

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора по научной и образовательной деятельности

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России,

д.м.н., профессор РАН

А.В. Петровский

«18» мая 2026 г.



ОТЗЫВ ВЕДУЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина»

Министерства здравоохранения Российской Федерации о научной и практической значимости диссертации Медведева Андрея Юрьевича на тему «Новые подходы к периоперационной профилактике и коррекции синдрома белково-энергетической недостаточности у пациентов высокого операционно-анестезиологического риска в абдоминальной онкохирургии», представленной к защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по научной специальности

3.1.12. Анестезиология и реаниматология

Актуальность темы диссертационного исследования

В структуре современной онкохирургии пациенты с высоким операционно-анестезиологическим риском представляют собой наиболее сложную категорию больных, требующих комплексного подхода к предоперационной подготовке и послеоперационному ведению. Наличие распространенного злокачественного процесса, тяжелой сопутствующей патологии и возрастных изменений обуславливает высокую частоту развития синдрома белково-энергетической недостаточности (БЭН), которая, по данным различных авторов, достигает 60–80% у пациентов с опухолями желудочно-кишечного тракта.

БЭН у онкологических пациентов тесно связана с ухудшением переносимости радикальных оперативных вмешательств, увеличением частоты инфекционных осложнений, несостоятельности анастомозов, удлинением сроков пребывания в стационаре и повышением послеоперационной летальности. При этом стандартные антропометрические параметры, включая индекс массы тела и уровни белков плазмы,

зачастую не отражают истинного дефицита мышечной ткани, особенно в условиях развивающейся саркопении. Существующие скрининговые шкалы (NRS-2002, MUST и другие) не всегда обеспечивают полноценную стратификацию пациентов по степени тяжести специфичного для онкологических пациентов синдрома анорексии-кахексии (САКОБ), а подходы к предоперационной НП нередко носят шаблонный характер, не учитывают индивидуальных особенностей расстройств белково-энергетического обмена.

Несмотря на наличие клинических рекомендаций таких известных сообществ специалистов как ФАР, ESPEN, ASPEN, ERAS, вопросы персонализации нутритивной поддержки у пациентов высокого операционно-анестезиологического риска остаются недостаточно изученными. Отсутствуют единые подходы к выбору оптимальной стратегии предоперационной нутритивной подготовки и послеоперационного ведения в зависимости от стадии раковой кахексии.

Таким образом, разработка и внедрение в клиническую практику алгоритма дифференцированной периоперационной нутритивной поддержки, основанного на комплексной оценке ключевых параметров нутритивного статуса и стадировании САКОБ, является актуальной научно-практической задачей, что и определило направление выполненного диссертационного исследования.

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

Автором впервые для онкологических пациентов высокого операционно-анестезиологического риска в абдоминальной хирургии научно обоснована и доказана необходимость практического перехода к комплексной оценке нутритивного статуса, интегрирующей скрининговые шкалы (NRS-2002, ESMO-2008), новую шкалу стадирования кахексии (2018) с биоимпедансным анализом компонентного состава тела. Это позволило выявить значительно более высокую распространенность и тяжесть САКОБ (кахексия у 49,1% пациентов, прекахексия у 25,5% пациентов при нормальных значениях индекса массы тела), чем при использовании традиционных рутинных методов предоперационного обследования.

Диссертантом разработан и внедрен новый принцип стратификации пациентов онкохирургического профиля. Впервые показано, что применение новой шкалы стадирования кахексии 2018 позволяет дифференцировать пациентов на 4 группы, что является основой персонализации нутритивной поддержки в периоперационном периоде.

Впервые с помощью метода биоимпедансного анализа (БИА) установлено, что «традиционный» подход к оценке и подготовке пациента к операции ведет к

прогрессирующей послеоперационной потере мышечных компонентов состава тела (тощей массы, активной клеточной массы, скелетно-мышечной массы), в то время как «дифференцированная» предоперационная нутритивная поддержка обеспечивает максимальный значимый прирост показателей, отражающих состояние мышечного компартмента.

Автором впервые предложен, научно обоснован и доказал свою эффективность оригинальный алгоритм дифференцированной периоперационной нутритивной поддержки у онкохирургических пациентов высокого риска, позволяющий по сравнению с традиционными подходами улучшить показатели клинического исхода — снизить частоту развития пневмонии после операции, анастомозитов, несостоятельности анастомозов и сократить длительность пребывания в отделении реанимации и в стационаре.

Научная новизна сформулированных автором выводов и практических рекомендаций не подлежит сомнению. Выводы, сформулированные в диссертации, полностью отражают полученные соискателем в ходе исследования результаты.

Новизна выполненной работы подтверждается наличием у автора 4 статей в изданиях, входящих в «Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертации на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук», установленный Министерством науки и высшего образования Российской Федерации.

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

Соискателем представлен к защите оригинальный научно-исследовательский труд, представляющий собой анализ и обобщение результатов, полученных в ходе обследования и лечения 175 пациентов высокого операционно-анестезиологического риска в абдоминальной онкохирургии. Не вызывает сомнений правомочность критериев включения, исключения и невключения пациентов в исследование, что делает группы сравнения (группа 1 — $n=55$, группа 2 — $n=50$, группа 3 — $n=70$) однородными и сопоставимыми по основным демографическим и клиническим характеристикам.

Методы исследования соответствуют цели и задачам, поставленным в работе. Диссертантом использован широкий спектр современных методов: клинические (оценка риска развития послеоперационных осложнений по шкалам ASA, POSSUM, индексу коморбидности Charlson), лабораторные (определение ключевых маркеров БЭН — общего белка, альбумина, трансферрина, лимфоцитов), инструментальные (биоимпедансный

анализ компонентного состава тела). Также проведена оценка нутритивного статуса и стадии кахексии с помощью специализированных шкал (NRS-2002, ESMO-2008, новая шкала стадирования кахексии 2018, SARC-F).

Научные положения, выдвинутые на защиту, обоснованы и доказаны в ходе реализации задач исследования. Выводы, сделанные автором, тесно привязаны к задачам исследования и подтверждены современными методами статистической обработки и анализа. Практические рекомендации обоснованы, логичны и аргументированы фактами, полученными в ходе выполнения исследования.

Соответствие содержания диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации Медведева А.Ю. соответствуют паспорту научной специальности 3.1.12. Анестезиология и реаниматология: направлениям исследования п. 5. Разработка и совершенствование шкал, алгоритмов и программ для прогнозирования течения и исходов критических состояний; п. 12. Энтеральное и парентеральное питание, коррекция белково-энергетического статуса пациентов; п. 13. Методы и средства мониторинга, поддержания и протезирования жизнеобеспечивающих функций организма.

Значимость результатов для медицинской науки и клинической практики

Результаты исследования Медведева А.Ю. расширяют представления о структуре и тяжести нарушений белково-энергетического обмена и нутритивного статуса у пациентов высокого операционно-анестезиологического риска в абдоминальной онкохирургии. Продемонстрирована высокая частота развития САКОБ при сохранении нормальных значений массы тела и индекса массы тела, что подтверждает ограниченную информативность традиционно используемых антропометрических методов у данной категории больных и обосновывает необходимость применения альтернативной комплексной диагностики.

Разработанный и внедренный в клиническую практику оригинальный алгоритм дифференцированной периоперационной нутритивной поддержки, основанный на стратификации пациентов по стадиям кахексии, имеет высокую практическую значимость. Применение данного алгоритма позволяет персонализировать тактику предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, что способствует: статистически значимому снижению частоты послеоперационных пневмоний (с 30,9% до 0%); снижению частоты несостоятельности анастомозов (с 10,9% до 0%); снижению частоты анастомозитов (с 14,5% до 1,4%); сокращению длительности пребывания в ОАР (с 6,0 до 4,0 суток); уменьшению длительности пребывания в стационаре (с 15,0 до 13,0

суток). Разработанный оригинальный алгоритм дифференцированной периоперационной нутритивной поддержки используется в повседневной работе подразделений КГБУЗ «КККОД им. А.И. Крыжановского» (г. Красноярск).

Структура и содержание работы

Диссертация написана по традиционной схеме и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, перспектив дальнейшей разработки темы, списка сокращений и списка литературы. Работа включает 133 страницы машинописного текста, содержит 42 таблицы и 1 рисунок. Список литературы состоит из 135 библиографических источников (16 отечественных и 119 зарубежных).

В разделе введение автором обоснована актуальность исследования, четко сформулированы его цель и задачи, обоснованы научная новизна и практическая значимость, изложены основные положения, выносимые на защиту.

В обзоре научной литературы (глава 1) автором представлены современные сведения как российских, так и зарубежных исследователей по основным методам оценки нутритивного статуса, особенностям развития и прогрессирования БЭН у пациентов высокого риска, проблемам ранней диагностики и коррекции НН и САКОБ в абдоминальной онкохирургии. Обзор литературы структурирован в соответствие с установленными задачами, достаточен для формирования научных представлений по обозначенной теме диссертационного исследования, написан хорошим профессиональным языком.

Во II главе дана характеристика клинического материала и методов исследования. Дизайн работы представлен как проспективное одноцентровое открытое рандомизированное контролируемое исследование, куда вошли 175 пациентов. Приведены критерии включения, исключения и невключения в исследование. Пациенты были разделены на 3 группы: группа 1 – с «традиционным» методом ведения периоперационного периода ($n=55$), группа 2 – с «недифференцированной» предоперационной нутритивной поддержкой ($n=50$), группа 3 – с «дифференцированным» подходом к предоперационной нутритивной поддержке ($n=70$). Выделенные группы были сопоставимы по основным характеристикам. Приведены изучаемые клинико-лабораторные и биохимические показатели, шкалы оценки нутритивного статуса и стадий кахексии. В конечном счете это позволило всесторонне изучить динамику нутритивного статуса и компонентного состава тела у пациентов выделенных групп. Представлены методы статистической обработки материала, позволяющие минимизировать возможность систематических ошибок.

В главе III представлена динамика основных показателей нутритивного статуса и компонентного состава тела у пациентов группы 1 с «традиционным» методом ведения периоперационного периода. Проведен анализ основных маркеров БЭН и показателей биоимпедансного анализа, частоты послеоперационных осложнений.

В главе IV представлен анализ динамики основных показателей нутритивного статуса, компонентного состава тела, частоты осложнений и клинического исхода у пациентов группы 2 при проведении «недифференцированной» предоперационной нутритивной поддержки, а также сравнительный анализ с группой 1.

В главе V приведены результаты анализа динамики основных показателей нутритивного статуса, компонентного состава тела, частоты осложнений и клинического исхода у пациентов группы 3 при «дифференцированном» подходе к проведению предоперационной нутритивной поддержки, а также сравнительный анализ с группами 1 и 2.

В заключении работы автором проведено обсуждение полученных результатов диссертационного исследования, подведен итог выполненной работы. Автор пришел к выводу, что применение разработанного алгоритма дифференцированной периоперационной нутритивной поддержки позволяет статистически значимо улучшить показатели нутритивного статуса, компонентного состава тела, снизить частоту послеоперационных осложнений и сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертационной работы

Представленные автором результаты выполненной научной работы могут быть рекомендованы для практического использования с целью улучшения результатов лечения пациентов высокого операционно-анестезиологического риска в абдоминальной онкохирургии. Разработанный алгоритм дифференцированной периоперационной нутритивной поддержки, основанный на комплексной оценке нутритивного статуса и стадировании САКОБ перед оперативным вмешательством, позволяет персонализировать тактику предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, снизить частоту послеоперационных осложнений, сократить сроки лечения в стационаре.

Материалы диссертационной работы могут быть использованы в учебном процессе студентов медицинских ВУЗов, ординаторов по специальности «Анестезиология-реаниматология», а также при проведении циклов последипломной подготовки специалистов.

Полнота изложения диссертации в работах, опубликованных соискателем

Основные положения и результаты диссертационного исследования Медведева А.Ю. полноценно отражены в печатных работах. По теме исследования опубликованы 4 научные работы в рецензируемых научных изданиях, включенных в «Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертации на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук», установленный Министерством науки и высшего образования Российской Федерации.

Основные положения диссертации представлены на всероссийских и региональных научно-практических конференциях, съездах и форумах, включая XXIII Межрегиональную научно-практическую конференцию «Искусственное питание и инфузионная терапия больных в медицине критических состояний» (Санкт-Петербург, 2024), XXII съезд Федерации анестезиологов и реаниматологов (Санкт-Петербург, 2024), Форум анестезиологов-реаниматологов России (Москва, 2025), Съезд анестезиологов-реаниматологов Северо-Запада (Санкт-Петербург, 2026).

Личное участие автора в получении результатов диссертационного исследования

Личный вклад автора состоит в аналитическом обзоре отечественной и зарубежной литературы, посвященной теме исследования. Автор лично принимал участие в отборе пациентов, осуществлял наблюдение за включенными пациентами, проводил оценку первичных и вторичных точек исследования. Автором выполнена апробация результатов, подготовка научных докладов и публикаций.

Соответствие автореферата содержанию диссертации

Автореферат полностью отражает содержание диссертации. Оформлен в соответствии с требованиями пункта 25 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013 г. № 842.

Замечания к работе и вопросы к диссертанту

Принципиальных замечаний к представленной диссертации и автореферату Медведева Андрея Юрьевича на тему «Новые подходы к периоперационной профилактике и коррекции синдрома белково-энергетической недостаточности у пациентов высокого операционно-анестезиологического риска в абдоминальной

онкохирургии» нет. В тексте имеются единичные опечатки и стилистические погрешности, которые, однако, не носят принципиального характера и не снижают общей положительной оценки работы.

Вместе с тем в процессе изучения диссертации появились следующие вопросы к автору:

1. Насколько предложенный алгоритм применим в учреждениях практического здравоохранения, не оснащенных оборудованием для биоимпедансометрии?
2. Какой специалист, по мнению автора, должен координировать нутритивную поддержку: анестезиолог-реаниматолог, хирург, клинический нутрициолог?
3. Какие именно компоненты предложенного алгоритма, по мнению автора, внесли наибольший вклад в снижение частоты осложнений?
4. Какие критерии являлись определяющими при выборе варианта нутритивной поддержки?

Заключение

Диссертационная работа Медведева Андрея Юрьевича на тему «Новые подходы к периоперационной профилактике и коррекции синдрома белково-энергетической недостаточности у пациентов высокого операционно-анестезиологического риска в абдоминальной онкохирургии», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по научной специальности 3.1.12. Анестезиология и реаниматология, является законченной научно-квалификационной работой, содержащей существенный вклад в решение важной и актуальной научно-практической задачи – улучшение результатов лечения пациентов высокого операционно-анестезиологического риска в абдоминальной онкохирургии путем разработки и внедрения персонализированного подхода к профилактике и коррекции синдрома белково-энергетической недостаточности на основе комплексной оценки нутритивного статуса и компонентного состава тела.

По актуальности, методологическому подходу, новизне, обоснованности научных положений, выводов и практической значимости диссертация соответствует требованиям, установленным пунктами 9–14 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013 г. № 842 (в действующей редакции Постановлений Правительства Российской Федерации), предъявляемым к кандидатским диссертациям, а ее автор, Медведев Андрей Юрьевич, достоин присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по научной специальности 3.1.12. Анестезиология и реаниматология.

Отзыв обсужден и одобрен на заседании отдела анестезиологии-реанимации НИИ клинической онкологии имени академика РАН и РАМН Н.Н. Трапезникова ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России «13» мая 2026 года, Протокол № 14.

Научный консультант отделения реанимации и интенсивной терапии №1
отдела анестезиологии-реанимации НИИ клинической онкологии имени
академика РАН и РАМН Н.Н. Трапезникова

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

д.м.н.

Мазурина Ольга Георгиевна

«13» мая 2026 г.

Подпись д.м.н. Мазуриной О.Г. заверяю

Ученый секретарь

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

К.м.н.



Кубасова И.Ю.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 24, тел. 8-499-324-15-30,

Mail: kanc@ronc.ru, <https://www.ronc.ru>