

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

заслуженного деятеля науки Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии Института профессионального образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кормасова Евгения Анатольевича на диссертацию Шевченко Александра Александровича «Региональная организационно-тактическая модель оказания хирургической помощи пациентам с глубокой стерильной инфекцией после кардиохирургических операций», представленную к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия (медицинские науки)

Актуальность проблемы

Представленная диссертация имеет очень важное значение для современной хирургии и кардиоторакальной хирургии. Несмотря на свою междисциплинарность, работа совершенно четко знаменует собой ту роль, которую сегодня должна занимать и занимает гнойная хирургия.

Современные национальные проекты с большими, красивыми, жизнеспасающими операциями требуют поддержки и коррекции неизбежно возникающих осложнений. И хотя частота этих осложнений невелика, но нарастающие темпы и объемы операций приводят к увеличению абсолютного числа пациентов с инфекционными осложнениями области хирургического вмешательства. В этих условиях гнойная хирургия превращается из «извечной падчерицы большой красивой хирургии» в «золушку, спасающую человека». Более того, современные обстоятельства заставляют гнойную хирургию развиваться и совершенствоваться. Именно поэтому современные технологии лечения хирургической инфекции претендуют на то, чтобы считать их высокотехнологичной помощью и, не побоюсь этого слова, отдельным национальным проектом.

Последнее десятилетие XXI века характеризуется непрерывным ростом научных исследований, посвященных лечению осложнений после стернотомии, предпринятой в качестве хирургического доступа для операций аортокоронарного шунтирования и протезирования клапанов. Каждый исследователь безусловно вносит существенный вклад в решение той или иной научной задачи, будь то купирование острой фазы воспаления, либо реконструктивный этап лечения.

Однако если рассмотреть эффективность стратегии в целом, она еще далека от разрешения. И проблема кроется не только в том, чтобы

купировать постстернотомный медиастинит. Как раз то в этом в стране уже достигнуты значимые успехи.

На мой взгляд, важной проблемой является обеспечение равных возможностей оказания хирургической помощи в разных регионах нашей большой страны. К сожалению, региональные концепции до сих пор различаются. Ряд кардиохирургических клиник сами долечивают свои осложнения, другие – являются активными сторонниками маршрутизации пациентов после стернотомии на долечивание в торакальные хирургические отделения. До сих пор существует тенденция лечения пациентов в общехирургических отделениях. Все это происходит на фоне отсутствия национальных клинических рекомендаций. Наверное, только накопление коллективного опыта, отсеивание всего «наносного» и сохранение рационального в этом вопросе позволит выработать единую стратегию, которая будет экстраполирована на всю страну.

Представленная работа Шевченко Александра Александровича вносит громадный вклад в решение этой глобальной проблемы.

Конечно же, подобные попытки предпринимались и предпринимаются. Но данное научное исследование отличается самобытностью и оригинальностью.

Степень обоснованности и достоверность научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Надёжность полученных результатов подтверждена объёмом клинического материала (206 наблюдений), корректным распределением пациентов на группы наблюдения и сравнения, а также применением современных методов статистической обработки с проверкой статистических гипотез. Сопоставление данных с результатами отечественных и зарубежных исследований свидетельствует об их соответствии актуальному уровню научных представлений.

Использование независимых массивов данных снизило вероятность выборочных искажений и повысило надёжность выводов. На основании проведённых расчётов, статистического анализа и клинической интерпретации сформулированы обоснованные выводы и практические рекомендации. Для статистической обработки данных были использованы специализированные и лицензированные программы.

По теме диссертации опубликовано 28 печатных работы, в том числе 13 статей в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации результатов исследований по докторским диссертациям, из них 4 – в изданиях, входящих в международную базу Web of Science. Получено 3 Патента РФ на изобретения. Издано руководство для врачей.

Научная новизна исследования и полученных результатов, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Главное научное достижение диссертанта – создание и обоснование региональной организационно-тактической модели оказания хирургической помощи пациентам с глубокой стеральной инфекцией после кардиохирургических операций.

Эта модель включает несколько разноплановых компонентов, каждый из которых представляет собой научную новизну.

Во-первых, важное научное значение имеют эпидемиологические аспекты глубокой стеральной инфекции в Хабаровском крае, которые позволяют планировать оказание этой помощи. С учетом этого представлены рекомендации по улучшению диспансерного наблюдения кардиохирургических больных после срединной стернотомии.

Во-вторых, усовершенствована классификация стеральной инфекции для первого этапа с критериями оценки микробной флоры и её антибиотикорезистентности, сепсиса, характера поражения грудины и степени тяжести глубокой стеральной инфекции. Также усовершенствована классификация второго этапа с уточнением характера поражения грудины и определением риска операции, что позволило создать алгоритм лечения с определением оптимального способа пластики дефекта грудной стенки и лечения пациентов с высоким (IV ст.) операционным риском.

В-третьих, на основе предложенной классификации глубокой стеральной инфекции по степеням тяжести создан научно обоснованный алгоритм маршрутизации пациентов. Автором обоснована этапная госпитализация, а также возможность промежуточного лечения на амбулаторном этапе.

В-четвертых, решены вопросы улучшения первичной диагностики.

В-пятых, улучшены аспекты диагностики некротических поражений грудины при фрагментации одной из створок. Выделены понятия раннего, отсроченного и позднего реостеосинтеза грудины и их критерии. Сформулированы критерии готовности к отсроченному и позднему реостеосинтезу.

В-шестых, усовершенствованы способы вакуум-терапии с перфузионной системой, способ хирургической пластики дефекта грудины после экстирпации грудины и способ перемещения лоскута большого сальника на переднюю грудную стенку при пластике раневых дефектов.

В-седьмых, модифицирован метод профилактики стеральной инфекции у кардиохирургических больных.

Значимость для науки и практики результатов диссертации, возможные конкретные пути их использования

Полученные результаты имеют научную и практическую значимость для совершенствования системы оказания помощи пациентам в кардиоторакальной хирургии.

Основными практическими достижениями являются создание регионального регистра пациентов с глубокой стернальной инфекцией, улучшение планирования деятельности торакального хирургического отделения, улучшение результатов лечения на каждом этапе (сроков очищения раны и готовности к пластическому этапу), снижение частоты рецидивов глубокой стернальной инфекции, снижение затрат на профилактику глубокой стернальной инфекции после кардиохирургической операции, улучшение диспансерного наблюдения кардиохирургических больных после срединной стернотомии.

Конкретные рекомендации по использованию результатов и выводов диссертационной работы

Весьма положительно оцениваю данную модель с организационной точки зрения. Она может быть масштабирована и в другие субъекты Российской Федерации.

Выводы и результаты диссертационной работы соискателя могут быть использованы в клинической практике при лечении пациентов в кардиохирургических отделениях, а также в хирургических и торакальных хирургических отделениях, занимающихся лечением хирургической инфекции и постстернотомными осложнениями, многопрофильных стационаров III уровня, научно-исследовательских институтах, национальных исследовательских медицинских центрах.

Разработанные подходы могут быть внедрены в педагогический процесс при подготовке обучающихся по программам высшего образования (ординатура) по специальностям «хирургия» и «сердечно-сосудистая хирургия», при повышении квалификации врачей по программам дополнительного профессионального образования по специальностям «хирургия» и «сердечно-сосудистая хирургия».

На основании полученных результатов автор может быть включен в рабочую группу по разработке и созданию Национальных клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике постстернотомных осложнений.

Общая характеристика работы

Диссертация изложена на 280 страницах машинописного текста и состоит из введения, 8 глав, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы. Полученные результаты иллюстрированы 62 рисунками и 42 таблицами. В списке литературы содержится 423 источников, из которых 328 – зарубежные.

Во «Введении» четко обозначена цель исследования и задачи, которые сформулированы рационально и раскрывают основное содержание работы. Положения, выносимые на защиту сформулированы четко.

Глава 1 (обзор литературы) содержит систематизированный анализ 423 литературных источников. Обзор отражает современное состояние проблемы, выявляет существующие противоречия и обосновывает необходимость проведения настоящего исследования. Информационная база проведенного исследования достаточно широкая. Автор рассматривает частоту и классификацию стеральной инфекции, факторы риска и профилактику ее, диагностику и современные методы лечения глубокой стеральной инфекции.

В главе 2 изложены материалы и методы клинического исследования. Дизайн исследования соответствует поставленным цели и задачам. Включенный материал достаточен для анализа и выводов. Четко определены критерии включения и исключения, обеспечена однородность выборок и корректность статистической обработки. Период наблюдения достаточный для вынесения надежных заключений.

Глава 3 посвящена эпидемиологическим аспектам и маршрутизации пациентов на этап специализированной торакальной хирургической помощи. Рассмотрены также организационные аспекты реконструктивного этапа.

Казалось бы, целесообразность двухэтапности доказана фундаментальными работами профессора А.А. Вишневого (мл.). Однако погоня за показателями стала приводить к торопливости и одноэтапности лечения данной категории пациентов: все этапы лечения стали укладываться одну госпитализацию, а торактомия и реконструкция выполнялась одномоментно с элиминацией инфекции. Все это сопровождается ухудшением непосредственных результатов лечения в виде рецидива инфекции.

С другой стороны, длительное пребывание в стационаре для элиминации инфекции парадоксально приводит к еще большему инфицированию уже внутрибольничной флорой, а выписка пациента на амбулаторное лечение «отбрасывало» пациента к тому состоянию раны, с которого все начиналось.

Вопрос №1. Что, на Ваш взгляд, является более опасным – рецидив инфекции вследствие недостаточного ее купирования перед реконструктивным этапом во время одной госпитализации или реинфекция в амбулаторных условиях, как промежуточном этапе, вследствие некорректной санации раны?

В главе 4 рассматривается диагностика глубокой стеральной инфекции и предлагается авторская классификация ее.

Мне понравилась классификация в аспекте тяжести глубокой стеральной инфекции. Но вызывают вопросы критерии средней степени тяжести. Остеомиелит грудины без выраженного переднего медиастинита при стабильной груди при наличии «кратковременного сепсиса и полиорганной недостаточности» - это мало реальная ситуация. Передний медиастинит обязательно есть в такой ситуации. А вот сепсиса и ПОН не бывает. Потому что сепсис и ПОН относят пациентов уже у тяжелой степени. Понятие «кратковременный сепсис и ПОН» некорректны.

Глава 5 посвящена результатам лечения пациентов контрольной группы. При этом автор выделяет причины неудовлетворительных результатов, для того чтобы далее внести коррективы в усовершенствованную хирургическую тактику.

В **главе 6** представлены результаты лечения пациентов основной группы. При этом рассматривается новая региональная организационно-тактическая модель оказания помощи. Автор анализирует элиминационный и реконструктивный этапы лечения, особенности выполнения операций, показания к переходу к реконструктивному этапу.

Не могу согласиться с тем, то пациенты с легкой и средней степенью тяжести глубокой стеральной инфекции могут на первом этапе лечиться в общехирургическом отделении. На мой взгляд, региональная модель отдаленного федерального округа должна, наоборот, подразумевать концентрацию пациентов в специализированном торакальном отделении, а не рассредоточение их. Ибо в этом кроется опасность неправильного стартового лечения.

Вопрос №2. В случае развития стерномедиастинита при нестабильной грудине через какое время после стернотомии Вы допускаете снятие металлических лигатур, и если делаете это сразу же, то как преодолеваете нарушение функции внешнего дыхания?

Вопрос №3. В зависимости от чего Вы осуществляете выбор пластического материала – большой сальник или миопластика?

Вопрос №4. Насколько целесообразен и эффективен реостеосинтез в условиях асимметричных, фрагментированных створок, их остеопороза и остеосклероза после элиминации инфекции? Чем Вы его выполняли в ранний, отсроченный и поздний периоды?

Вопрос №5. В алгоритме указывается, что при стабильной грудине и при фрагментации той или иной половины применялась резекция грудины с пластикой лоскутом большой грудной мышцы. Как может сочетаться стабильность грудины с ее фрагментацией? Зачем резецировать стабильную грудину? Зачем нужна пластика мышц при стабильной грудине? Какой лоскут большой грудной мышцы Вы используете – мобилизованный или ротированный?

В **главе 7** дается интегральная оценка результатов лечения.

На мой взгляд, классификация оценки результатов должна быть единой для всех форм глубокой стеральной инфекции (и в группе А, и в группе Б) и основываться на отсутствии или наличии рецидива инфекции. Совершенно справедливо автор отмечает, что стабильность грудины не может быть главной целью.

Глава 8 посвящена профилактике глубокой стеральной инфекции после хирургических операций. Думаю, что это важный, но в данной работе лишний фрагмент, поскольку в нем задействована совершенно другая выборка пациентов без глубокой стеральной инфекции. Кроме того, в автореферате диссертации не содержится никаких сведений об этом

фрагменте работы, что не дает широкому кругу читателей верного представления.

Обсуждение обобщает все данные, полученные диссертантом. Но сравнение полученных данных с результатами других исследователей не проводится, четко не обозначены принципиальные позиции по наиболее злободневным в хирургическом сообществе вопросам. А ведь это является, пожалуй, самым «вкусным» разделом любой диссертации.

Выводы и практические рекомендации логичны, обоснованы и вытекают из данных, полученных в результате исследования, соответствуют поставленным задачам. В практические рекомендации следовало бы включить показания к применению лоскута большой грудной мышцы и в каком варианте следует это выполнять.

Соответствие содержания автореферата основным положениям и выводам диссертации

Автореферат полностью отражает содержание диссертации. Принципиальных замечаний к автореферату нет.

Вопросы и замечания по диссертации

Возникшие вопросы отражены мною в соответствующих разделах отзыва. Они носят дискуссионный характер и направлены на более глубокое знакомство с диссертацией. Принципиальных замечаний нет. Могу лишь сказать, что очень «выматывает» огромное количество сокращений слов.

В заключении хочу подчеркнуть, что диссертация носит своеобразный мировоззренческий характер, являясь олицетворением философских законов – «единства и борьбы противоположностей» и «отрицание отрицания».

Поясню. На первый взгляд, хорошо известный и порой избитый лозунг «большая страна – равные возможности» в преломлении к отдаленному федеральному округу должен быть перефразирован в такой: «большая страна – разные возможности». Но на второй взгляд, данная работа все-таки подтверждает правильность тезиса «большая страна – равные возможности», ибо достигнутые диссертантом результаты в полной мере соответствуют общероссийским, а в некоторых моментах даже превосходят их.

Заключение

Диссертация Шевченко Александра Александровича «Региональная организационно-тактическая модель оказания хирургической помощи пациентам с глубокой стерильной инфекцией после кардиохирургических операций» представляет собой самостоятельно выполненное и завершённое научно-квалификационно : исследование, в котором автором решена проблема и открыто новое научно-практическое направление – улучшение

результатов лечения глубокой стеральной инфекции после кардиохирургических операций за счет разработки региональной модели оказания помощи этим пациентам, что полностью соответствует требованиям пп. 9-14 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013 г., № 842 (в актуальных редакциях), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора наук, а ее автор, Шевченко Александр Александрович заслуживает присуждения искомой ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия (медицинские науки).

Официальный оппонент -

заведующий кафедрой хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии
Института профессионального образования
федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
заслуженный деятель науки Российской Федерации,
доктор медицинских наук (14.01.17 - Хирургия), профессор

Корымасов Евгений Анатольевич

10 сентября 2026 г.

443099, Российская Федерация,
г. Самара, ул. Чапаевская, 89
Тел. +7 (846) 3741001
info@samsmu.ru
https://samsmu.ru/
e.a.korymasov@samsmu.ru



Сведения об официальном оппоненте

по диссертации Шевченко Александра Александровича на тему «Региональная организационно – тактическая модель оказания хирургической помощи пациентам с глубокой стеральной инфекцией после кардиохирургических операций», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия.

Фамилия, имя, отчество	Корымасов Евгений Анатольевич
Год рождения, гражданство	1966, Российская Федерация
Ученая степень (с указанием шифра специальности научных работников, по которой защищена диссертация)	Доктор медицинских наук (14.01.17- Хирургия)
Ученое звание	Профессор
Основное место работы	
Полное наименование организации в соответствии с уставом	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России)
Адрес	443099, Российская Федерация, г. Самара, ул. Чапаевская, 89
Наименование подразделения	Кафедра хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии Института профессионального образования
Должность	Заведующий кафедрой
Телефон (оппонента)	8-927-608-00-41
e-mail (оппонента)	korymasov@mail.ru
Перечень опубликованных работ по специальности оппонируемой диссертации	
1. Рандомизированное клиническое исследование эффективности ведения торакотомной раны с целью профилактики инфекционных осложнений и дополнительного обезболивания / А.М. Вдовин, Е.А. Корымасов, Е.А. Тонеев [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2026. – Т. 15, № 1. – С. 33-43. – DOI 10.23934/2223-9022-2026-15-1-33-43. – EDN GPLLTJ. 2. Медведчиков-Ардия, М.А. Современные возможности пластики грудной стенки с помощью большой грудной мышцы / М.А. Медведчиков-Ардия, Е.А. Корымасов, А.С. Бенян // Наука и инновации в медицине. – 2024. – Т. 9, № 2. – С. 154-160. – DOI 10.35693/SMI568135. – EDN EMKMLR. 3. Бенян, А.С. Реконструктивно-восстановительные вмешательства при поздних осложнениях закрытой травмы груди / А.С. Бенян, Е.А.	

4. Медведчиков-Ардия, М.А. Полнослойный лоскут большой грудной мышцы при постстернотомном медиастините / М.А. Медведчиков-Ардия, Е.А. Корымасов, А.С. Бенян // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2023. – Т. 12, № 4. – С. 697-701. – DOI 10.23934/2223-9022-2023-12-4-697-701. – EDN GPLLTJ.
5. Применение большой грудной мышцы для пластики грудной стенки после ее инфекционно-воспалительных заболеваний / М.А. Медведчиков-Ардия, Е.А. Корымасов, А.С. Бенян [и др.] // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. – 2023. – Т. 11, № 4(42). – С. 60-66. – DOI 10.33029/2308-1198-2023-11-4-60-66. – EDN GVXYJJ.

В соответствии с п. 28 Положения о совете по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, утвержденным приказом Минобрнауки России от 13.01.2014 № 7, п. 23 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 и п. 4.12 приказа Минобрнауки России от 09.01.2020 № 1 «Об определении состава информации о государственной научной аттестации для включения в федеральную информационную систему государственной научной аттестации» даю согласие на обработку персональных данных, в том числе на совершение действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление), обезличивание, блокирование, уничтожение, использование и размещение их на официальном сайте ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России и в единой информационной системе в сети «Интернет».

Не являюсь соавтором соискателя по опубликованным работам по теме диссертации.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Самарский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России)

ВЕРНО:

Подлинник документа находится
в ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Проректор по административной, организационной, воспитательной и
воспитательной работе

« 19 » 06 2026 г.