

ОТЗЫВ

официального оппонента доктора медицинских наук, профессора Полоцкого Бориса Евсеевича на диссертационную работу Аксарина Алексея Александровича «Совершенствование диагностики и тактики хирургического лечения больных раком лёгкого (моноцентровое исследование)» на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.6 Онкология, лучевая терапия

Актуальность темы выполненной работы

Многосторонняя проблема рака легкого – одна из самых краеугольных в современной онкологии. Заболеваемость раком легкого, внешние причины, способствующие его возникновению, механизмы патогенеза, в том числе и молекулярные, а также клинические классификации, методы, варианты и результаты лечения долгое время изучаются различными специалистами. Клиническая онкология, безусловно, достигла значимых успехов, но мы всегда приветствуем любые успехи, улучшающие результаты лечения больных. Сегодня многолетний (поколенческий) коллективный опыт позволяет предложить научно обоснованное и доказанное, наиболее эффективное из любого известного противоопухолевого лечения, их варианты и сочетания.

Другой, очень важной гранью, в деле улучшения результатов лечения, в данном случае рака легкого, является не только разработка новых методов лечения, но и доказательное, широкое и планомерное внедрение известных, но до сего времени обсуждаемых, эффективных объемов хирургического лечения, как основного радикального метода при операбельных стадиях рака легкого. Особенно это актуально и важно для районов с эпидемиологическими особенностями, коим является Югра.

Диссертационная работа Алексея Александровича Аксарина без сомнения посвящена актуальной проблеме современной медицины – диагностике и лечению пациентов, болеющих раком лёгкого.

Эта патология является одной из самых распространённых среди злокачественных опухолей и занимает лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности во всём мире. В России в ряде регионов продолжается рост заболеваемости раком лёгкого, обусловленный, в том числе и экологическими проблемами. Уровень «ранней» диагностики этого заболевания остаётся низким, отсутствует система реального скрининга. В том числе, и в экологически неблагоприятных регионах. Более 75% больных во время установления диагноза уже имеют регионарные или отдалённые метастазы. Летальность на первом году жизни превышает 50%.

Ведущим методом радикального лечения больных раком лёгкого традиционно и обосновано является хирургический. В тоже время, взгляды на хирургическое лечение неоднозначны: ряд авторов считает пневмонэктомию и лобэктомию основными радикальными операциями, позволяющими увеличить продолжительность жизни больных. Некоторые рассматривают выполнение анатомических сублобарных резекций (при прочих равных условиях) как операцию выбора, что улучшает качество жизни больных, не ухудшая результат лечения.

Особенно дискуссионен вопрос об объёме медиастинальной лимфодиссекции при радикальном лечении рака лёгкого. Часть авторов считают возможным выполнять селективную лимфодиссекцию, которая, по их мнению, не влияет на отдалённые результаты лечения. Другие предлагают выполнять систематическую ипсилатеральную лимфодиссекцию. Третьи считают возможным расширять объём лимфодиссекции до сверхрадикальной билатеральной и даже шейной лимфодиссекции.

Не предложены научно обоснованные решения в пользу выполнения органосохраняющих комбинированных реконструктивно-пластических операций, которые не ухудшат радикализм операции и позволят добиться лучших или сопоставимых результатов лечения по сравнению с органонуносящими операциями у больных немелкоклеточным раком лёгкого. Несмотря на наличие множества методик закрытия культи бронха, до сих пор обсуждается проблема несостоятельности швов бронха. Результаты хирургического лечения больных немелкоклеточным раком

лёгкого даже в ранних стадиях не дают уверенности в благоприятном исходе, что требует поиска новых прогностических факторов или их комбинации для определения индивидуального подхода в лечении больных. Как факт, у больных раком лёгкого, подвергшихся хирургическому лечению, до сих пор отмечается большое количество осложнений и высокая смертность. Продолжаются дискуссии о месте хирургического компонента в комбинированном лечении мелкоклеточного рака лёгкого.

Исходя из вышеизложенного, тема диссертационного исследования Аксарина А.А., в котором поднимаются и решаются эти и ряд других вопросов, несомненно, является актуальной и своевременной.

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

Научные положения, выносимые на защиту, выводы, практические рекомендации диссертационной работы имеют высокую степень обоснованности. Автором использован современный методологический подход к планированию и выполнению исследования. Обоснованность научных положений подтверждается результатами исследований, их подробным и тщательным описанием и анализом.

Достоверность и новизна исследования, полученных результатов

Автором проведён глубокий анализ отечественной и зарубежной литературы, касающейся проблем эпидемиологии, диагностики и лечения больных раком лёгкого. Для реализации поставленной цели, разработан дизайн исследования: были использованы современные методы диагностики этого заболевания, выполнены адекватные хирургические вмешательства при немелкоклеточном и мелкоклеточном раке лёгкого. Анализ и статистическая обработка данных, интерпретация полученных результатов, оформление диссертации проведены автором лично; логичны и обоснованы.

В диссертационной работе впервые в России на примере экологически неблагоприятного региона поднят пласт проблемы диагностики и тактики хирургического лечения рака лёгкого.

На большом клиническом материале ХМАО-Югры (5449 больных) получены

новые данные о морфологических особенностях злокачественных новообразований лёгких в экологически неблагоприятном регионе.

1. Впервые, в комплексе диагностических исследований показана определяющая роль компьютерной томографии в региональной модели подхода к разбираемой патологии.

2. Оптимизирована лечебная тактика при НМРЛ с учётом алгоритма предоперационной диагностики и клинического стадирования опухолевого процесса на основании изучения непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения.

4. Впервые изучено и доказано положительное влияние на отдалённые результаты хирургического компонента в комплексном лечении мелкоклеточного рака лёгкого.

5. Впервые предложена и доказана результативность системы индивидуального прогнозирования жизни больных НМРЛ после хирургического лечения, что позволяет оптимизировать мониторинг пациентов, и влияет на выбор послеоперационной тактики.

6. В результате комплексного исследования проблемы хирургического лечения рака лёгкого I – III стадии с учётом нового диагностического алгоритма и разработанных автором факторов прогноза, предложен дифференцированный подход к объёму хирургического вмешательства на лёгких и региональных лимфатических коллекторах средостения, что улучшило непосредственные и отдалённые результаты лечения больных немелкоклеточным раком лёгкого.

7. Был разработан протокол направления на гистологическое исследование, который позволял чётко контролировать объём лимфодиссекции, точно дифференцировать группы лимфоузлов, правильно стадировать заболевание и в последующем выбрать верную тактику лечения пациента.

Значимость для науки и практики полученных автором результатов

Значимость результатов исследования Аксарина А.А. подтверждаются получением новых знаний о проблеме рака лёгкого в Югре. В основании использования разработанных алгоритмов диагностики и хирургического лечения

больных немелкоклеточным раком лёгкого I – III стадии улучшены непосредственные результаты лечения, увеличена общая и безрецидивная выживаемость больных.

Применение хирургического метода в комплексном лечении больных I – II стадии мелкоклеточного рака лёгкого позволило улучшить отдалённые результаты лечения пациентов.

Использование индивидуального многофакторного прогнозирования результатов хирургического лечения больных НМРЛ позволит оптимизировать их лечение.

Результаты исследования можно применить в экологически неблагоприятных регионах России.

Соответствие диссертации паспорту специальности

Задачи и положения, выносимые на защиту диссертационной работы, полученные результаты в диагностике и лечении рака лёгкого соответствуют специальности 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия».

Полнота освещения результатов диссертации в печати

По результатам исследования автором опубликовано 27 работ, в том числе научных статей в журналах, включённых в Перечень рецензируемых научных изданий Перечень ВАК Минобрнауки, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени доктора наук – 15; статей в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus – 8, публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций – 4.

Оформление и содержание работы

Диссертационная работа Аксарина А.А. построена по традиционному плану и состоит из введения, обзора литературы, характеристики материала и методов, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 425 источников. Работа иллюстрирована 59 таблицами и 50 рисунками. В целом диссертация логично выстроена, написана

хорошим языком, с чёткими и ясными формулировками, все разделы исследования дополняют друг друга.

Уже с первых страниц диссертации становится понятно насколько глубоко автор погружен в разбираемую тематику. Свободный слог и ясность изложения по мере погружения в чтение этой работы, подтверждают первое благоприятное впечатление.

Во введении автором изложена актуальность проблемы, чётко сформулированы цель и задачи исследования, определены научная новизна, научно-практическое значение, указаны методы и методология исследования, обоснована степень достоверности полученных результатов. А результаты диссертации доложены на международных и российских конференциях.

В первой главе представлен обзор литературы, в котором не только приводятся, но и критически оцениваются современные сведения, касающиеся, эпидемиологии, диагностики и хирургического лечения больных раком лёгкого. В обзоре отражено отсутствие эффективной системы скрининга в диагностике рака легкого, как в России, так и в отдельных регионах. Из подробного, многостороннего и критически осмысленного автором обзора следует, что на сегодняшний день также отсутствует единое мнение по ряду важных тактических вопросов лечения данной категории пациентов: особенно в объёме лимфодиссекции, способах закрытия бронха, тактике лечения несостоятельности швов бронха, месте бронхо-пластических операций и возможностях хирургического лечения МРЛ.

Кроме того, в разделе 1.9. автор знакомит читателей с особенностями Ханты-Мансийского автономного округа – Югры как экологически неблагоприятного региона. Глава написана хорошим языком, читается с интересом. Свидетельствует о глубоком понимании автором освещённых проблем. Замечаний по главе нет.

Во второй главе приводится общая характеристика использованного в работе клинического материала и методов клинических исследований. В основу изучения эпидемиологических особенностей рака лёгкого были положены статистические данные 2002 – 2015 годов. За эти же годы в Югре впервые зарегистрировано 5449 больных со злокачественными новообразованиями лёгких. В основу изучения

результатов хирургического лечения больных после радикальных операций, выполненных в онкологических лечебных учреждениях Югры (в целом 781 человек: 740 НМРЛ и 41 МРЛ).

Все пациенты с НМРЛ (740) были разделены на две группы: основную и контрольную. Контрольную группу составили 413 больных с НМРЛ, которым было выполнено радикальное хирургическое лечение с различными вариантами лимфодиссекции в период с 2002 по 2008 г.г. Основную группу 327 пациентов НМРЛ, с радикальным хирургическим лечением с систематической ипсилатеральной медиастинальной лимфодиссекцией. Оперирован 41 больной мелкоклеточным раком лёгкого.

По заявлению автора, распространенность опухоли по системе TNM у всех больных была определена (либо пересмотрена на основании сведений медицинских карт) по классификации международного противоракового союза (7 издания 2009г.). В то же время, в таблицах, показывающих распространенность опухоли, автор использует только распределение по стадиям, не представляя распространенности по системе TNM. Возможно, это сделано для лучшего восприятия материала, но не раскрывает в деталях полной картины распределения по распространенности опухоли. Многочисленные таблицы суммируют пациентов по привычным критериям (полу, возрасту, распространённости, гистологической форме, операциям и т.д.) в них автор демонстрирует общепринятые показатели и справедливо отмечает, что специального отбора больных для хирургического лечения и научного анализа не проводилось, что позволяет воссоздать истинную картину возможностей хирургического метода лечения рака лёгкого.

В ТРЕТЬЕЙ главе изучен диагностический алгоритм, применяемый в регионе при раке лёгкого, с оценкой специфичности и чувствительности каждого метода диагностики. Подробно и высоко оценена роль компьютерной томографии в диагностике первичной опухоли и стадировании заболевания. В целом чувствительность КТ в диагностике рака лёгкого составила 94,0%. Сравнение стадирования первичной опухоли на основании данных компьютерной томографии (498 чел.) совпало с послеоперационным патологоанатомическими данными в 89,6%

случаев (446). Это является хорошим результатом, позволяющим с высокой уверенностью планировать объём операции. В тоже время, такое сравнение не отметило высокой точности в оценке состояния лимфоузлов (всего 64,4%) и КТ не может служить «золотым стандартом» в диагностике состояния внутригрудных лимфоузлов при раке лёгкого. Эти данные и анализ результатов других уточняющих методов диагностики (фибробронхоскопия с биопсией, трансторакальная биопсия, торакоскопия, открытая биопсия) позволило автору обоснованно утверждать, что только использование комплексного обследования больного способствует правильному стадированию и позволяет выбрать верную тактику лечения. Особенно это важно при планировании хирургического лечения.

ЧЕТВЁРТАЯ глава основополагающая и посвящена хирургическому лечению больных немелкоклеточным раком лёгкого. Автор совершенно обосновано считает основными радикальными операциями анатомические резекции в объёме лобэктомии, билобэктомии и пневмонэктомии.

На большом клиническом материале (740 больных) показано, что систематическая ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция (СЛД) является обязательным объёмом радикального лечения немелкоклеточного рака лёгкого. Данный объём хирургического лечения статистически значимо улучшает отдалённые результаты лечения, не увеличивая частоту послеоперационных осложнений. Десятилетняя общая выживаемость (ОВ) у больных с СЛД (основная группа) составила 49,2%, в то время как у больных контрольной группы она составила 35,0% ($p < 0,001$). Отмечено существенное снижение локорегиональных рецидивов у больных с обязательной СЛД.

Результаты лечения больных НМРЛ с выполнением органосохраняющих операций (лоб-, билобэктомий) статистически значимо улучшали отдалённые результаты лечения.

Изучение регионарного лимфогенного метастазирования в зависимости от локализации опухоли в легком, показало, что вне зависимости от расположения первичной опухоли могут быть поражены любые группы ипсилатеральных

средостенных лимфоузлов, в том числе «прыжковыми» метастазами, что также подтверждает необходимость обязательной СЛД.

Определены показания к органосохраняющим бронхопластическим операциям, которые по сравнению с пневмонэктомиями увеличивали десятилетнюю общую выживаемость с 31,9% до 36,2%. Показанием для органосохраняющих, бронхопластических операций являлись опухоли устья долевого бронха или опухоли, распространяющиеся по главному бронху на устье долевого бронха с соседней доли. У всех пациентов, которым были выполнены бронхопластические органосохраняющие операции, было произведено удаление долевых лимфоузлов (12 группа) остающейся доли лёгкого. Только в случае отсутствия метастатического поражения данной группы лимфоузлов выполнялась лоб- билобэктомия с бронхопластикой.

ПЯТАЯ глава посвящена хирургическому лечению больных мелкоклеточным раком лёгкого. Показаны удовлетворительные результаты комбинированного лечения МРЛ при I и II стадии, в сочетании хирургического методом в объёме лоб- или пневмонэктомии с СЛД, с обязательной адъювантной химиотерапией. Десятилетняя ОВ больных с I ст. составила 62,5%, со II ст. 41,7%. соответственно.

В ШЕСТОЙ главе проанализированы непосредственные результаты лечения. Различные послеоперационные осложнения зарегистрированы у 128 (16,4%) пациентов. Все они разделены на терапевтические и хирургические. И общее их число, нередко сочетанных, составило 153: «хирургических» 51,6% и «терапевтических» 48,4%. Такое разделение условно, но для анализа обосновано.

Особое место уделено несостоятельности швов бронха, которое в целом развилось у 37 (4,7%) пациентов. Закономерно чаще после пневмонэктомии у 32 (11,5%) и реже после лобэктомии – у 5 (1,0%) больных. Отмечено, что СЛД не повлияла на частоту НШБ. При использовании ручных способов закрытия бронха (144) произошла одна несостоятельность (0,7%). Использование способа закрытия бронха механическими аппаратами типа УО (532) принесло наибольшее количество осложнений – 34 (6,4%), по мнению автора это связано во многом с расположением

(горизонтальным) скрепочного шва и дополнительной ишемизации культи бронха (с чем можно согласиться).

С целью уменьшения данного осложнения автор рекомендует применение ручных методов и использование аппарата УБ. Во всех случаях для улучшения трофики линии швов целесообразна плевризация бронха различными способами.

К сожалению, недостаточность культи бронха, особенно после пневмонэктомии, встречается при хирургическом лечении рака лёгкого и всегда выбор тактики лечения этого грозного осложнения требует вдумчивого и разностороннего подхода. Особенно это касается выполнения реоперации. Здесь требуется не только индивидуальный хирургический подход, но и опыт, прежде всего, анестезиологов и реаниматологов.

Такой взвешенный подход автор суммировал и продемонстрировал в этом разделе своей работы, выбрав активную хирургическую тактику у 19 больных после лобэктомии и пневмонэктомии, оказавшейся оптимальной у одиннадцати. Понимая, все сложности достоверного сравнения групп больных, которым применили активную хирургическую тактику, с консервативным лечением НШБ на небольшом количестве материала, автор, тем не менее, обоснованно поддерживает и рекомендует активный хирургический подход в лечении больных при развитии (особенно ранней) НШБ.

Кроме этого, другие послеоперационные осложнения корректны, но характерны, к сожалению, для любой, даже такой высококвалифицированной онкоторакальной клиники (в целом 16,4% из всех оперированных больных). Это закономерно связано с категорией пациентов и травматичностью оперативных пособий. Наибольшее число и тяжесть осложнений отмечено после пневмонэктомий – у каждого третьего пациента 32,7% (91 из 278). Лоб- и билобэктомии достоверно и закономерно сопровождались меньшим количеством осложнений – 7,4% (у 37 из 503).

Послеоперационная летальность в целом составила 3,1% (24 из 781). После пневмонэктомий закономерно больше - 7,6% (21 из 278). А после лобэктомий - 0,6%

(3 из 503). У половины пациентов летальный исход наступил после развития «терапевтических» осложнений.

Таким образом, дальнейшее снижение послеоперационной летальности автор справедливо считает возможным за счёт компенсации сопутствующей патологии и тщательном соблюдении хирургической техники оперирования.

Далее, автор подробно и убедительно, разбирает и обосновывает отдаленные результаты хирургического лечения НМРЛ в зависимости от распространенности (стадии) опухоли в свете выполнения СЛД и совершенно справедливо подчеркивает повышение радикализма вмешательства при прочих равных условиях.

Выполнение органосохраняющего объёма операции в объёме лоб- или билобэктомии по сравнению с пневмонэктомией значительно увеличивало 5- и 10-летнюю ОВ больных НМРЛ с 38,0% и 31,9% соответственно до 61,4% и 45,7%. Медиана ОВ после лобэктомии составила 93 месяца, а после пневмонэктомии – 34 месяца ($p < 0,001$).

БРВ при выполнении органосохраняющих операций была также статистически значимо лучше, чем при пневмонэктомии ($p < 0,001$). Пятилетняя и десятилетняя БРВ составила 57,2% и 43,2% после лобэктомии, а после выполнения пневмонэктомии она была ниже – 34,9% и 26,2% соответственно. Медиана БРВ после пневмонэктомии составила 22, в то время как при лобэктомии – 80 месяцев. Прежде всего, это связано с меньшей распространенностью опухоли, что позволило избежать пневмонэктомии.

Обосновывая свою концепцию об обязательном выполнении СЛД, автор подробно знакомит с результатами такого объёма операций, как в целом, так и при каждой стадии опухолевого процесса. Так, ОВ в целом пациентов НМРЛ группы больных с СЛД составила: пятилетняя – 61,5%, десятилетняя – 49,2%. В группе больных (без обязательной СЛД) пятилетняя ОВ составила 46,5%, десятилетняя – 35,0%. Медиана ОВ больных 103 и 51 месяц соответственно ($p < 0,001$).

Необходимость выполнения СЛД подтверждается анализом результатов лечения больных по стадиям заболевания: в IA, IB, IIA, IIB, IIIA стадиях НМРЛ 10-летняя ОВ была статистически значимо лучше у больных с обязательной систематической лимфодиссекцией. Полученная разница в результатах обусловлена,

в том числе и тем, что у большого количества пациентов второй группы метастатическое поражение средостенных лимфоузлов было выявлено только благодаря обязательной СЛД. Это позволило выбрать верную тактику адъювантного лечения.

Локорегиональные рецидивы в шесть раз чаще встречались у больных без обязательной СЛД – 78 (18,9%). Рецидив в культе бронха возник у 8 пациентов (1,9%), рецидив в средостении, в том числе в лимфатических узлах - у 62 больных (15,0%), рецидив в оставшейся части лёгкого - у 8 пациентов (1,9%). Местных рецидивов было существенно меньше у больных с обязательной СЛД - 11 (3,4%).

Таким образом, выполнение оперативного лечения с обязательной СЛД статистически значимо (в шесть раз) снизило частоту локорегиональных рецидивов, особенно в средостении ($p < 0,05$).

Отстаивая концепцию обязательного выполнения систематической ипсилатеральной медиастинальной лимфодиссекции, автор справедливо ещё раз подчеркивает необходимость её превентивного и профилактического выполнения, а также существенное положительное влияние на исходы лечения больных НМРЛ, особенно при отсутствии метастазов в регионарные лимфатические узлы вне зависимости от размеров первичной опухоли.

В целом после операций с распространённостью $pT_{1-4}N_0M_0$: 5- и 10-летняя БРВ больных составили 72,2% и 62,2%; А Медиана БРВ не была достигнута. У пациентов без СЛД БРВ составила 53,1% и 39,8%, а медианы 72 месяца соответственно ($p < 0,001$).

Отлично выглядят иллюстрации (фото) тщательности и полноты выполнения этого этапа операции, определяющего во многом ее радикализм. Замечаний к этой главе нет.

СЕДЬМАЯ глава посвящена разработке индивидуального прогнозирования исхода хирургического лечения, для чего автор использовал многофакторный анализ, с изучением привычных для клиницистов факторов, влияющих на прогноз течения НМРЛ. В результате этого автор выделил пациент-зависимые, опухоль-зависимые и

лечение-зависимые факторы, показавшие статистически значимое влияние на отдалённые результаты.

В общей сложности было определено тридцать четыре фактора, а из них в результате анализа выбрано одиннадцать статистически значимых, определяющих прогноз хирургического лечения НМРЛ. А это: индекс лимфогенного метастазирования, количество удалённых лимфоузлов, количество поражённых метастазами лимфоузлов, стадия и распространённость по классификации TNM, гистопатологическая дифференцировка (G), – отсутствие или наличие метастазов в региональных лимфатических узлах и степень их поражения (pN), количество и уровень поражённых групп лимфоузлов, лимфодиссекция, распространение первичной опухоли (pT), метод лечения, возраст пациента.

С учётом продолжительности жизни, на основании Байесовского решающего правила для всех статистически значимых факторов были получены коэффициенты, на основании которых стало возможным рассчитать индивидуальный прогноз.

Полученные результаты многофакторного анализа в целом имеют высокую степень значимости: чувствительность – 82,5% (73,4% – 89,5%), специфичность – 93,1% (73,4% – 99,5%) и точность – 84,3% (76,4% – 90,4%).

А на их основании точность индивидуального прогноза результатов хирургического лечения составила 84,3%. Кроме того, автору, что очень важно, удалось выделить три группы: первая - с благоприятным, вторая - с сомнительным и третья группа - с неблагоприятным прогнозом.

Подводя итоги этой главы, автор справедливо утверждает, и демонстрирует это в описанных клинических наблюдениях, что полученные в исследовании основные прогностические коэффициенты могут быть использованы для многофакторного прогнозирования в отношении радикально оперированных больных НМРЛ, оптимизировать их послеоперационный мониторинг и специализированную противоопухолевую консервативную терапию. Замечаний к этой главе нет.

В разделе «Заключение» автор коротко, но ёмко излагает основные положения и резюмирует результаты своего исследования, как в целом, так и по отдельным

позициям. Этот итоговый текст автору следует использовать для написания полноценных практических рекомендаций.

Сформулированные выводы, а их 8, отражают содержание работы, соответствуют цели и задачам исследования, в полной мере иллюстрируют результаты проделанного научного поиска.

Практические рекомендации, а их 9, конкретны, отражают и позволяют далее развивать современные подходы к различным аспектам проблемы рака лёгкого, их можно расценивать как «руководство к действию».

Соответствие автореферата основным положениям диссертации

Текст автореферата в полной мере отражает выводы и основные положения, выносимые на защиту, представленные в диссертационной работе.

Замечания

Принципиальных замечаний по диссертационному исследованию Аксарина А.А. нет. Высказанные автору замечания имеют рекомендательный характер и могут быть при желании использованы для дальнейшей работы по этой тематике.

Заключение

Таким образом, диссертационная работа Аксарина Алексея Александровича на тему «Совершенствование диагностики и тактики хирургического лечения больных раком лёгкого (моноцентровое исследование)», представленная на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.6. онкология, лучевая терапия, является самостоятельной, законченной научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных автором исследований и разработок осуществлено решение важной научной проблемы диагностики и тактики хирургического лечения больных раком лёгкого, разработаны теоретические положения, совокупность которых можно квалифицировать как научное достижение в развитии онкологии. По своей актуальности, объёму выполненных исследований и практической значимости полученных результатов, диссертационная работа соответствует требованиям п. 15 Положения о присуждении ученых степеней в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени

И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), утвержденного приказом ректора от 31.01.2020 г. № 0094/Р, предъявляемым к докторским диссертациям, а её автор Аксарин Алексей Александрович заслуживает присуждения искомой учёной степени доктора медицинских наук по специальности – 3.1.6 Онкология, лучевая терапия.

Даю согласие на сбор, обработку, хранение и передачу моих персональных данных

Официальный оппонент,

Профессор, доктор медицинских наук, заместитель главного врача по онкологии Клинической больницы №1 АО «Группа компаний «Медси»

Почтовый адрес: 143442, МО, Красногорский район, пос. Отрадное владение 2, стр.1А

Телефон: 8 966 010 9717

E-mail: polotskiy.boris@yandex.ru

Полоцкий Борис Евсеевич

11.08.2022г.



Подпись доктора медицинских наук, профессора Полоцкого Бориса Евсеевича «заверяю»

Главный врач КБ №1 АО «Группа компаний «Медси»

доктор медицинских наук



Шаповаленко Т.В.