

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 09.04.2024 г. №5

О присуждении Сичинаве Давиду Джамбуловичу, гражданину России, ученой степени кандидата медицинских наук.

Диссертация "Оптимизация этапного хирургического лечения пациентов с вторичным распространенным послеоперационным перитонитом" по специальности 3.1.9. Хирургия, принята к защите 02.02.2024 г. 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 г.

Соискатель Сичинава Давид Джамбулович, 1985 года рождения. В 2008 году окончил государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Кубанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию". С 2017 г. по 2021 г. обучался в аспирантуре (заочная форма обучения) в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре хирургии №2 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов. Работает врачом-онкологом отделения абдоминальной онкологии и рентгенхирургических методов

диагностики и лечения №1 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 хирургии №2 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Научный руководитель – доктор медицинских наук, доцент Уваров Иван Борисович, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургии №2 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, профессор кафедры.

Официальные оппоненты:

1. Михайличенко Вячеслав Юрьевич (гражданин России), доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, кафедра общей хирургии, анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи Ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С.И. Георгиевского, заведующий кафедрой;

2. Белик Борис Михайлович (гражданин России), доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ростовский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общей хирургии, заведующий кафедрой – дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация – федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр хирургии

имени А.В. Вишневого" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, в своём положительном заключении, подписанном Марковым Павлом Викторовичем, доктором медицинских наук, заведующим отделением абдоминальной 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 10 опубликованных работ, все по теме диссертации, из них в рецензируемых научных изданиях опубликовано 5 работ. Краткая характеристика работ (вид, количество, объем в страницах, творческий вклад в %): статьи в журналах – 5, 38, 80; материалы конференций – 4, 6, 80; патент на изобретение – 1, 11, 70. В диссертации отсутствуют недостоверные сведения об опубликованных соискателем ученой степени работах.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Уваров, И.Б. Вакуум-ассистированная лапаростомия с этапными санациями в лечении вторичного распространенного послеоперационного перитонита: проспективное сравнительное нерандомизированное клиническое исследование / И.Б. Уваров, Д.Д. Сичинава, А.М. Мануйлов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2022. – Т. 29, № 1. – С. 62–76.

2. Уваров, И.Б. Сравнительный анализ предикторов исхода у пациентов с послеоперационным перитонитом, в зависимости от метода хирургического лечения – релапаротомии по требованию или вакуум-ассистированной лапаростомии / И.Б. Уваров, Д.Д. Сичинава, А.М. Мануйлов // Инновационная медицина Кубани. – 2022. – Т. 7, № 4. – С. 24–31.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы от: Лаврешина Петра Михайловича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой общей хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Ставропольский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации и Дарвина Владимира Васильевича, доктора медицинских наук,

профессора, заведующего кафедрой хирургических болезней бюджетного учреждения высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры "Сургутский государственный университет". 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: **разработаны** новые представления о клинической картине послеоперационного перитонита, способе хирургического лечения несостоятельности колоректального анастомоза и способе лечения перитонита, осложненного дигестивным свищем; **предложен** последовательный алгоритм инсталляции системы отрицательным давлением в брюшную полость при разнообразных анатомо-топографических особенностях; **доказана** перспективность описанных идей в лечении послеоперационного перитонита в научной и практической деятельности; **введены** новые представления относительно алгоритма диагностики послеоперационного перитонита на основании клинической картины, лабораторных изменений и протокола компьютерной томографии;

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: **доказано** влияние выбранного метода лечения на старте лечебной программы на послеоперационную летальность, доказана корреляция состояния брюшной полости по шкале Vjörck с показателями шкал APACHE-II, МИП, индекса брюшной полости, степени внутрибрюшной гипертензии, уровня С-реактивного белка; **применительно к проблематике диссертации результативно использован** комплекс существующих базовых клинических и лабораторных методов исследования; **изложены** положения об эффективности вакуум-ассистированной лапароскопии в лечении пациентов с вторичным

распространенным послеоперационным перитонитом в сравнении с методом релапаротомии по требованию, что выражается в более низких показателях летальности и частоты осложнений 3 и 4 классов (по Clavien-Dindo), более высокой частоте купирования сепсиса, динамике снижения уровня С-реактивного белка, индекса брюшной полости, динамике очищения брюшной полости с формированием "застывшего" живота, купировании внутрибрюшной гипертензии; **раскрыты** возможности применения шкалы по М. Vjörck и важность динамики изменений С-реактивного белка, возможности системы терапии отрицательным давлением в лечении послеоперационного перитонита; **изучено** влияние прогностических параметров неблагоприятного исхода лечения у пациентов с вторичным распространенным послеоперационным перитонитом при использовании различных хирургических техник на результат лечения; **проведена модернизация** методики инсталляции системы терапии отрицательным давлением в брюшную полость, техники оценки состояния брюшной полости в процессе лечения.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: **разработан и внедрен** алгоритм выбора оптимальной хирургической тактики у пациентов с вторичным распространенным послеоперационным перитонитом с учетом прогностических факторов неблагоприятного исхода; **определены** перспективы использования терапии отрицательным давлением в лечении послеоперационного перитонита; **создана** система практических рекомендаций по диагностике и лечению вторичного распространенного послеоперационного перитонита на основе результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, балльной оценки состояния пациента и состояния брюшной полости; **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. Какова особенность клинической картины вторичного распространенного послеоперационного перитонита после плановых хирургических вмешательств?

2. Каковы критерии оценки эффективности этапного лечения с использованием шкалы Bjork?

3. 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?

4. 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?

5. 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, свидетельствующими о статистической значимости различий между группами по срокам развития перитонита, что в первую очередь влияет на тяжесть состояния больных?

6. С чем связана такая существенная разница в показателях летальности между пациентами в подгруппах, а также с результатами других отечественных исследователей?

7. Формирование состояния "застывшего" живота при этапном лечении перитонита. Что подразумевается под этим термином?

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

1. При оценке диагностических критериев у пациентов с послеоперационным перитонитом наиболее значимым оказался уровень С-реактивного белка, динамика роста, которого выявлена в 74,5% случаев. Парез кишечника был диагностирован в 71,6% случаев, гастростаз – в 52,5%. Такие классические признаки как лейкоцитоз, болевой синдром, гипертермия, изменения в биохимическом анализе крови, отмечались значительно реже. Только треть пациентов с распространенным послеоперационным перитонитом имели типичную для внутрибрюшной катастрофы клиническую картину.

2. Суть классификация "открытой брюшной полости" по M.Björck заключается в визуальной оценке на основе двух критериев: состояние открытой брюшной полости и спаечный процесс. Например, при степени 1А

брюшная полость не загрязнена, спаечный процесс отсутствует, при степени 2б  
брюшная полость загрязнена, развивающийся спаечный процесс, при степени  
2с, имеется кишечный свищ и развивающийся спаечный процесс. Степени 3  
соответствует "замороженная брюшная полость".

3. При наличии показаний и паретических изменений тонкой кишки, пациенту выполняли декомпрессию тонкой кишки; Для лечения синдрома энтеральной недостаточности применяли хирургические методы (декомпрессия желудка, дренирование тонкой кишки, эпидуральная анестезия, программированные этапные санации), инфузионную терапию, энтеральное питание в зависимости от восстановления перистальтики.

4. Это повлияло на разницу в классах по Бьерку в группах: с классом 2 С по Бьерку в первой группе 41 человек (65%), во второй группе 21 человек (26.9%), 2 В в первой группе 12 (19%) во второй группе 9 (11.5%). Особенности клинической картины, а именно наличие периода мнимого благополучия, стали причиной несвоевременного выявления перитонита. По стадиям клинического течения перитонита сравнительная стратификация пациентов в исследуемых группах не проводилась, так как это не было целью работы.

5. Данные показатели не имели корреляции с показателями тяжести состояния из-за особенностей клинической картины послеоперационного перитонита, а именно из-за наличия периода мнимого благополучия на фоне обезболивающей, антибактериальной и инфузионной терапии.

6. При анализе указанных вами работ, учитывая отсутствие данных о тяжести исходного состояния пациентов, методах лечения, оценке сопутствующей патологии, сделать вывод о причинах разницы в показателях летальности затруднительно. Однако, в работе Щеголев А.А. и соавт., описана летальность в 62,3% в группе пациентов, у которых на повторной операции, после изначально выбранной тактики релапаротомии по требованию, констатирован продолжающийся перитонит, аналогичные показатели летальности нами получены в нашем исследовании в подгруппе 1а. Так же в нашей работе сделан вывод о том, что переключение с тактики релапаротомии

на вакуум-ассистированную лапаростомию в процессе лечения является неблагоприятным фактором прогноза, в связи с чем решение о применении вакуум-ассистированной лапаростомии у пациентов с наличием предикторов негативного исхода должно приниматься сразу при старте лечебной программы. Ошибочный выбор тактики хирургического лечения является следствием высоких показателей летального исхода.

7. Под этим термином понимается состояние брюшной полости в тотальным спаечным процессом, обусловленным применением терапии отрицательным давлением.

На заседании 09.04.2024 г. диссертационный совет принял решение за разработку теоретических положений, совокупность которых можно квалифицировать как решение научной задачи, имеющей важное значение для развития хирургии – оптимизацию этапного хирургического лечения пациентов с вторичным распространенным послеоперационным перитонитом – присудить Сичинаве Д.Д. ученую степень кандидата медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 19 человек, из них 7 докторов наук по специальности рассматриваемой диссертации 3.1.9. Хирургия, участвовавших в заседании, из 24 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за – 18, против – нет, недействительных бюллетеней – 1.

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



Порханов  
Владимир Алексеевич

Ученый секретарь  
диссертационного совета 21.2.014.04,  
доктор медицинских наук  
профессор

Гуменюк  
Сергей Евгеньевич

09.04.24