФ рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, на соискание учёной степени доктора наук, с указанием импакт-фактора журнала

1. Лечение послеоперационного пареза кишечника у больных с распространенным перитонитом // Б. М. Белик, А. И. Маслов, С. Ю. Ефанов [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2016. – № 3. – С. 149.
2. Роль коррекции синдрома энтеральной недостаточности в реализации принципа source control при распространенном гнойном перитоните и абдоминальном сепсисе // Белик Б.М., Мареев Д.В., Ефанов С.Ю., Осканян М.А., Суярко В.А., Маслов А.И., Сапралиев А.Р. // Инфекции в хирургии. – 2018. – Т. 16. – № 1-2. – С. 17-18.
3. Особенности лечения синдрома кишечной недостаточности у больных с распространенным перитонитом и абдоминальным сепсисом // Б. М. Белик, Д. В. Мареев, М. А. Осканян [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2018. – № 1. – С. 67.

на основании данных библиографической базы данных научных публикаций российских учёных - Российскому индексу научного цитирования (РИНЦ). (Указать выходные данные)	
в) Общее число ссылок на публикации	323
г) Участие с приглашёнными докладами на международных конференциях	2
д) Рецензируемые монографии	1
е) Препринты, размещённые в международных исследовательских сетях	-

Заведующий кафедрой общей хирургии
федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего
образования «Ростовский государственный
медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России)
доктор медицинских наук, доцент

Подпись Белика Б.М. заверяю:
Ученый секретарь ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор

Белик

Борис Михайлович Белик

« 31 » 01 2024 г.



Сапронова
Н.Г. Сапронова