

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 УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ
КАНДИДАТА НАУК

аттестационное дело № _____

решение диссертационного совета от 22.10.2024, №17

О присуждении Трифанову Николаю Александровичу, гражданину России, ученой степени кандидата медицинских наук.

Диссертация "Совершенствование диагностики и лечения больных с obturационной тонкокишечной непроходимостью" по специальности 3.1.9. Хирургия принята к защите 25.06.2024, протокол №13, 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, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4), действующим на основании приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации №2112/нк от 14.11.2023.

Соискатель Трифанов Николай Александрович, 1990 года рождения. В 2013 году с отличием окончил государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации. С 2016 г. по 2020 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 факультетской и госпитальной хирургии. Работает врачом – хирургом хирургического отделения №3 государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи" министерства здравоохранения Краснодарского края.

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

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Коровин Александр Яковлевич, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра факультетской и госпитальной хирургии, профессор кафедры.

Официальные оппоненты:

1. Жидовинов Алексей Александрович (гражданин России), доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Астраханский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра детской хирургии, 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 образовательное учреждение высшего образования "Волгоградский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград, в своём положительном заключении, подписанном Маскиным Сергеем Сергеевичем, доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой госпитальной хирургии указала, что "диссертация является законченной научно-квалификационной работой, полностью соответствует требованиям пункта 9 "Положения о присуждении

ученых степеней", утвержденного постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. №842, предъявляемым к кандидатским диссертациям, а её автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия".

Соискатель имеет 14 опубликованных работ по теме диссертации, из них в рецензируемых научных изданиях опубликовано 9 работ. Краткая характеристика работ (вид, количество, объем в страницах, творческий вклад соискателя в %): статьи в журналах – 10, 51, 85; материалы и тезисы научных конференций – 3, 11, 80; патенты на изобретения – 1, 7, 70. В диссертации отсутствуют недостоверные сведения об опубликованных соискателем работах.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Трифанов, Н.А. Гастроинтестинальная стромальная опухоль в инвагинате тонкой кишки / Н.А. Трифанов, А.Я. Коровин // Новости хирургии (Беларусь). – 2020. – Т. 28, №1. – С. 100-105.

2. Сочетанное осложнение гастроинтестинальной стромальной опухоли тонкой кишки / Н. А. Трифанов, А. Я. Коровин, А. Н. Манжос, А. В. Барсук // Кубанский научный медицинский вестник. – 2019. – №5. – С. 135-142.

3. Ишемический реперфузионный синдром у больных с распространённым перитонитом / А. Я. Коровин, С. Б. Базлов, М. Б. Андреева, Н. А. Трифанов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2015. – № 3-4. – С.35-40.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы от: Власова Алексея Петровича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой факультетской хирургии с курсами топографической анатомии и оперативной хирургии, урологии и детской хирургии Медицинского института федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва" и Панина Станислава Игоревича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой общей хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Волгоградский государственный медицинский

университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации. Отзывы критических замечаний не содержат.

Выбор официальных оппонентов и ведущей организации обосновывается тем, что специалисты указанных организаций являются известными и признанными учеными данной отрасли медицины, что подтверждается наличием соответствующих научных публикаций, размещенных на сайте: [http:// www.ksma.ru](http://www.ksma.ru).

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: **разработаны** новые научные идеи, обогащающие научную концепцию лечения больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью, основывающуюся на ранней этиологической диагностике, возможности миниинвазивных операций, особенностей декомпрессии брюшной полости; **предложены** оригинальные суждения по улучшению результатов лечения в виде выполнения расширенных операций при билиарном илеусе, миниинвазивных операций, «медленного» способа декомпрессии брюшной полости; **доказана** перспективность использования новых идей в практике в виде ранней этиологической диагностики, принципиальной возможности выполнения миниинвазивных операций и «медленного» способа декомпрессии при высоких степенях внутрибрюшной гипертензии, наличие зависимости между внутрибрюшной гипертензией, способами декомпрессии и полиорганной дисфункцией; **введены** новые термины: «медленная» и «быстрая» декомпрессия и методологические подходы к диагностике и лечению обтурационной тонкокишечной непроходимости и внутрибрюшной гипертензии.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: **доказаны** положения, показывающие диагностическую ценность исследования лактата крови как маркера реперфузионно-ишемического синдрома и риска полиорганной дисфункции при различных способах декомпрессии брюшной полости и динамики снижения внутрибрюшного давления; применительно к проблематике диссертации результативно **использован** комплекс современных

методов исследования, в том числе клинических, инструментальных, лабораторных; **изложены** доказательства целесообразности мониторинга внутрибрюшного давления и лактата крови, аргументы в пользу выполнения радикальных операций при билиарном илеусе, а также факты в пользу выполнения метода «медленной» декомпрессии при лечении обтурационной тонкокишечной непроходимости с высокими степенями внутрибрюшной гипертензии; **раскрыта** динамика течения внутрибрюшного давления, лактата у больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью; **изучены** причинно-следственные связи между скоростью снижения внутрибрюшного давления и риском развития реперфузионно-ишемического синдрома с полиорганной дисфункцией; **проведена модернизация** существующих алгоритмов диагностики и лечения обтурационной тонкокишечной непроходимости, обеспечивающих получение новых результатов.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: **разработаны и внедрены** рекомендации по ранней диагностике и лечению, новым принципам декомпрессии брюшной полости, в виде образовательных технологий (докладов и лекций) и актов внедрения в клиническую лечебную работу; **определены** перспективы практического применения миниинвазивных операций и различных способов декомпрессии брюшной полости и желудочно-кишечного тракта; **созданы** актуальные практические рекомендации по диагностике и лечению больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью; **представлены** предложения по дальнейшему изучению новых направлений клинической и научной работы по исследуемой теме.

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, общепризнанные 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, 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. При отсроченном ушивании брюшной полости после лапаростомии, всегда ли удавалось ушить апоневроз, не было ли его латерализации?
2. У больных, которым не выполнялась ликвидация холецистодуоденального свища, наблюдались ли осложнения в отдаленном периоде в связи с существованием оставленного патологического соустья?
3. В какой мере оправдан отказ от назоинтестинальной интубации и дренирования тонкой кишки у части больных с «запущенными» формами обтурационной тонкокишечной непроходимости, тем более, что это регламентировано в Российских клинических рекомендациях?
4. Каким образом и когда устранялась подкожная эвентрация у больных обтурационной тонкокишечной непроходимостью после ушивания кожи без апоневроза?
5. Как часто у пациентов формировались вентральные грыжи?
6. 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?
7. В какой мере для обтурационной кишечной непроходимости вообще характерно развитие ишемического реперфузионного синдрома, учитывая

отсутствие странгуляционного компонента?

8. Применялись ли у данных пациентов методы энтеральной детоксикации?
9. Насколько оправдано 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?
10. Таблица 8 (критерии стадий синдрома кишечной недостаточности) является оригинальной или представлена на основе данных литературы?
11. В каком объеме выполнялась лимфодиссекция при наличии злокачественных новообразований тонкой кишки?

Соискатель Трифанов Н.А. согласился со всеми замечаниями, убедительно ответил на задаваемые ему в ходе заседания вопросы и привел собственную аргументацию:

1. Всем больным которым выполнялись релапаротомии после лапаротомии (швы на кожу) удавалось осуществить фасциальное закрытие брюшной полости, выраженной латерализации апоневроза не наблюдали.
2. В задачи исследования не входило изучение отдаленных результатов, однако, при выписке пациентам рекомендовалось выполнить второй этап лечения - ликвидацию билио-дигестивного сообщения. Обратился только 1 пациент, которому произведен второй этап: разобщение холецистодуоденального свища и холецистэктомия.
3. Интубация тонкой кишки не лишена недостатков и осложнений, связанных с установкой и нахождением зонда в тонкой кишки, а целесообразность и эффективность процедуры остается дискуссионной. Ряд исследований и метаанализов, как зарубежных, так и отечественных, ставят под сомнение эффективность и пользу обязательной интубации тонкой кишки. Назоинтестинальный зонд не удавалось установить из-за подпеченочного спаечного процесса, вызванного существованием холецистодуоденального свища. А реальная травматизация стенки кишки, при настойчивом выполнении процедуры, отдалает восстановление перистальтики кишки. Как показали наши

наблюдения – назоинтестинальная интубация приводила к резкому падению внутрибрюшного давления и манифестации полиорганной дисфункции в большем количестве случаев, чем в случаях отказа от назоинтестинальной интубации, лапаростомы и консервативных мероприятий, направленных на борьбу с парезом.

4. Сшивание апоневроза или фасциальное закрытие брюшной полости после лапаростомии (швов на кожу) выполняли в сроки 3-5 суток после купирования пареза, снижения внутрибрюшного давления и стабильном состоянии больного. Технически это выполнялось стандартным послойным ушиванием лапаротомной раны с чередованием узловых и 8-образных, или швов Кунца, апоневротических швов.

5. У части коморбидных пациентов, которым не выполнялась релапаротомия для ушивания апоневроза формирование послеоперационной вентральной грыжи - это закономерный процесс. Данную патологию можно отнести к поздним осложнениям, изучение и анализ которой не входило в задачи исследования. Однако, у некоторых больных, которые обращались к нам повторно в течении года после выписки с другой патологией, наблюдались послеоперационные вентральные грыжи.

6. Травма стенки тонкой кишки во время назоинтестинальной интубации провоцирует усиление процессов транслокации из просвета кишечника, однако зонд при его установке и выполнении декомпрессии тонкой кишки активной аспирацией приводит к быстрому спадению кишечника и нарастанию отека его стенки. Известно, что одним из осложнений тяжелой кишечной непроходимости являются перфорации кишки, вызванные не только диастатическими разрывами, но и локальными участками некроза на фоне нарушения внутривисцерального кровообращения. Эти изменения стенки связаны с реперфузией мезентериального и внутривисцерального сосудистого русла. Концентрация лактата повышается при любом виде декомпрессии, что не противоречит патогенезу развития реперфузионно-ишемического синдрома. Интубация тонкой кишки, по нашим данным, и представляет собой «быструю»

декомпрессию, которая достоверно обрушает внутрибрюшное давление за счет устранения внутрикишечной гипертензии и достоверно увеличивает концентрацию лактата, в отличие от «медленной», хотя в последнем случае, имеется та или иная травма кишки, вызванная оперативными приемами. Таким образом если мы говорим о «быстрой» декомпрессии (не только внутрипросветной, но и абдоминальной в целом) то она неразрывно связана с синдромом ишемии-реперфузии, который при назоинтестинальной интубации реализуется в максимальной степени.

7. Как показали наши наблюдения, реперфузионный синдром характерен только при «запущенных» формах обтурационной тонкокишечной непроходимости сопровождающихся внутрибрюшной гипертензией III и IV степени, ввиду большой площади кишечной стенки, и прежде всего слизистой оболочки, находящейся в условиях микроциркуляторной ишемии, после оперативного разрешения непроходимости и декомпрессии.

8. Специальных методов энтеральной детоксикации не применялось, кроме общего ухода за назоинтестинальным зондом, его фракционного промывания солевым раствором с целью профилактики обтурации просвета. Кишечный лаваж, который при этом осуществлялся, выполнял роль метода энтеральной детоксикации.

9. Литературные данные свидетельствуют о достаточно редких, но описанных случаях осложнений длительно существующих холецистодигестивных фистул, таких как рак желчного пузыря, деструктивный холецистит с перивезикальным абсцессом, синдром Миризи, рецидив желчнокаменной непроходимости, гнойный холангит. Выполнение радикальных операций оправдано и безопасно при соблюдении следующих условий: стабильное состояние пациента во время операции, компенсированная коморбидная патология, отсутствие тяжелых заболеваний с высоким риском смерти в недалекой перспективе, достаточный опыт хирургической бригады в операциях (и прежде всего эндохирургический) на внепеченочных желчевыводящих путях.

10. Данная таблица представлена на основе анализа литературных данных, в том числе монографии В.С. Савельев, В.А. Петухов. Перитонит и эндотоксиновая агрессия. М.: 2012, и адаптирована к нашему исследованию.

11. Все операции носили экстренный характер, патогистологические заключения подтверждавшие злокачественный характер выполнялись в послеоперационном периоде в сроки 7-10 суток. Резекция кишки выполнялась по стандартным методикам с клиновидным иссечением брыжейки с лимфатическими узлами.

На заседании 22 октября 2024 г. диссертационный совет принял решение за разработку теоретических положений, совокупность которых можно квалифицировать как решение научной задачи, имеющей важное значение для развития хирургии – улучшение результатов лечения больных с обтурационной тонкокишечной непроходимостью путём совершенствования ранней диагностики, лечения и хирургической тактики – присудить Трифанову Н.А. ученую степень кандидата медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 19 человек, из них 8 докторов наук по специальности рассматриваемой диссертации 3.1.9. Хирургия, участвовавших в заседании, из 24 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за – 19, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель
диссертационного совета 21.2.014.04
профессор, академик РАН

Порханов
Владимир Алексеевич

Ученый секретарь
диссертационного совета 21.2.014.04
профессор

Гуменюк Сергей Евгеньевич

22.10.2024