

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

СТЕНОГРАММА

заседания № 2 специализированного совета по приему кандидатских и докторских
диссертаций Д 208.021.01 по защите диссертации

Алексеева Михаила Владимировича

**«Несостоятельность колоректального анастомоза: факторы риска, прогнозирование
и методы профилактики»,**

представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук
по специальностям 14.01.17 «Хирургия» и 14.01.12 «Онкология»

04 марта 2021 г.

Председатель диссертационного
совета Д 208.021.01

д.м.н., профессор, академик РАН

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,

к.м.н.

Е.С. Суровегин

Москва – 2021 г.

Присутствовали следующие члены Диссертационного Совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
3.	Суровегин Е.С.	кандидат медицинских наук	14.01.17
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	14.01.17
5.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
6.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
8.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
9.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	14.01.17
10.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
11.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	14.01.17
12.	Орлова Л.П.	доктор медицинских наук	14.01.17
13.	Пугаев А.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
14.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	14.01.17
15.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	14.01.17
16.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	14.01.17

Дополнительно введенные члены диссертационного совета

17.	Бохян В.Ю.	доктор медицинских наук	14.01.12
18.	Вашакмадзе Л.А.	доктор медицинских наук	14.01.12
19.	Демидова Л.В.	доктор медицинских наук	14.01.12
20.	Котельников А.Г.	доктор медицинских наук	14.01.12
21.	Старинский В.В.	доктор медицинских наук	14.01.12

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:

Позвольте приступить к нашему следующему заседанию. У нас заседание посвящено защите докторской диссертации Михаила Владимировича Алексева на тему: «Несостоятельность колоректального анастомоза: факторы риска, прогнозирование и методы профилактики» по двум специальностям: «Хирургия» - 14.01.17 и «Онкология» - 14.01.12. Учитывая, что две специальности, мы должны создать временный диссертационный совет с введенными членами онкологами. Если позволите, я зачитаю информацию о вводимых членах, если позволите, без места работы:

- Демидова Людмила Владимировна, доктор медицинских наук;
- Старинский Валерий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор;
- Вашакмадзе Леван Арчилович, доктор медицинских наук, профессор;
- Бохян Ваган Юрикович, доктор медицинских наук;
- Котельников Алексей Геннадьевич, доктор медицинских наук, профессор.

Кто за то, чтобы включить данных кандидатов в члены сформируемого ученого совета?

Кто «за»? Против? – Нет. Воздержавшихся? – Нет. (Принято единогласно).

Таким образом, сейчас на диссертационном совете присутствует у нас 21 человек из 25 номинальных членов. Так что кворум есть. И мы можем проводить заседание диссертационного совета.

Название диссертации Алексева Михаила Владимировича я вам уже сказал.

Научный консультант – Юрий Анатольевич Шелыгин, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, директор НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих.

Официальные оппоненты: Луцевич Олег Эммануилович, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Сидоров Дмитрий Владимирович, доктор медицинских наук, заведующий абдоминальным хирургическим отделением хирургического отдела Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена – филиала Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и Ларичев Сергей Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский

национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущая организация – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов предоставил слово ученому секретарю совета.

Ученый секретарь диссертационного совета к.м.н. Суровегин Е.С.:

Глубокоуважаемые коллеги! Соискатель Алексеев Михаил Владимирович, 1980 года рождения, окончил в 2003 году Российский государственный медицинский университет по специальности «Лечебное дело». С 2003 по 2005 гг. проходил интернатуру по специальности «Колопроктология» в Государственном научном центре колопроктологии. С сентября 2005 года занимал должность врача-колопроктолога в отделении онкопроктологии Государственного научного центра колопроктологии. С 2010 года переведен на должность младшего научного сотрудника нашего центра. С 2011 по 2012 гг. обучался в клинической интернатуре по специальности «Онкология» в Московском государственном медико-стоматологическом университете. В декабре 2013 года защитил диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук на тему: «Хирургическое лечение рака прямой кишки с применением химиотерапии с гипертермией» по специальности 14.01.17 «Хирургия». С 2014 года переведен на должность научного сотрудника, а с сентября 2016 года – на должность старшего научного сотрудника отдела онкопроктологии Государственного научного центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. Также с сентября 2016 года является доцентом кафедры колопроктологии РМАНПО Минздрава России. С февраля 2020 года занимает должность заведующего отделением онкопроктологии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. За время работы соискатель Алексеев Михаил Владимирович подготовил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук по теме: «Несостоятельность колоректального анастомоза: факторы риска, прогнозирование и методы профилактики». Диссертация выполнена на базе отдела онкопроктологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Соискатель собрал пакет документов. Все они соответствуют требованиям ВАК, предъявляемым к докторским диссертациям. При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составила 84 %.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:

Вопросы по представленным документам? Замечания? Нет. Пожалуйста, Михаил Владимирович, Вам 20 минут для изложения основных положений Вашей работы.

Алексеев М.В., к.м.н.: в течение 16 минут изложил основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов

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

Хомяков Е.А., к.м.н.: Михаил Владимирович, скажите, пожалуйста, есть ли группы пациентов, у которых мы можем отказаться от формирования превентивной стомы при выполнении низких передних резекций?

Ответ: Хороший вопрос. Мы по окончании этой работы думали об этом. Но то, что показывает наше исследование и то, что сейчас за рубежом некоторыми хирургами это выполняется, то есть, например, молодая «удобная» женщина с отсутствием каких-то факторов риска, наверно, можно. Но для этого нужно проводить, наверно, отдельные исследования. То есть ориентироваться только на наше исследование, сказать – да, всё - делайте и не формируйте превентивную стому – так нельзя, нужно проводить дополнительные исследования.

Вашакмадзе Л.А., д.м.н., профессор: Несмотря на то, что Вы делали флуоресцентную диагностику, в 9% случаев у Вас все же оказалась несостоятельность. Вы проанализировали, в чем причина несостоятельности в данных случаях? Вообще, если при формировании анастомоза нет натяжения, швы хорошо наложены и кровоснабжение хорошее, этих 3 условия вполне достаточно для того, чтобы не было несостоятельности. В чем причина 9% случаев несостоятельности?

Ответ: Глубокоуважаемый Леван Арчилович! Этот вопрос находится на поверхности. Но, к сожалению, то, о чем Вы сказали, натяжение анастомоза, хорошее кровоснабжение – это наверно, 2 или 3 основных момента для нас, хирургов. Но есть еще пациенты, у которых могут быть сахарный диабет, какие-то хронические заболевания, плюс эта работа сделана на онкологических пациентах, то есть это может быть осложненная опухоль, проведенная лучевая и химиотерапия – те факторы, на которые мы повлиять не можем, и они тоже

могут вносить свой процент в несостоятельность. И мы считаем, что эти 9% - это как раз те факторы, дополнительные, которые привели к несостоятельности анастомоза.

Вашакмадзе Л.А., д.м.н., профессор: А эти анастомозы были аппаратные все или нет?

Ответ: Это исследование было гомогенное и мы включали только аппаратные анастомозы. Фактор ручного анастомоза исключался.

Вашакмадзе Л.А., д.м.н., профессор: А может одну работу провести по ручному анастомозу и посмотреть, может быть в аппаратных анастомозах причина несостоятельности?

Ответ: Можно. Таких работ, наверно, уже достаточно много, и в принципе эти работы, как правило, на ободочной кишке или ректосигмоидном отделе. И, как правило, в этих работах не показано каких-то различий между аппаратным и ручным анастомозом, как правило, процент несостоятельности сопоставим.

Бохян В.Ю., д.м.н.: Скажите, пожалуйста, в рандомизированном исследовании Вы применяли один и тот же сшивающий аппарат или они были разные? Если разные, не считаете ли Вы, что этот фактор тоже может повлиять на процент несостоятельности?

Ответ: Применяли мы аппараты одной и той же фирмы. Это мог быть различный диаметр аппарата в зависимости от анатомических особенностей пациента. Но какой-то процент несостоятельности, связанный с техническими особенностями формирования анастомоза, он всегда присутствует. Говорить, что аппарат прошивает на 100 % и после этого не бывает несостоятельности – такого, наверно, не бывает. То есть где-то могла недогнуться скрепка, где-то было пересечение между линейным швом и циркулярным швом. Это тоже могло дать какой-то свой процент. Но эти технические моменты достаточно сложно объективно оценить.

Бохян В.Ю., д.м.н.: Можно узнать, какой именно аппарат Вы применяете?

Ответ: Covidien наиболее сейчас распространен, от 28-го до 31-го диаметра. Всё зависит от пациента, если это худая женщина, у которой 31-м аппаратом провести головку будет достаточно сложно, и это может только повредить анастомозу, то здесь 28-й аппарат. А так, в основном 31-й аппарат.

Бохян В.Ю., д.м.н.: И Вы укрываете шов ручными швами?

Ответ: В исследовании мы это отмечали, вообще дополнительное укрепление анастомоза не прописывалось дизайном исследования, это было на усмотрение хирурга. В нашем исследовании дополнительное укрепление анастомоза получили около 80 % пациентов. У кого-то анастомоз обшивался полностью, у кого-то по результатам bubble-теста было какое-то подсачивание воздуха, и только там шовчик положен, у кого-то не укреплялось

совсем. Сам по себе этот метод укрепления анастомоза тоже показывает свою эффективность, но, наверно, в комплексе с другими методами.

Бохян В.Ю., д.м.н.: Хорошо. Еще один вопрос, если позволите. Вы пишете о том, что необходимость формирования превентивной стомы повышает риск несостоятельности в 7,5 раз. Необходимость формирования стомы – это условие оперирования. А все-таки формирование превентивной стомы приводит к тому, что этот риск снижается или нет? Или может быть степень несостоятельности анастомоза снижается?

Ответ: Это хороший вопрос. Потому что во многих исследованиях показано, что сама по себе превентивная стома снижает самостоятельность анастомоза; в других работах показано, что она в принципе никак не влияет; в третьих работах показано как раз то, о чем Вы говорите, что необходимость формирования стомы обусловлена или какими-то техническими проблемами при формировании анастомоза или сложным больным или низким анастомозом, и при этих проблемах как раз частота несостоятельности будет выше. Почему у нас в унивариантном анализе получилось, что превентивная стома увеличивает частоту несостоятельности? Во-первых, у нас 70 % пациентов получало превентивную стому, у нас 70 % низких передних резекций. И этот фактор сыграл из-за того, что большое количество пациентов вошло. Но при проведении многофакторного анализа превентивная стома никак не сыграла, не показала свое независимое влияние.

Бохян В.Ю., д.м.н.: В том числе на степень несостоятельности?

Ответ: Да, в том числе на степень несостоятельности. Поэтому мы считаем, что сама по себе превентивная стома снижает клинические проявления несостоятельности. Несостоятельность может возникнуть, например, рентгенологическая, это не потребует Вам выполнять повторную операцию. И это всё пока на усмотрение хирурга.

Бохян В.Ю., д.м.н.: То есть все-таки влияет на степень несостоятельности?

Ответ: По нашим исследованиям на частоту несостоятельности не влияет, на степень, может быть, да.

Бохян В.Ю., д.м.н.: Хорошо, спасибо. И еще последний вопрос. Индоцианин зеленый отсутствует в настоящее время. И как Вы видите, какое разрешение этой проблемы есть?

Ответ: Что касается нашего исследования, в то время, когда мы проводили диагностику с индоцианином зеленым, у него удостоверение закончилось в начале 2019 года. Мы как раз 2017-2019 гг. проводили это исследование. И сейчас действительно был перерыв, когда мы не делали этого, и у нас исследование было тогда закончено из-за того, что закончился индоцианин зеленый. А сейчас появилось удостоверение, и мы ждем уже к лету, что у нас опять появится этот препарат, и мы начнем активно его применять.

Бохян В.Ю., д.м.н.: Вообще мне очень нравится Ваша работа, и я поэтому задаю много вопросов, потому что очень хорошая работа.

Ответ: Спасибо.

Бохян В.Ю., д.м.н.: Если наложение и натяжение швов можно проконтролировать, действительно кровоснабжение проконтролировать глазом очень сложно. Поэтому Вы рекомендуете во всех случаях это проводить и возможно ли это технически, финансово? Как Вы внедрять хотите?

Ответ: Мы считаем, что данная процедура при наличии возможности флюоресцентной диагностики (если у нас появится препарат) должна выполняться рутинно, потому что мы, с одной стороны, нивелируем фактор хирурга, у нас много молодых хирургов, которые, может быть, еще пока не имеют такого опыта, как по цвету кишки, кровоистечению определить, насколько хорошо кровоснабжается анастомоз; плюс в принципе юридически и технически это можно зафиксировать, сделав съемку, насколько хорошо кровоснабжался анастомоз и потом проанализировать, с чем это все-таки было связано, какие-то проблемы. А в плане финансовом - сейчас многие лапароскопические стойки или уже имеют эту функцию флуоресцентной ангиографии, или небольшая приставка это всё нивелирует. Цена индоцианина зеленого – на пациента получается порядка 5-10 тысяч, то есть это небольшая цена. И если позволит нам снизить частоту несостоятельности, которая приводит к большим потерям финансовым, то, наверно, это будет выгодно.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Хорошо. Еще вопросы? Нет больше вопросов? Я думаю, достаточно, хватит. Спасибо, Михаил Владимирович!

Пожалуйста, научному руководителю слово предоставляется.

Шельгин Ю.А., д.м.н., профессор, академик РАН: Глубокоуважаемые коллеги! Конечно, я испытываю, как вы понимаете, чувство радости, поскольку так получилось, что Михаил Владимирович стал работать у нас в клинике, по сути дела, он поступил в то отделение, где я в то время тоже работал еще в качестве, так скажем, не дирекции, а именно в «поле», можно так сказать. И на моих глазах происходил его рост. И действительно должен отметить его высокую организованность и, более того, способность к обучению. Потому что, например, за время работы в Институте он выучил английский язык, и сейчас соответственно может и читать, и может представлять какие-то результаты исследований и на международных конференциях и съездах. Конечно, он стал очень опытным лектором, и не зря он сейчас работает в качестве доцента на кафедре колопроктологии в Академии последиplomного образования Минздрава России. И в целом пользуется, конечно,

большим авторитетом у сотрудников Института и уважением пациентов – у него достаточное количество желающих оперироваться именно его руками. И сейчас он собственно совмещает еще должность такую большую, достаточно значительную заведующего очень сложным отделением онкопроктологии и, по сути дела, справляется со всеми теми многочисленными функциями, которые на него возложены. И в рамках уже своей преподавательской работы он участвует в воспитании молодежи и организует раз в месяц такие специальные конференции для молодежи, на которых возможно представить нашим молодым коллегам результаты своих исследований. И собственно это вызвало большой интерес и в Академии, и предложено это транслировать через платформу, которая есть в Академии по постдипломному образованию для остальных хирургов, которых могут заинтересовать такого рода презентации молодых коллег.

И поэтому я, конечно, даю только хорошую характеристику ему, как и врачу, как хирургу, онкологу и, конечно же, как в целом исследователю. Потому что всегда его данным можно доверять, не требуется какое-то насилие, чтобы он проводил эти исследования.

Если позволите, я еще вернусь к его кандидатской работе, она достаточно была такая сложная – исследование в эксперименте на животных проводилось в Институте имени П.А. Герцена, и испытывались некоторые препараты на экспериментальных моделях с привитыми опухолями. И я ему тогда предложил освободить от работы с тем, чтобы он проводил эксперимент. Он говорил: - Не беспокойтесь. Он с утра приезжал, делал эти уколы. И действительно получилась очень интересная работа. Я еще раз подчеркиваю высокую организованность нашего соискателя.

Поэтому, конечно же, мне трудно судить о ценности его научного исследования диссертационного, но те характеристики, которые требуются для ученого, они из моих уст могут иметь только положительную оценку.

Спасибо большое!

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:
Спасибо. Слово ученому секретарю для оглашения списка документов, поступивших в совет.

Суровегин Е.С., ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н.: Аprobация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отдела онкопроктологии и отдела онкологии хирургии ободочной кишки Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих 09 сентября 2020 г.

На заседании диссертационного совета от 05 октября 2020 г. избрана комиссия для проверки этой диссертации в составе доктора медицинских наук, профессора Кузьмина Александра Михайловича, доктора медицинских наук, профессора Веселова Виктора Владимировича и доктора медицинских наук Фролова Сергея Алексеевича.

Диссертация была принята к защите на заседании диссертационного совета от 26 ноября 2020 года, протокол № 13.

Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 15 научных работ, в которых отражены основные положения диссертации.

Получены отзывы официальных оппонентов: доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАН Луцевича Олега Эммануиловича, заведующего кафедрой факультетской хирургии № 1 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; также доктора медицинских наук Сидорова Дмитрия Владимировича, заведующего абдоминальным хирургическим отделением хирургического отдела Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена – филиала Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и доктора медицинских наук Ларичева Сергея Евгеньевича, профессора кафедры госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Отзывы принципиальных замечаний не содержат.

Также получен отзыв ведущей организации – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации на диссертацию, составленный доктором медицинских наук, доцентом Карачуном Алексеем Михайловичем. Отзыв положительный.

Также поступило 4 отзыва на автореферат: это отзыв доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой общей хирургии лечебного факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.

Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Родмана Григория Владимировича; доктора медицинских наук, заведующего отделением абдоминальной хирургии № 2 Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации Геворкяна Юрия Артушевича; доктора медицинских наук, доцента кафедры госпитальной хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации Коротких Николая Николаевича; и доктора медицинских наук, доцента, проректора по лечебной работе и развитию регионального здравоохранения, заведующего кафедрой хирургических болезней последипломного образования с курсом колопроктологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Костенко Николая Владимировича.

Все отзывы положительные.

Других отзывов на диссертацию не поступало.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:

Спасибо. Вопросы к ученому секретарю. (Нет вопросов). Тогда приступаем к обсуждению. Пожалуйста, официальный оппонент Луцевич Олег Эммануилович. (Отзыв прилагается). В ходе выступления оппонентом был высказан ряд вопросов дискуссионного характера и непринципиальных замечаний следующего содержания.

По мнению оппонента, третью и четвертую главу можно было объединить, поскольку в обеих главах производится оценка результатов проведенного исследования.

Вопросы:

Почему фактором риска возникновения несостоятельности анастомоза считается возраст мужчин до 62,5 лет? По логике, чем старше человек, тем хуже у него должно быть кровоснабжение.

Оппоненту не совсем понятен такой результат, как положительная пузырьковая проба у 20% пациентов только что наложенного анастомоза. Почему так происходит?

В работе имеются незначительные орфографические и пунктуационные огрехи.

Заместитель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Спасибо, Олег Эммануилович. Пожалуйста, Михаил Владимирович.

Алексеев М.В., к.м.н: Глубокоуважаемый Олег Эммануилович! Спасибо огромное за потраченное время и такой скрупулезный анализ.

Если позволите, немножко отвечу на эти два вопроса.

По поводу молодого возраста. Нас тоже несколько смутил этот факт – почему у молодых, казалось бы, не должно. Но при анализе литературы выяснилось, что этот факт не то, что известен, а уже был исследован. И здесь вопрос даже не в молодых, а в пожилых. У пожилых пациентов чуть меньше реактивность, и поэтому, когда возникают какие-то проблемы в анастомозе, не всегда это реализовывается в несостоятельность; у молодых наоборот – возникла, реализовалась. И поэтому здесь такая зависимость.

Касаемо bubble-теста. Да, на круг у нас получилось 15 % - это много. Поэтому мы считаем, что пузырьковая проба должна быть в принципе рутинной процедурой. Потому что, если вы видите положительную пробу, у вас есть возможность положить трансанальный или трансабдоминальный укрепляющий шов и, наверно, снизить эти проблемы. Если вы не делаете bubble-тест, то этот момент для вас остается неизвестным. И потом, если возникает проблема, вы будете долго думать, с чем это было связано.

Спасибо.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:

Спасибо. Пожалуйста, официальный оппонент Сидоров Дмитрий Владимирович. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:

Спасибо, Дмитрий Владимирович. Михаил Владимирович, ответьте.

Алексеев М.В., к.м.н: Глубокоуважаемый Дмитрий Владимирович! Спасибо огромное за большую проделанную работу по анализу нашего исследования. Хотелось бы сказать, что очень радостно слышать такие положительные отзывы не только как от хирурга, но и как от онколога. Спасибо огромное!

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:

Пожалуйста, следующий оппонент у нас Сергей Евгеньевич Ларичев. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. В ходе выступления у оппонента возникло одно замечание непринципиального характера следующего содержания.

Оппонент считает, что диссертант использует слишком много статистических способов доказательства своей правоты. С одной стороны, это подчеркивает педантизм автора и честность, но с другой стороны, автору пришлось убрать часть факторов риска, логически укладывающихся в логику хирурга, которые одна система давала как факторы риска, а вторая система исключила их. Статистика - это тоже вещь относительно субъективная,

там тоже, чем больше используется статистических методов, тем больше получается противоречивых фактов.

Оппонент считает, что диссертант как-то скептически отнесся к рекомендации наложения/неналожения превентивной стомы. Оппонент считает, что созданная автором номограмма позволяет прогнозировать несостоятельность анастомоза, и стома накладывается, исходя из этих требований с целью возможности профилактики или облегчения течения состоятельности. И это большая практическая значимость работы.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:
Спасибо, Сергей Евгеньевич. Пожалуйста, Михаил Владимирович.

Алексеев М.В., к.м.н.: Глубокоуважаемый Сергей Евгеньевич! Спасибо огромное! Для нас было очень важно мнение специалиста, который работает каждый день в практическом городском здравоохранении, именно посмотреть, как с Вашей точки зрения, нужна ли эта методика или не нужна.

А в плане такого небольшого ответа на номограмму. К сожалению, или к счастью, для построения хорошей номограммы высокой предсказательной точности мы должны в нее включить только независимые факторы. Если мы включим другие факторы, да, они тоже будут играть роль, но они понизят вероятность возникновения несостоятельности анастомоза, и она уже не так хорошо будет предсказана.

А можно ли прямо сейчас на основании этой номограммы брать пациентов молодых женщин, делать им флуоресцентную ангиографию и формировать стому – делать практическую рекомендацию из нашей работы, наверно, это будет верхом. Наверно, все-таки нужно попробовать провести какое-то исследование, посмотреть – если это так, тогда очень даже хорошо.

Спасибо большое!

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:
Спасибо. Кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста.

Котельников А.Г., д.м.н.: Глубокоуважаемые коллеги! Буду предельно лаконичен – работа новаторская, работа этапная, и надо поздравить не только самого исполнителя работы, но и весь коллектив и его директора в первую очередь с тем, что такая работа вышла, достойная самая высочайшей оценки.

Но я сейчас коротко скажу о другом. На защите этой диссертации прозвучала мысль о том, что есть некие эндогенные факторы в виде диабета, анемии, иммунодефицита и т.д., которые мы знаем и еще больше о которых мы только догадываемся и не знаем, особенно это прозвучало из уст выступающего только что предшествующего оратора Сергея

Евгеньевича, которые обуславливают объективно несостоятельность швов любого анастомоза. Справедливо? Справедливо, конечно, так, эти осложнения есть, были в прошлом, и будут всегда. Но, дорогие друзья, я должен сказать, что если мы чисто методически и самокритически, прежде всего, не будем связывать осложнения с дефектами собственного рукоделия (я говорю о хирургах), то наступит деградация хирурга. Да, действительно осложнения обречены быть всегда, но анализ должен быть только самокритичным. Любые извиняющие обстоятельства в виде сахарного диабета и т.д., в не той стенке кишки воспаление и прочее-прочее не должны извинять хирурга в собственных глазах, как минимум. Тогда будет прогресс развития, в противном случае – деградация.

Спасибо.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Еще кто? Пожалуйста.

Алешин Д.В., к.м.н.: Спасибо. Здравствуйте, уважаемые коллеги! Я хотел сказать, что да, конечно, актуальность темы диссертации не вызывает сомнений, сложно найти что-то более актуальное, чем несостоятельность анастомоза. На мой взгляд, это очень сильная работа, мне очень понравилась диссертация Михаила Владимировича. И, в общем-то, практически все ее достоинства уже были обозначены. Мне очень понравился и очень качественно проведенный мета-анализ эффективности проведенной флуоресцентной диагностики с использованием ICG, и то, что он логически подводит к дизайну исследования, потому что имеется, с одной стороны, единственное рандомизированное исследование по этой методике, которое не доказало эффективности ICG, с другой стороны, собственно сам мета-анализ все-таки эту эффективность в отличие от отдельных исследований демонстрирует.

Еще одним, конечно, несомненным достоинством работы является такой очень качественный дизайн проспективного исследования, и то, что оно было зарегистрировано на сайте <https://clinicaltrials.gov/>, это только подчеркивает.

Также еще одно достоинство – это хороший дизайн и хорошая логическая связь между главами работы, между частями исследования, потому что, с одной стороны, согласно проспективному исследованию эта статистическая значимая разница по частоте несостоятельности происходит в основном рентгенологически за счет какой-то несимптомной такой недостаточности анастомоза, и разницы в частоте таких клинических значимых осложнений между группами и в проспективном исследовании нет, но, с другой стороны, анализ факторов отказа от превентивной стомы демонстрирует то, что даже

наличие рентгенологической недостаточности увеличивает вероятность отказа от ликвидации превентивной стомы в 2 раза, то есть тем самым это лишний раз подчеркивает необходимость использования по большому счету каких-то дополнительных методов профилактики несостоятельности.

И, конечно, на мой взгляд, отдельным достоинством является то, что уже прозвучало и в вопросе Евгения Александровича, и в последнем, и в предпоследнем отзыве – это то, что работа открывает возможность для нового научного исследования, касающегося возможности отказа в ряде случаев от формирования превентивной стомы у пациентов с низким риском развития недостаточности.

Поэтому, на мой взгляд, работа более чем соответствует всем требованиям ВАК, а диссертант достоин присуждения ученой степени доктора наук.

Спасибо.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Еще кто хотел бы выступить в качестве неофициального оппонента? Нет никого. Обсуждение бурное, но нам надо двигаться дальше. Нам поступило предложение избрать счетную комиссию в составе профессоров: Веселов Виктор Владимирович, Благодарный Леонид Алексеевич и Головенко Олег Владимирович. (Идет голосование. Состав счетной комиссии утвержден единогласно).

Тогда счетная комиссия приступает к работе. Михаил Владимирович, Вам, пожалуйста, заключительное слово.

Алексеев М.В., к.м.н: Хотел бы сказать огромное спасибо научному консультанту Юрию Анатольевичу Шельгину за представленную возможность выполнить эту работу, так как эту работу было, с одной стороны, несложно выполнить, с другой стороны, у нас появилась возможность использования этой стойки с функцией флуоресцентной ангиографии, и у нас появился препарат, правда, не на долгое время, и нужно было, как говорится, успеть. Спасибо огромное, что у нас это было и то, что мы смогли это сделать. Также хотелось бы сказать большое спасибо Евгению Геннадьевичу Рыбакову как руководителю основного отделения, где это выполнялось, сотрудникам Сергею Ивановичу Ачкасову, сотрудникам второго отделения, где часть пациентов также вошли в исследование. Большое спасибо за тот интерес, который проявили все сотрудники. И это позволило нам достаточно быстро набрать пациентов в исследование.

Также огромное спасибо рентгенодиагностическим службам во главе с Ириной Владимировной Зароднюк, потому что каждому пациенту необходимо было выполнить проктографию, это тоже требует достаточно серьезной работы, и также всем

диагностическим службам, анестезиологическим службам, учитывая, что все пациенты у нас прошли через большие полостные вмешательства, и всем сотрудникам Центра.

Спасибо огромное!

/перерыв для тайного голосования/

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Пожалуйста, у нас готова счетная комиссия.

Веселов В.В., д.м.н., профессор: Добрый день, уважаемые члены диссертационного совета, президиум! Протокол № 2 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом от 04 марта 2021 года в составе: В.В. Веселов, Л.А. Благодарный, О.В. Головенко. Комиссия была избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Алексева Михаила Владимировича на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям «Хирургия» и «Онкология».

Был роздан 21 бюллетень, оказалось не розданных – 3, оказался в урне – 21 бюллетень.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.01.17 «Хирургия» и 14.01.12 «Онкология» Алексеву Михаилу Викторовичу: «за» - 21, «против» - нет, недействительных бюллетеней также нет.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Мы должны утвердить открытым голосованием протокол заседания счетной комиссии. Кто «за»?

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: И было роздано заключение. И Виктор Владимирович, как обычно внес уже свои предложения. Предлагается принять заключение в качестве проекта с учетом предложений Виктора Владимировича.

И позвольте зачитать заключение, что работа Алексева Михаила Владимировича «Несостоятельность колоректального анастомоза факторы риска, прогнозирование и методы профилактики», представленная к защите, посвящена одной из актуальных проблем хирургии и онкологии, является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенное автором исследование содержит решение важной научной задачи – улучшение непосредственных результатов лечения больных раком прямой кишки путем снижения частоты несостоятельности колоректального анастомоза. Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью

