

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
КОЛОПРОКТОЛОГИИ ИМЕНИ А.Н. РЫЖИХ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

СТЕНОГРАММА

заседания диссертационного совета **21.1.030.01 № 6**
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»

Минздрава России по защите диссертации

Абдулжалиевой Эльмиры Уллубиевны

**«Эндоскопическая резекция слизистой с циркулярным разрезом при удалении
новообразований ободочной кишки»,**

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

по специальности 3.1.9 «Хирургия»

от 7 ноября 2024 г.

Председатель диссертационного совета

21.1.030.01, академик РАН, профессор,
доктор медицинских наук

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета

21.1.030.01, кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Присутствовали следующие члены диссертационного совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
3.	Суровегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9.
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
5.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
6.	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
8.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9.
9.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
10.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9.
11.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
12.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9.
14.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
15.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Я хотел вам доложить, уважаемые коллеги, что из 19 членов диссертационного совета присутствует 15, то есть кворум у нас имеется. И тогда позвольте нам стартовать нашу работу. У нас поступила в диссертационный совет, как известно, диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Эндоскопическая резекция слизистой с циркулярным разрезом при удалении новообразований ободочной кишки» по специальности 3.1.9. «Хирургия», соискатель Абдулжалиева Эльмира Уллубиевна. Эта работа выполнена в рамках обучения в аспирантуре. И, конечно же, имеется достаточное количество публикаций, и соответственно получены все необходимые документы.

Научный руководитель – доктор медицинских наук Сушков Олег Иванович.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор Коржева Ирина Юрьевна; доктор медицинских наук Пирогов Сергей Сергеевич.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
предоставил слово ученому секретарю совета.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суровегин:

Глубокоуважаемые коллеги! Соискатель Абдулжалиева Эльмира Уллубиевна родилась в 1996 году в г. Махачкала. В 2018 году окончила Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Лечебное дело» и поступила в ординатуру в Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Эндоскопия», а с 2020 по 2023 гг. проходила обучение в аспирантуре по специальности «Клиническая медицина» на базе отделения эндоскопической диагностики и хирургии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России. С сентября 2022 года по настоящее время работает врачом-эндоскопистом отделения эндоскопической диагностики и хирургии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России.

В настоящее время соискатель подготовила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Эндоскопическая резекция слизистой с циркулярным разрезом при удалении новообразований ободочной кишки».

Соискатель подготовила пакет документов. Они представлены были в диссертационный совет. И все они соответствуют требованиям ВАК, предъявляемым к кандидатским диссертациям.

При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста составила 82,6%.

По теме диссертации в печати опубликовано 5 научных работ, в которых отражены основные положения выполненной диссертации.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Коллеги, имеются ли какие-то вопросы к ученому секретарю по имеющимся в деле документам? Если нет, я тогда попрошу Эльмиру Уллубиевну выступить и доложить основные результаты исследования в рамках диссертационной работы. Пожалуйста.

Э.У. Абдулжалиева в течение 13 минут изложила основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин

поблагодарил диссертанта за доклад и предложил членам диссертационного совета задавать вопросы по материалам диссертации.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Чем был обусловлен переход у пациентов именно в контрольной группе на основной испытываемый метод с циркулярным рассечением слизистой оболочки? И насколько удалось успешно это применить с применением этой методики? Пожалуйста.

Ответ: Было всего 4 пациента, которые были конвертированы в метод С-EMR. В этих случаях было неудобное расположение опухоли, которое локализовалось либо в правом, либо в левом изгибе ободочной кишки, также на нижней губе илеоцекального клапана, в сочетании с еще одним фактором – это усиленная перистальтика либо фиброз либо крупные сосуды подслизистого слоя.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Это я понимаю, но в принципе эти факторы все-таки относятся в равной мере как к одному, так и к другому методу. Как же удалось преодолеть эти препятствия, которые едины и для того, и для другого метода? И удалось ли полностью сделать в этих 4 случаях, используя метод с циркулярным рассечением слизистой оболочки, выполнить это в радикальном объеме? Не было ли каких-то осложнений конкретно у этих 4 пациентов, у которых применялся этот метод? И не повлияли ли тогда эти различия, может быть, возможные возникшие осложнения на большую частоту осложнений именно в группе С-EMR?

Ответ: Поняла. В этих 4 случаях развилось только у 1 пациента осложнение посткоагуляционный синдром на второй день после операции. Все новообразования были удалены en bloc с R0 границами резекции, то есть с сохранением качества препарата.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин:
Понятно. Спасибо. Пожалуйста, Алексей Алексеевич.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Скажите, пожалуйста, Вами приводились данные, о наличии выраженной жировой клетчатки в подслизистом слое, я правильно понимаю, что это осложняющий момент хирургического вмешательства, который Вам мешал полноценно выполнить данную процедуру?

Ответ: Безусловно, это затрудняло выполнение этой процедуры.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Такой вопрос: индекс массы тела у этих пациентов смотрели, есть ли взаимосвязь между выраженностью в подслизистом слое и индексом массы тела?

Ответ: Нет, мы не оценивали этот фактор.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Не оценивали. Хорошо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин:
Пожалуйста, Иван Васильевич.

Д.м.н., доцент И.В. Костарев: Скажите, пожалуйста, у Вас позитивный край резекции у 23% в основной группе и у 12% в группе подслизистой диссекции, учитывая, что у Вас 52 пациента в группах исследования, не кажется ли Вам, что если увеличить группы, то это различие может еще больше увеличиться, и тогда частота позитивных краев увеличится, и тогда, возможно, это окажет такую негативную роль на этот вариант методики? Это первый вопрос.

Второй вопрос: что было в дальнейшем с этими пациентами, у которых позитивный край резекции, делались ли им повторные колоноскопии, необходимость повторного удаления образований?

Ответ: Спасибо за вопросы.

Я думаю, что если увеличивать выборку пациентов, то могут измениться результаты. Но учитывая анализ мировой литературы, ретроспективные исследования показали, что не увеличивалась частота R1 границ резекции.

В случае, когда у пациентов был положительный край резекции, пациентам назначалась контрольная колоноскопия через 3-6 месяцев с выполнением биопсии из зоны рубца. В 2 случаях был рецидив опухоли в основной группе и в контрольной группе – в 1 случае. Этим пациентам при контрольной колоноскопии были удалены резидуальные опухоли. Затем также пациентам была рекомендована контрольная колоноскопия через 3 месяца, по результатам которой рецидива вновь выявлено не было.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Пожалуйста, еще вопросы.

К.м.н., А.В. Варданян: Скажите, пожалуйста, я правильно понял, когда Вы показывали разницу между 2 методами, там было несколько критериев, я, к сожалению, запомнил сейчас только один – время, то, что в группе с диссекцией продолжительность вмешательства была выше, чем в группе с циркулярной резекцией, правильно ли я понимаю, что учитывая Ваши результаты и выводы, с теми критериями, которые Вы указали, то есть доброкачественное эпителиальное образование от 20 до 30 мм, предпочтительнее, получается, выполнять циркулярную резекцию, потому что они быстрее достоверно? Если это так, то есть ли тогда место вообще диссекции в данной ситуации, и если есть, то у каких бы пациентов или у каких новообразований Вы бы поменяли свою тактику и пошли бы по пути более долгого вмешательства, понимая, что здесь этот метод будет лучше?

Ответ: Спасибо за вопрос. В случаях, когда есть усложняющие факторы, например, фиброз либо крупные сосуды подслизистого слоя, либо неудобное расположение опухоли, в таких случаях рекомендовано использовать диссекцию в подслизистом слое. Эта методика на сегодняшний день всё равно занимает первую позицию для сохранения качества препарата, потому что мы контролируем глубокий край резекции. При выполнении С-EMR несмотря на то, что это быстрая методика, она позволяет только контролировать латеральный край резекции. Поэтому предпочтительнее в случаях, когда необходимо выполнить с сохранением качества препарата, выбрать методику ESD.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

У меня вопрос: все ж таки, если мы говорим о подслизистой классической диссекции, избыточное отложение жира в подслизистом слое тоже является препятствием для применения этой методики и каким-то образом отражается на неполноценности исполнения, возникших осложнениях и т.д.?

Ответ: Да, абсолютно точно, поскольку при рассечении эндоскопическим ножом это затруднительно, жировая ткань припаивается к ножу, и это сделать очень сложно. Приходится неоднократно чистить нож, что может удлинить продолжение вмешательства и усложнить его.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

И какой же выход у данной категории пациентов, что делать? Методом фрагментации? Вы должны исключить и там, и там наличие такого фактора риска. И тогда как идеально сделать с наименьшими потерями удаление такого рода образований с такими анатомическими особенностями? Я бы так сказал.

Ответ: Я поняла. В наших случаях несколько пациентов были с новообразованиями на нижней губе илеоцекального клапана, где как раз наибольшее количество жира. Поэтому в этих случаях мы рекомендуем использовать С-EMR, поскольку именно при помощи петлевой электроэксцизии это можно быстрее выполнить и проще.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Тут всё равно какая-то неясность остается, потому что, с одной стороны, мы говорим, что и тут это фактор риска получения каких-то неблагоприятных исходов, и получается, и там, и там. Понятно. Может быть, у Вас еще возникнет под конец какое-то еще объяснение.

Пожалуйста, еще вопросы.

Пожалуйста, Иван Васильевич.

Д.м.н., доцент И.В. Костарев: Скажите, пожалуйста, у Вас в основной группе возникла одна перфорация, учитывая, что Вы так тщательно подбирали пациентов, поднимался подслизистый слой, подушка формировалась, за счет чего все-таки, на Ваш взгляд, прошла перфорация, учитывая, что вроде как срезается слизистая оболочка? Это первый вопрос.

Ответ: Скажите, пожалуйста, Вы говорите об интраоперационной перфорации?

Д.м.н., доцент И.В. Костарев: У Вас отмечена одна перфорация.

Ответ: Интраоперационная перфорация, да. Она была успешно ликвидирована с помощью сведения краев эндоскопическими клипсами.

Д.м.н., доцент И.В. Костарев: То есть всё эндоскопически удалось?

Ответ: Да, эндоскопически.

Д.м.н., доцент И.В. Костарев: Но за счет чего все-таки она произошла, учитывая, что все-таки срезается слизистая оболочка?

Ответ: Новообразование локализовалось в восходящей ободочной кишке. И сложно ответить на этот вопрос: какие причины могли повлиять на перфорацию? Вероятнее всего это было связано с более глубокой установкой эндоскопической петли и в целом тонкой кишечной стенкой в правых отделах ободочной кишки.

Д.м.н., доцент И.В. Костарев: Спасибо. И еще один вопрос: были ли случаи, когда Вы у одного и того же пациента применяли одну методику и вторую методику; или пациенты, у которых не удалось выполнить резекцию слизистой, переходили на подслизистую диссекцию? Куда Вы включали в таком случае этих пациентов?

Ответ: Были пациенты, которым изначально была запланирована диссекция в подслизистом слое, и они были дальше удалены методом С-EMR. Но в обратную сторону таких пациентов не было, только лишь фрагментация новообразования.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Есть ли еще вопросы у присутствующих и членов диссертационного совета? Пожалуйста, Евгений Сергеевич.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: Вы сформулировали модель, при которой максимальный риск конверсии. Считаете ли Вы целесообразным при выявлении этих трех факторов риска менять сразу подход, не пытаться удалить эндоскопически, а на что-то поменять, то есть не выполнять мукозэктомию циркулярным рассечением слизистой, а как-то сразу изменить, поскольку мы увидели факторы риска и будем действовать по-другому? Вы считаете, так возможно сформулировать это правило, как поступать в такой ситуации?

Ответ: Дело в том, что как раз для этого была разработана номограмма, учитывая эти неблагоприятные факторы, чтобы оценить перспективу завершения запланированной операции.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: Чем Вы будете завершать?

Ответ: Чтобы вовремя принять решение о конверсии, не дожидаясь развития осложнений.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: Во что, конверсия в какое вмешательство?

Ответ: В методику С-EMR.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: То есть Вы считаете, что методикой С-EMR легче удалить это новообразование?

Ответ: Да, легче. Если вопрос о простоте и о скорости методики, то, да, С-EMR проще.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Пожалуйста, еще вопросы. Пожалуйста.

К.м.н., О.М. Югай: Эльмира Уллубиевна, скажите, пожалуйста, были ли какие-то принципиальные отличия в инструментах, во-первых, между диссекцией и С-EMR? Это первый вопрос.

И второй вопрос. Может быть, я не услышал, я прошу прощения, если это так, какова дальнейшая судьба рецидивов?

Спасибо.

Ответ: Инструментарий незначительно отличался, поскольку в основной и контрольной группе выполнялась подслизистая подушка, то есть инъектор, в первую очередь. Затем в основной группе использовался нож и эндоскопическая петля, а в контрольной группе – только эндоскопический нож, то есть петля была не нужна.

Пациенты, у которых были рецидивы, пришли на контрольную колоноскопию через 3-6 месяцев, при которой были удалены рецидивы, затем пациентам была рекомендована новая контрольная колоноскопия через 3-6 месяцев, при которой рецидива опухоли вновь выявлено не было.

К.м.н., О.М. Югай: Большие рецидивы были по размерам?

Ответ: Нет, до 0,5 см.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

И как Вы их удаляли? Ведь наверняка уже имелись какие-то рубцовые изменения, это же в области рубца? Тогда что Вы делали – вы использовали петлю, Вы использовали еще какие-то методики?

Ответ: Мы использовали классический способ мукоэктомии с созданием подслизистой подушки и затем последующей петлевой эксцизии.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Понятно. Пожалуйста, еще вопросы.

О.В. Архипова: Эльмира Уллубиевна, как раз исходя из всех технических особенностей, подскажите, пожалуйста, сколько хирургов, врачей эндоскопистов участвовало в Вашем исследовании, и выполнялись подобные методики удаления новообразований?

Ответ: Участвовало двое хирургов Дмитрий Александрович и Алексей Александрович, которые владели методиками мукоэктомии более 10 лет и диссекцией в подслизистом слое более 6 лет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

У опытного хирурга всё ж таки наблюдались какие-то периоды, которые, как мы называем, кривая обучения, то есть менялась ли частота тех осложнений, которые возникли, имея уже предыдущий опыт подслизистой диссекции, и когда стали осваивать метод с циркулярным разрезом?

Ответ: По техническим особенностям этот метод проще диссекции. По данным мировой литературы, его используют в качестве ступени для освоения этой методики диссекции в подслизистом слое. Поэтому у врачей не возникало никаких сложностей, это было намного проще и быстрее.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Но у меня тут вопрос возникает: если примерно это всё те же, которые владели уже большим опытом, почему у меня и возник этот вопрос, потому что, если действительно это были специалисты, которые уже освоили подслизистую диссекцию, и поэтому это может быть одно из объяснений, почему всё ж таки при методе, я не зря задаю Вам вопрос по кривой обучения, как раз использование с циркулярным разрезом может быть как раз даже

у опытных хирургов, которые владели методом подслизистой диссекции, имея уже большой опыт, и здесь возникла разница в частоте осложнений. Вы не допускаете такого варианта? И всё ж таки, может быть, какие-то периоды обучения действительно требуются и такого рода опытным специалистам?

Ответ: Безусловно, эти методики должны выполняться докторами, которые владеют методикой не только мукозэктомии, но и диссекцией в подслизистом слое, потому что выполняется циркулярный разрез вокруг опухоли, в случае, если есть либо фиброз, либо жир, то необходимо еще немножко надсечь подслизистый слой и слизистую, чтобы хорошо углубить эндоскопическую петлю.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Хорошо. Пожалуйста, еще вопросы имеются? Если нет, то позвольте нам продолжить дальнейшую работу. Спасибо. Пожалуйста, присаживайтесь.

И я хотел бы в таком случае попросить выступить научного руководителя. Пожалуйста, Олег Иванович Сушков.

Д.м.н. О.И. Сушков: Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Характеризуя Эльмиру Уллубиевну, хотелось бы отметить тот факт, что пришла она к нам совсем юной в ординатуру. Во время учебы в ординатуре вливалась в коллектив, овладевала не только мануальными навыками, но в том числе присматривалась к тому, что происходит в Институте, и закончив, поступила в аспирантуру.

Надо сказать, что в тот момент, когда мы с ней познакомились, было интересно просто, что же за человек, как она будет справляться с теми сложностями, которые возникают. И первая сложность возникла на этапе утверждения темы. Если кто помнит, во время ученого совета, предлагалось 3 дизайна, и они менялись фактически на ходу. И я убедился в том, что она, по крайней мере, стрессоустойчивая и трудолюбивая.

Дальше надо сказать, что в дальнейшем научная работа, которая проходила, работать было достаточно легко, потому что всё, что просилось, оно выполнялось и в срок, что важно с точки зрения организации научного процесса. И по завершении своей аспирантуры, овладев навыками, она уже была принята в штат, и в настоящий момент работает штатным сотрудником, овладев всеми методами эндоскопических вмешательств, которые применяются в клинике.

Безусловно, я не должен, конечно, характеризовать научную составляющую работы, ее практическую значимость, я скажу о внедрении. Сегодня просматривая операционный план, с удовлетворением заметил, что завтра один пациент все-таки оперируется при помощи методики, которая сегодня была доложена на совете.

Поэтому характеризую я ее исключительно с положительной стороны. И о научной составляющей работы, об ее практической значимости судить вам, уважаемые члены диссертационного совета.

Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Спасибо, Олег Иванович. Пожалуйста, Евгений Сергеевич, сообщите о тех отзывах, апробациях работы, которые были опубликованы. Пожалуйста.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суwegeгин: Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отделов онкопроктологии и эндоскопической диагностики и хирургии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России 20 мая 2024 г.

На заседании диссертационного совета от 4 июля 2024 г. (протокол № 10) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук, профессора Кузьмина А.М., доктора медицинских наук Чернышова С.В. и доктора медицинских наук Пономаренко А.А. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите. Она была принята к защите на заседании диссертационного совета 14 августа 2024 г. (протокол № 11).

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 5 научных работ, в которых отражены основные положения диссертации.

Получены следующие отзывы: это отзывы официальных оппонентов Коржевой Ирины Юрьевны, доктора медицинских наук, профессора, руководителя эндоскопического центра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «ММНКЦ имени С.П. Боткина» Департамента здравоохранения города Москвы, заведующей кафедрой эндоскопии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и Пирогова Сергея Сергеевича, доктора медицинских наук, заведующего отделом эндоскопии Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена – филиала Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Они будут озвучены самими оппонентами.

Также получен отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В.

Вишневого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, составленный доктором медицинских наук, профессором Старковым Юрием Геннадьевичем. Он положительный, критических замечаний и вопросов не содержит.

И на автореферат получен отзыв из Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московская городская онкологическая больница № 62 Департамента здравоохранения города Москвы», составленный заведующим эндоскопическим отделением Ленским Борисом Сергеевичем. Он также положительный и критических замечаний не содержит.

Другие отзывы в диссертационный совет не поступали.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Спасибо, Евгений Сергеевич. Поскольку замечаний в поступивших документах в диссертационный совет нет, то позвольте попросить выступить в качестве официального оппонента профессора Коржеву Ирину Юрьевну. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Спасибо, Ирина Юрьевна. Пожалуйста, Эльмира Уллубиевна.

Э.У. Абдулжалиева: Ирина Юрьевна, спасибо огромное за ценные комментарии, замечания и за столь высокую оценку проведенной диссертационной работы!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Спасибо. Позвольте попросить доктора медицинских наук Пирогова Сергея Сергеевича выступить в качестве официального оппонента. (Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

В отзыве оппонента содержится ряд замечаний следующего содержания:

1. Рекомендуются избегать англоязычных сокращений названий методов лечения в задачах исследования.
2. В разделе «Личный вклад автора» не следует включать благодарности.
3. Понятие «конверсии», много раз использованное в главе собственных результатов, не раскрыто в обзоре литературы, не оценена ее частота по данным международных публикаций.
4. Критерии невключения пациентов в исследования недостаточны, в частности, тяжелое состояние, серьезная патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем, инфекционные заболевания также не учтены в этом разделе.
5. В разделе «Заключение» логические связи между некоторыми абзацами прописаны не очень легко.

6. Вывод 1 представляется громоздким, рекомендуется разделить на два отдельных положения и сократить.

7. Практическая рекомендация 2, касающаяся локализации новообразования в слепой кишке, не основана ни на чем, кроме данных двух клинических наблюдений.

В ходе выступления оппонентом отмечено, что указанные в отзыве замечания не являются существенными, все пояснения даны, и дополнительного ответа не требуется.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Сергей Сергеевич, спасибо. Пожалуйста, Эльмира Уллубиевна.

Э.У. Абдулжалиева: Сергей Сергеевич, благодарю Вас за ценные комментарии, и спасибо Вам огромное за положительный отзыв!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Лаконично. Спасибо.

Пожалуйста, кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Виктор Владимирович, пожалуйста.

Д.м.н., профессор В.В. Веселов: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, глубокоуважаемая Эльмира Уллубиевна! Актуальность данной работы не вызывает сомнений. По-моему, передо мной выступающие оппоненты это показали. Но мне хочется сделать некоторые акценты.

Всем, к сожалению, известно, что растет число заболеваемости раком толстой кишки у нас, причем значительная часть этих опухолей развивается из предшествующих злокачественных аденом и зубчатых образований. Для раннего выявления этих образований как раз разрабатываются скрининговые программы, которые включают скрининговую колоноскопию. Тут уже здесь было сказано, что в Москве созданы в большом количестве так называемые высокопотоковые центры – это больше 60 кабинетов, одновременно работающих с 8 утра до 8 вечера ежедневно за исключением, по-моему, только 1 января, во время которых выявляется громадное количество этих доброкачественных новообразований, из которых значительную часть составляют новообразования от 2 до 3 см. И все эти новообразования подлежат эндоскопическому удалению и не все, к сожалению, удаляются во время эндоскопического вмешательства, а значительная часть из них – уже в дневных стационарах или с постоянным пребыванием. Так вот для быстрого удаления этих новообразований уже разработана методика: для мелких новообразований это холодная полипэктомия, эта методика как раз недавно у нас была защищена в нашем диссертационном совете диссертантом одним; прекрасно разработанная методика диссекции в подслизистом слое крупных новообразований (более 3 см); а применяемая методика мукозэктомии для новообразований 2-3 см хороша, но, к

сожалению, это фрагментация и это чревато большим числом рецидивов. И как раз на этом основывается актуальность той методики, которую Вы сегодня защищаете, а именно это методика эндоскопической резекции слизистой оболочки вместе с циркулярным разрезом, что позволяет вопреки или при сравнении с методикой диссекции в подслизистом слое эффективно ее использовать в 2 раза и больше, чем диссекцию в подслизистом слое.

Ирина Юрьевна сказала, что 1,5-2 месяца очередь на полипэктомию в стационаре у них, и у них 8 кабинетов. А в клинике им. В.М. Буянова там 16 кабинетов и там очередь от 6 до 12 месяцев. Поэтому внедрение, конечно, такой методики, я думаю, позволит значительно сократить ту очередь, которая существует для пациентов с новообразованиями толстой кишки.

Поэтому что еще могу сказать, что работа самостоятельный законченный труд. Здесь вынесен на защиту тезис о неменьшей эффективности методики эндоскопической резекции слизистой оболочки вместе с циркулярным разрезом по сравнению с методикой диссекции в подслизистом слое. Вы это доказали в своей работе. Поэтому я считаю, что Вы заслуживаете присуждения искомой степени кандидата медицинских наук.

Спасибо, Виктор Владимирович. Я сначала думал, что Вы выскажете какие-то существенные замечания, но они не прозвучали, прозвучала лишь поддержка. Спасибо, Виктор Владимирович. Кто бы еще хотел выступить в качестве неофициального оппонента?

Если нет желающих, я предлагаю избрать счетную комиссию в составе докторов наук: С.В. Чернышов, А.А. Пономаренко, В.Н. Кашников. Давайте мы проголосуем. Кто за то, чтобы избрать данный состав? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). */проводится голосование, члены Диссертационного Совета единогласно утверждают состав счетной комиссии/*
Прошу приступить счетную комиссию к работе.

/во время перерыва для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Я, чтобы сэкономить драгоценное время, пожалуйста, Эльмира Уллубиевна, мы ждем Вашего заключительного слова. Пожалуйста.

Э.У. Абдулжалиева: В первую очередь, хочу поблагодарить директора НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих, доктора медицинских наук, профессора Ачкасова Сергея Ивановича, а также научного руководителя Центра, доктора медицинских наук, профессора, академика РАН Шельгина Юрия Анатольевича за предоставленную мне возможность учиться в аспирантуре, за практический опыт и навыки, полученные в стенах нашего Центра и, безусловно, за возможность подготовить диссертационную работу в столь престижном научном центре.

Огромная благодарность моему научному руководителю, доктору медицинских наук Сушкову Олегу Ивановичу за его наставничество, за неоценимую помощь, доброе отношение и опору на всех этапах написания данной работы.

Хочу также поблагодарить оппонентов доктора медицинских наук Пирогова Сергея Сергеевича и доктора медицинских наук, профессора Коржеву Ирину Юрьевну за проведенный анализ диссертационной работы, за ваше присутствие и положительные отзывы.

Хочу сказать спасибо рецензентам Чернышову Станиславу Викторовичу, а также Нагудову Марату Алексеевичу за ценные советы в ходе проведения данной работы.

Огромная благодарность доктору медицинских наук, профессору Веселову Виктору Владимировичу, а также руководителю отделения эндоскопической диагностики и хирургии, кандидату медицинских наук Ликутину Алексею Александровичу за экспертное мнение и за создание комфортных условий для написания диссертационной работы.

Выражаю свою признательность всему коллективу отделения эндоскопической диагностики и хирургии за поддержку и ценные рекомендации.

Спасибо всем членам диссертационного совета за уделенное время сегодняшней теме.

Отдельное спасибо заведующей консультативной поликлиникой, кандидату медицинских наук Киселевой Асма Османовне за ее наставления и мудрые советы.

И особенно хотела бы выразить свою признательность своей большой семье за всестороннюю поддержку и любовь. Мои успехи и достижения всегда в немалой степени Ваша заслуга.

А также огромное спасибо всем моим родственникам и друзьям, которые всегда рядом!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Спасибо. Я думаю, что мы сейчас дождаемся с нетерпением завершения работы счетной комиссии.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:

Насколько мы понимаем, что избрали председателем счетной комиссии Станислава Викторовича Чернышова. Пожалуйста, Станислав Викторович.

Д.м.н. С.В. Чернышов: Уважаемые коллеги! Протокол заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 7 ноября 2024 г. Состав избранной комиссии: С.В. Чернышов, В.Н. Кашников, А.А. Пономаренко. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Абулжалиевой Эльмиры

Уллубиевны соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия». Состав диссертационного совета утвержден в количестве 19 человек. Присутствовало на заседании 15 членов совета, в том числе докторов медицинских наук по рассматриваемой диссертации – 14. Роздано бюллетеней – 14. Осталось не розданных бюллетеней – 4. В урне оказалось бюллетеней – 15.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия»: «за» - 15, «против» - нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Коллеги, я прошу тогда проголосовать с тем, чтобы утвердить. Кто за то, чтобы утвердить результаты работы счетной комиссии. Воздержались? (Нет). Против? (Нет).

/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
По поводу заключения, которое было роздано, есть какие-то замечания у членов диссертационного совета?

(Обсуждение проекта заключения).

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Тогда позвольте зачитать резюмирующую часть проекта заключения по представленной кандидатской диссертации. Представленная к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем хирургии, является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенное автором исследование содержит решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения больных с эпителиальными новообразованиями ободочной кишки от 20 до 30 мм.

Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация Абдулжалиевой Эльмиры Уллубиевны представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук согласно п. 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842 (в ред. Постановлений Правительства РФ №335 от 21.04.2016 г. и № 748 от 02.08.2016 г.), а сам автор Абдулжалиева Эльмира Уллубиевна присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия».

Прошу проголосовать за этот проект заключения. Против? (Нет). Воздержались? (Нет).
(Проект заключения утверждается единогласно).

Тогда позвольте поздравить с присуждением Вам степени кандидата медицинских наук.

Если у нас нет никаких замечаний по ведению диссертационного совета, пожалуйста, завершите его работу.

Спасибо.

Председатель диссертационного совета
21.1.030.01, академик РАН, профессор,
доктор медицинских наук



Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук

Е.С. Суворегин

7 ноября 2024 г.