

## 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 диссертацию Трифанова Николая Александровича на тему «Совершенствование диагностики и лечения больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью», представленную в диссертационный совет 21.2.014.04 при ФГБОУ ВО КубГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. - хирургия.

### Актуальность темы исследования

Острая кишечная непроходимость на протяжении многих лет остается одной из наиболее актуальных и сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Послеоперационная летальность при острой тонкокишечной непроходимости колеблется в широких пределах от 1,8-3,4% до 13-27%.

Острую тонкокишечную непроходимость, как правило, ассоциируют со спаечной болезнью брюшной полости. Спаечная кишечная непроходимость составляет от 50 до 93,3% от всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза. В то же время обтурационный тонкокишечный илеус привлекает гораздо меньшее внимание клиницистов по причине более редкой встречаемости данной патологии по сравнению с обтурационной толстокишечной и спаечной тонкокишечной непроходимостью, что во многом предопределяет различные диагностические и лечебно-тактические ошибки при хирургическом лечении этой категории больных. Это позволяет рассматривать обтурационную тонкокишечную непроходимость (ОТКН), не связанную со спаечной болезнью брюшной полости, как отдельную проблему неотложной абдоминальной хирургии.

Неуклонный рост заболеваемости желчнокаменной болезнью неизбежно привел к росту количества осложнений, в том числе билиодигестивных свищей и желчнокаменной непроходимости, обусловленной обтурацией просвета тонкой кишки крупным желчным конкрементом или его фрагментами. Билиарный илеус встречается примерно у 3% всех больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости. При этом хирургическая тактика у данных пациентов имеет отличительные особенности, как в отношении оперативного доступа, так и объема хирургического вмешательства.

Не менее важной причиной ОТКН являются опухоли тонкой кишки, которые относят к достаточно редкой и сложно диагностируемой патологии. В большинстве случаев убедительная клиническая манифестация этой патологии выявляется лишь на этапе полной обтурации просвета тонкой кишки опухолью, в результате чего большинство пациентов оперируются по экстренным показаниям ургентными хирургами. Еще более редкими причинами ОТКН являются различные безоары, тонкокишечные инвагинации, псевдотуморозные процессы (туберкулез, болезнь Крона), инородные тела желудочно-кишечного тракта и прочие.

Вследствие редкой встречаемости обтурационного тонкокишечного илеуса в структуре неотложной абдоминальной патологии, практически отсутствуют детальные исследования по данной проблеме касательно особенностей диагностики и приемов хирургического лечения. Исследования по этой проблеме, как правило, представлены лишь немногочисленными сообщениями в виде описания отдельных клинических наблюдений.

В литературе отсутствуют убедительные исследования, посвященные роли внутрибрюшной и внутрикишечной гипертензии в генезе ОТКН, а также применению методов декомпрессии брюшной полости и тонкой кишки и влиянию этих процедур на течение послеоперационного периода, уровень осложнений и летальность. Совершенно недостаточно освещены возможность применения минимально инвазивных технологий при хирургическом лечении тонкокишечного илеуса и результаты их применения. Этим вопросам уделяется значительное внимание в настоящей диссертационной работе.

С этих позиций диссертационная работа Трифанова Н.А. является актуальной и социально значимой, так как автор поставил перед собой цель – улучшить результаты лечения больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью за счет совершенствования диагностики, лечебной и хирургической тактики. Для ее решения автором сформулировано 6 задач, имеющих научную новизну и важную практическую значимость.

#### **Достоверность результатов и научная новизна диссертационного исследования**

Исследования, проведенные диссертантом, выполнены на достаточном числе клинических наблюдений - 176 пациентов, оперированных по поводу ОТКН в ГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» Министерства здравоохранения Краснодарского края за 18-летний период (2005-2022 гг.).

В основу диссертационной работы положены результаты клинического ретроспективного и проспективного когортного исследования и анализа лечения пациентов с различными формами обтурационного тонкокишечного илеуса. При этом диссертантом



четко сформулированы критерии включения пациентов в исследование и критерии их исключения.

Наиболее пристальное внимание в работе уделено анализу изменений клинико-лабораторных показателей и инструментальных данных, отражающих динамику внутрибрюшной гипертензии и тяжесть кишечной недостаточности, а также выраженность органных нарушений у больных с различными формами ОТКН, в зависимости от характера оперативного вмешательства и способа декомпрессии брюшной полости.

Полученный материал позволил соискателю сделать аргументированные выводы, представленные в диссертационной работе. При этом обоснованность и достоверность результатов исследования не вызывает сомнения.

Результаты и выводы, представленные в работе, основаны на анализе клинических наблюдений с использованием современных информативных лабораторных, биохимических, инструментальных и статистических методов исследования.

**Научная новизна** диссертационной работы состоит в следующем. В обсуждаемой работе впервые представлен анализ влияния ранней диагностики этиологической формы ОТКН на прогнозирование её клинического течения, а также планирование выбора хирургического доступа и объема оперативного вмешательства, включая применение минимально инвазивных технологий. Изучены вероятность развития и течения реперфузионного ишемического синдрома и полиорганной дисфункции в зависимости от динамики снижения внутрибрюшной гипертензии и регресса синдрома кишечной недостаточности у пациентов с ОТКН. Разработан дифференцированный подход и определены показания к выбору хирургического доступа и этапности проводимого лечения в зависимости от степени внутрибрюшной гипертензии у больных с ОТКН, в том числе, с применением минимально инвазивных вмешательств. Разработан технический прием для хирургического лечения пациентов ОТКН с использованием лапаролифта (Патент РФ на полезную модель).

#### **Обоснованность научных положений, выводов и рекомендаций**

Полученные результаты исследований позволили автору убедительно обосновать основные научные положения, выводы и практические рекомендации, изложенные в диссертации. Основные данные представлены в виде достаточно информативных таблиц и наглядных иллюстраций. Заключение и 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 и понятным литературным языком, легко читается.

### **Научная и практическая значимость результатов исследования**

Научная значимость результатов исследования обусловлена детальным анализом ранней диагностики ОТКН, что позволило оптимизировать выбор хирургического доступа и объем вмешательства с учетом степени внутрибрюшной гипертензией и выраженности синдрома кишечной недостаточности. Так, например, показано, что ранняя диагностика билиарного илеуса у пациентов с 1-2-й степенью интраабдоминальной гипертензии при отсутствии общих противопоказаний позволяет безопасно выполнять в один этап (одномоментно) радикальные оперативные вмешательства (устранение кишечной непроходимости + ликвидация холецистодуоденального свища), в том числе с использованием минимально инвазивных технологий. Изучена принципиальная возможность применения минимально инвазивных оперативных вмешательств (включая использование лапароскопического и мини-лапаротомного доступов) при хирургическом лечении различных форм ОТКН. Определена диагностическая значимость таких клинко-лабораторных параметров как уровень внутрибрюшного давления, концентрация в крови лактата, среднемoleкулярных пептидов и эндотоксина в оценке развития реперфузионно-ишемического синдрома и полиорганной дисфункции у больных с ОТКН. Сформулированы показания к применению различных вариантов декомпрессии брюшной полости и оценена их эффективность в зависимости от тяжести внутрибрюшной гипертензии и выраженности синдрома кишечной недостаточности.

Практическая значимость исследования определяется результатами проведенного клинического анализа, демонстрирующего, что применение разработанной автором лечебно-диагностической тактики при хирургическом лечении пациентов с ОТКН позволило существенно уменьшить риск развития полиорганной дисфункции и снизить в целом послеоперационную летальность до 2,8%.

Результаты диссертационной работы внедрены в практическую деятельность клинических баз кафедры факультетской и госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Научные положения диссертации используются в лекциях и на практических занятиях, проводимых на кафедре факультетской и госпитальной хирургии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.



## **Степень завершенности исследования в целом и качество оформления диссертации**

Диссертационная работа Трифанова Н.А. представляет собой завершенное научное исследование, где достигнута поставленная цель и решены задачи исследования. Диссертация построена по классическому типу, изложена на 146 страницах и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя, который включает 218 источников, в том числе 119 на русском языке и 99 – на иностранном языке, списка иллюстративного материала (содержит 15 таблиц и 34 рисунка) и приложения. Работа полностью соответствует требованиям, предъявляемым к оформлению диссертационных работ.

## **Полнота опубликования основных результатов исследования и соответствие автореферата основным положениям диссертации**

Основные положения диссертации опубликованы в 14 научных работах, в том числе 9 в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий или входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, и издания, приравненные к ним. Получен патент РФ 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**

Принципиальных замечаний и возражений, которые могли бы повлиять на оценку проведенного диссертационного исследования, нет. Вместе с тем по диссертационной работе Трифанова Н.А. имеется и ряд некоторых замечаний, которые требуют обсуждения.

При описании способов хирургической декомпрессии брюшной полости автор использует термин «лапаростомия», указывая, что на этапе завершения оперативного вмешательства эта процедура включала ушивание только кожи лапаротомной раны без наложения швов на брюшину и апоневроз. Действительно, при наличии выраженного кишечного пареза или выраженных признаков воспаления висцеральной и париетальной брюшины, а также высоком уровне внутрибрюшного давления вполне допустимо при закрытии лапаротомной раны ограничиться ушиванием только кожи с подкожной клетчаткой. Ущерб от образовавшейся вследствие такой методики обширной вентральной

грыжи «компенсируется» предотвращением гибели пациента от прогрессирующего синдрома интраабдоминальной гипертензии. Однако эта процедура не является в строгом смысле «лапаростомией», поскольку в данном случае не предполагает применения доктрины этапного или программируемого хирургического лечения. В этом случае данную процедуру более правильно определять как методику декомпрессионного ушивания брюшной полости, что увеличивает ее размеры, тем самым уменьшает внутрибрюшное давление.

У пациентов ОТКН с внутрибрюшной гипертензией 3-й и 4-й степеней на этапе завершения операции автор применял различные варианты хирургической декомпрессии брюшной полости, разделяя их на «медленную» декомпрессию (швы на кожу), которая снижает исходное внутрибрюшное давление на 30% и «быструю» декомпрессию (назоинтестинальная интубация), которая снижает этот показатель на 35-47%. По данным автора, применение «быстрой» декомпрессии у больных с «запущенными» формами ОТКН увеличивает риск развития ишемического реперфузионного синдрома и органных расстройств. В этом случае, по мнению автора, более оправдано временное закрытие операционной раны кожными швами, как варианта «медленной» декомпрессии в сочетании с консервативными методами лечения, что приводит к улучшению выживаемости больных. В качестве аргумента автор приводит более высокие значения содержания в крови лактата, среднемолекулярных пептидов и эндотоксина у пациентов, которым проводилась «быстрая» декомпрессия брюшной полости, в сравнении с больными, которым осуществлялся «медленный» вариант декомпрессии. При этом автор не упоминает о применении у данных пациентов методов энтеральной детоксикации (кишечный лаваж с активной энтеродекомпрессией, энтеросорбция, внутриинтестинальная терапия), которые напрямую влияют на сроки разрешения синдрома энтеральной недостаточности, уровень кишечно-брюшинной и кишечно-портальной транслокации инфекта и выраженность эндотоксикоза. В связи с этим возникает несколько вопросов.

В какой мере оправдан отказ от назоинтестинальной интубации и дренирования тонкой кишки у части больных с «запущенными» формами ОТКН, тем более, что это регламентировано в Российских клинических рекомендациях? Каким образом и когда устранялась подкожная эвентрация у больных ОТКН после ушивания кожи без апоневроза? Как часто у пациентов формировались вентральные грыжи?

На этапе выполнения назоинтестинальной интубации вследствие травмирования стенки и брыжейки тонкой кишки действительно имеет место тенденция к увеличению транслокации микрофлоры и токсинов из ее просвета, что сопровождается повышением в крови уровня эндотоксина. Это давно установленный «побочный эффект» данной процедуры. Именно поэтому возникает необходимость в проведении дополнительных



методов энтеральной детоксикации. Можно ли трактовать повышение содержания в крови лактата, среднемолекулярных пептидов и эндотоксина при выполнении назоинтестинальной интубации (то есть «быстрой» декомпрессии) исключительно как результат развития реперфузионного синдрома, а не следствие самой процедуры заведения кишечного зонда? В какой мере для обтурационной кишечной непроходимости вообще характерно развитие ишемического реперфузионного синдрома, учитывая отсутствие странгуляционного компонента? Применялись ли у данных пациентов методы энтеральной детоксикации?

Касаясь пациентов ОТКН опухолевого генеза, также возникает вопрос: в каком объеме выполнялась лимфодиссекция при наличии злокачественных новообразований тонкой кишки?

Также хотелось бы знать мнение автора насколько оправданно выполнение радикальных расширенных операций при билиарном илеусе, даже у стабильных пациентов, в то время как данные литературы свидетельствуют о казуистических осложнениях при оставленных холецистодигестивных свищах?

Таблица 8 (Критерии стадий синдрома кишечной недостаточности) является оригинальной или представлена на основе данных литературы?

Кроме того, следует отметить, что методика непрямого измерения внутрибрюшного давления путем катетеризации мочевого пузыря является общеизвестной. Она была описана I. Kron еще в 1982 г. Поэтому в диссертации совершенно излишне детальное описание этой методики и тем более приведение иллюстраций на эту тему (рис. 3 и 4).

Помимо этого, в работе имеются отдельные орфографические ошибки, немногочисленные повторения и некоторые стилистические погрешности. Вместе с тем следует подчеркнуть, что указанные замечания совершенно не снижают ценности диссертационной работы и существенно не влияют на ее качество. В целом диссертационная работа производит исключительно хорошее впечатление и безусловно может быть характеризована положительно.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационная работа Трифанова Николая Александровича «Совершенствование диагностики и лечения больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью» является завершённой научно-квалификационной работой, в которой решена актуальная задача улучшения результатов диагностики и лечения больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью путем совершенствования хирургических методов и лечебной тактики. В работе содержатся практические положения, достоверность которых подтверждена результатами лечения больных в группах наблюдения, совокупность которых

можно квалифицировать как новое решение актуальной задачи в неотложной хирургии и практическом здравоохранении.

По своей актуальности, научной новизне, практической значимости и достоверности полученных результатов диссертационная работа Трифанова Николая Александровича «Совершенствование диагностики и лечения больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью» полностью соответствует требованиям пункта 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ № 842 от 24.09.2013 г. (в редакции Постановления Правительства РФ от 25.01.2024 г. № 62), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а ее автор заслуживает присуждения искомой учёной 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

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



Н.Г. Сапронова

(344022, Российская Федерация, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, 29. Тел.: +7 (863) 50-42-00, оф.сайт: [www.rostgmu.ru](http://www.rostgmu.ru); e-mail: [okt@rostgmu.ru](mailto:okt@rostgmu.ru)).

«26» 09 2024 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации



## СВЕДЕНИЯ

об официальном оппоненте диссертации Трифанова Николая Александровича на тему «Совершенствование диагностики и лечения больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью» 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, т. (861)2683683), адрес электронной почты: [cogrus@ksma.kubanet.ru](mailto:cogrus@ksma.kubanet.ru); адрес официального сайта в сети «Интернет»: <http://www.ksma.ru>

№	Фамилия Имя Отчество	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)	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	доктор медицинских наук 3.1.9. Хирургия	доцент	3.1.9 – хирургия

		<p>Нахичеванский, 29  Телефон: +7 (863) 250-42-00  Факс: +7 (863) 201-43-90  Электронная почта:  okt@rostgmu.ru</p>		
<p><b>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.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вариабельность клинической анатомии пупочной вены в зависимости от соматотипа и оптимизация трансумбиликального доступа к системе воротной вены / Б. М. Белик, А. Р. Сапралиев, С. Ю. Ефанов [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2022. – Т. 17, № 4. – С. 374-378. – DOI 10.14300/mnnc.2022.17090. – EDN CRRQXQ. (импакт-фактор 0,925)</li> <li>2. Белик Б. М. Выбор тактики лечения у больных тяжелым острым панкреатитом с учетом фактора внутрибрюшной гипертензии / Белик Б. М., Чиркинян Г. М., Тенчурин Р. Ш. [и др.] / Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2020. - №3. – С. 400-409. (импакт-фактор 0,082)</li> <li>3. Коррекция нарушений висцерального кровотока и кислородтранспортной функции портальной крови при распространенном 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. – EDN YKHOYD. (импакт-фактор 0,133)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Белик, Б. М. Особенности лечения синдрома кишечной недостаточности у больных с распространенным перитонитом и абдоминальным сепсисом / Б. М. Белик, Д. В. Мареев, М. А. Оскания [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2018. – № 1. – С. 67. – (импакт-фактор 0,200)</li> <li>2. Белик, Б. М. Внутрибрюшная гипертензия и синдром кишечной недостаточности как предикторы развития ранних органных дисфункций и инфекционных осложнений при панкреонекрозе / Б. М. Белик, Г. М. Чиркинян, Р. Ш. Тенчурин [и др.] // Инфекции в хирургии. – 2018. – Т. 16, № 1-2. – С. 46-47. – (импакт-фактор 0,233)</li> <li>3. Белик, Б. М. Роль коррекции синдрома энтеральной недостаточности в реализации принципа source control при распространенном гнойном перитоните и абдоминальном сепсисе / Б. М. Белик, Д. В. Мареев, С. Ю. Ефанов [и др.] // Инфекции в хирургии. – 2018. – Т. 16, № 1-2. – С. 17-18. – (импакт-фактор 0,233)</li> </ol>		
<p><b>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</b></p>				



<p>журнала на основании данных библиографической базы данных научных публикаций российских учёных - Российскому индексу научного цитирования (РИНЦ). (Указать выходные данные)</p>	<p>4. Постхолецистэктомический синдром, вызванный различными нарушениями кишечной проходимости / Ю. П. Савченко, В. М. Бенсман, Б. М. Белик [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2018. – Т. 25, № 4. – С. 79-84. – DOI 10.25207/1608-6228-201825-4-79-84. (импакт-фактор 0,264)</p>
<p>в) Общее число ссылок на публикации в РИНЦ</p>	<p>323</p>
<p>г) Участи с приглашёнными докладами на международных конференциях. (Указать тему доклада, а также название, дату и место проведения конференции)</p>	<p>1. Белик, Б. М. Абдоминальный сепсис при распространенном гнойном перитоните: модифицированные критерии диагностики и способы хирургического контроля источника инфекции / Б. М. Белик, И. А. Мизиев, М. А. Осканян [и др.] // Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения: Сборник материалов республиканской научно-практической видеоконференции с международным участием, Минск, 20 ноября 2020 года / Под редакцией Г.Г. Кондратенко. – Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2020. – С. 11-13.</p> <p>2. Белик, Б. М. Экспериментальное обоснование применения внутривортальных инфузий озонированных растворов при распространенном гнойном перитоните / Б. М. Белик, В. А. Суярко, М. А. Осканян [и др.] // Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения: Сборник материалов республиканской научно-практической видеоконференции с международным участием, Минск, 20 ноября 2020 года / Под редакцией Г.Г. Кондратенко. – Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2020. – С. 14-16.</p> <p>3. Белик, Б. М. Новые хирургические технологии в лечении инфицированного панкреонекроза / Б. М. Белик, Р. Ш. Тенчурин, А. Р. Дадаян [и др.] // Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения: Сборник материалов республиканской научно-практической видеоконференции с международным участием, Минск, 20 ноября 2020 года / Под редакцией Г.Г. Кондратенко. – Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2020. – С. 20-22.</p> <p>4. Белик, Б. М. Ишемически-реперфузионный синдром у больных распространенным перитонитом и абдоминальным сепсисом / Б. М. Белик, М. А.</p>

	<p>Осканян, А. Р. Сапралиев [и др.] // Актуальные вопросы и современные подходы в оказании хирургической помощи в Республике Беларусь: сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием и XXVIII Пленума Правления Белорусской ассоциации хирургов, Минск, 19 ноября 2021 года. – Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2021. – С. 25-26.</p>
<p><b>д) Рецензируемые монографии по тематике, отвечающей заявленной научной специальности. (Указать выходные данные, тираж)</b></p>	<p>нет</p>
<p><b>е) Препринты, размещённые в международных исследовательских сетях. (Указать электронный адрес размещения материалов)</b></p>	<p>нет</p>

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



Борис Михайлович Белик

Н.Г. Сапронова

«24» июня 2024 г.