

**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** № 2
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»
Минздрава России по защите диссертации

Башанкаева Бадмы Николаевича

«Правосторонняя гемиколэктомия у больных с кишечной непроходимостью»,
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальностям 3.1.9 «Хирургия», 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия»
от 12 февраля 2026 г.

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

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2026 г.

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.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
6.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
7.	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
8.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
9.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
10.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9.
11.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
12.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
14.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
15.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9.
16.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
17.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9.
18.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
19.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.

Дополнительно введенные члены диссертационного совета

20.	Старинский В.В.	доктор медицинских наук	3.1.6.
21.	Филоненко Е.В.	доктор медицинских наук	3.1.6.
22.	Демидова Л.В.	доктор медицинских наук	3.1.6.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.

Ю.А. Шельгин: Добрый день! Я хотел бы сообщить Вам, что в диссертационный совет поступила диссертационная работа Башанкаева Бадмы Николаевича «Правосторонняя гемиколэктомия у больных с кишечной непроходимостью» по двум научным специальностям 3.1.9. «Хирургия» и 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия». И поскольку работа под двум специальностям, то мы должны тогда ввести в заседание нашего диссертационного совета трех специалистов-онкологов. И я хотел бы предложить внести членов диссертационного совета НМИЦ радиологии:

- 1) Старинский Валерий Владимирович (доктор медицинских наук, профессор);
- 2) Филоненко Елена Вячеславовна (доктор медицинских наук, профессор);
- 3) Демидова Людмила Владимировна (доктор медицинских наук).

Я тогда попрошу членов диссертационного совета НМИЦ колопроктологии проголосовать за данных наших коллег. Кто против? (Нет) Воздержался? (Нет). Единогласно.

Таким образом у нас присутствует в объединенном уже теперь диссертационном совете суммарно 22 члена диссертационного совета. И, конечно же, мы тогда имеем право начать нашу работу в таком составе.

И я напомним, что эта работа у нас выполнена в Российском университете медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научными руководителями являются: Емельянов Сергей Иванович (доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН) и Алексеев Михаил Владимирович (доктор медицинских наук, доцент).

Официальными оппонентами назначены: Сажин Александр Вячеславович - доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова; и Невольских Алексей Алексеевич - доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по лечебной работе МРНЦ им. А.Ф. Цыба Национального медицинского исследовательского центра радиологии.

Ведущей организацией избрано Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы».

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:

Уважаемые коллеги! Соискатель Башанкаев Бадма Николаевич родился в 1978 году, в 2002 году окончил Государственное образовательное учреждение высшего профессионального

образования Московская медицинская академия имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения России по специальности «Лечебное дело». С 2002 по 2006 гг. работал хирургом по оказанию экстренной медицинской помощи в Городской клинической больнице № 53; с 2009 по 2012 гг. работал в должности научного сотрудника отделения колопроктологии и хирургии тазового дна РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского Российской академии медицинских наук; с 2012 по 2014 гг. работал руководителем отделения колопроктологии и руководителем хирургической клиники «Европейский медицинский центр»; также с 2012 по 2024 гг. работал на кафедре хирургии в Медицинской академии им. И.М. Сеченова»; с 2024 года по настоящее время является доцентом на кафедре эндоскопической хирургии научно-образовательного института непрерывного профессионального образования им. Н.Д. Юшука Российского университета медицины Минздрава России.

Соискатель подготовил диссертацию на тему: «Правосторонняя гемиколэктомия у больных с кишечной непроходимостью».

Соискатель предоставил пакет документов в диссертационный совет. Все они соответствуют требованиям ВАК, предъявляемым к кандидатским диссертациям.

При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составляет 79,58%.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Есть ли вопросы к Евгению Сергеевичу? (Нет).

Тогда позвольте мне предоставить слово нашему соискателю. Пожалуйста, Бадма Николаевич, у Вас есть возможность изложить основные положения Вашей диссертационной работы.

Б.Н. Башанкаев в течение 15 минут изложил 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 задать вопросы по материалам диссертации.

Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор С.И. Ачкасов: Бадма Николаевич, Вы осветили очень много аспектов правосторонней гемиколэктомии в условиях экстренной хирургии, но не упомянули о том, как завершались эти операции. Были ли у Вас какие-то критерии, опираясь на которые Вы могли позволить сформировать первичный анастомоз или Вы всегда отказывались и формировали илеостому?

Ответ: Благодарю за очень точный вопрос. Оценка проводилась коллегиально. Мы понимали, что если тяжесть состояния пациента не компенсируется никакими усилиями

наших коллег из анестезиологии и реанимации, терапевтами, то, конечно же, шли на более щадящий вариант для спасения жизни пациента.

Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор С.И. Ачкасов: Можно, я еще уточню: а степень кишечной непроходимости влияла каким-то образом на эти показания?

Ответ: Да, у нас были определены группы, когда мы видели, что пациент тотально декомпенсирован в водно-электролитном балансе, когда даже усилия в течение первых часов в реанимации никак не приводили к улучшению, соответствовало больше критерию декомпенсации. Клиническое мышление, коллегиальность, консилиум.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Вы удовлетворены? (Да). Пожалуйста.

Д.м.н., профессор Е.В. Филоненко: Спасибо большое, Бадма Николаевич! Действительно, великолепная презентация. И мой вопрос (а у меня их два) связан с тем, что, конечно, Вы не могли включить все детали, и я недопоняла, может быть, со слайдов и поэтому, если можно, мне пояснить: у Вас на слайде было показано, что при III стадии лимфаденэктомия повышает общую выживаемость на 31%. Но мне кажется, что не было указано, а какая это общая выживаемость – одногодичная, трехгодичная?

Ответ: При III стадии была одногодичная выживаемость. Я просто быстро пролистнул.

Д.м.н., профессор Е.В. Филоненко: Спасибо.

И второй вопрос: как Вы сказали в начале вашего выступления, или я это так поняла, что в основном это были те пациенты, которые были госпитализированы с другими заболеваниями, не с опухолями толстой кишки. То есть поводом для госпитализации были соматические заболевания у пожилых пациентов. Если правильно я поняла, все 150 пациентов были госпитализированы с какими-то другими соматическими заболеваниями, и уже во время госпитализации был диагностирован рак ободочной кишки?

Ответ: Входящий диагноз у большинства этих пациентов, собственно, почти у всех, был кишечная непроходимость. Генез ее на момент госпитализации не был ясен для скорой помощи. Но мы понимали, что в этом возрасте рак наиболее вероятен. И Вы видели на слайде, что многие пациенты были с более чем трехдневной кишечной непроходимостью, то есть они такие были автоматически отягощенные и с хорошей такой почти уже декомпенсированной кишечной непроходимостью.

Д.м.н., профессор Е.В. Филоненко: Если можно, еще коротенький вопрос в связи с Вашим ответом: все-таки в этом возрасте какой средний возраст пациентов в этих группах?

Ответ: Более 65 лет у нас.

Д.м.н., профессор Е.В. Филоненко: 65 было указано на слайде, то есть не такой пожилой возраст 65 лет.

Ответ: Как нам кажется, специфика именно этой группы пациентов, что более 3 дней терпели, и за эти 3 дня как раз имеется и раковая интоксикация, и явления кишечной непроходимости уже с декомпенсацией, конечно, сильно влияли и на весь и белково-энергетический, и водно-электролитный статус пациентов.

Д.м.н., профессор Е.В. Филоненко: Спасибо.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Бадма Николаевич, скажите, пожалуйста, я, может быть, прослушал, в чем гипотеза Вашего исследования, Вы можете сформулировать, четко сказать, что Вы хотели показать в рамках Вашего исследования, и что Вы доказали?

Ответ: Большое спасибо! Да, наверное, я сжал очень сильно презентацию. Работая в плановой онкологической помощи и в РНЦХ, и в других местах, но при этом имея базис, который нам наставники дали в экстренной хирургии, никак не получалось понять, почему у нас именно такие отличные результаты в плановой онкологической помощи, всплеск, у нас реинкарнация, мы делаем блестящие операции, но так всё непросто в экстренном хирургическом стационаре. И наша кафедра базировалась как в 53-й больнице, так и 13-й больнице, и в Зеленограде, и мы видели, что лимфаденэктомия – это термин, который общие хирурги не понимали. И нам хотелось совместить этих сложных пациентов, которые с помощью именно такой командной игры ПУВ, Fast Track, возможности, навыки нашей кафедры выполнять именно расширенные лимфаденэктомии, именно в этом помочь. Тяжелым, непрым пациентам делают либо циторедукцию, либо паллиативные операции, через полгода всё это прогрессирует с отдаленными метастазами. Помните, что «правый» рак из-за особенностей кровоснабжения легко делает печеночные метастазы, а локорегиональный рецидив правого рака в области головки поджелудочной железы или двенадцатиперстной кишки – это вообще отдельная трагедия. Поэтому именно комбинация навыков онкоколопроктолога, понимание работы общехирургического экстренного стационара и необходимость помочь именно этой сложной когорте пациентов – в этом была цель работы.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: А все-таки тогда критерии включения в это исследование какие у Вас были, как Вы отбирали пациентов для анализа? У Вас же была, как я понимаю, ретроспективная и проспективная группа.

Ответ: Да.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: И тогда возникает вопрос: в ретроспективную, в проспективную группу как Вы отбирали пациентов? Что у Вас считалось критерием? Тем более, Вы говорите, что Вы не знали, с чем поступает пациент, и достаточно долго всё происходит, они терпят и т.д., по разным причинам, неважно.

И второй момент, который меня интересует: Вы говорите про Fast Track у данной категории пациентов, хотя сами говорите, что это тяжелая категория пациентов, и Вы запускаете им Fast Track. Вы можете объяснить эти два критерия?

Ответ: По первому вопросу. Критерии включения были описаны: это, собственно, кишечная непроходимость опухолевого генеза, локализация в правой половине толстой кишки, работа с архивами, работа стандартна для нашей специальности.

А по Fast Track совершенно точно Вы сказали, на 100% Fast Track неосуществим, наверное, почти нигде, но использование хотя бы 50%, 30% явно дает свой прогресс. И мультимодальная анальгезия именно продленная эпидуральная – это был шаг вперед. Не ставили эпидуральные катетеры перед нашими операциями в общехирургическом стационаре, не ставили. По поводу сиппинговых форм была тоже добрая победа вперед, шаг такой вперед, активизация, чулки, активная профилактика послеоперационных тромботических осложнений. Этот весь комплекс он не сразу строился. Мы начали с того, что хотя бы на одном языке с реаниматологами начали говорить – не заливайте пациента, давайте здесь у тяжелого пациента, у которого и так парез на фоне кишечной непроходимости, может быть, уйдем от опиоидов. И это была кропотливая, сложная работа, но получилось показать результат. И я смею заверить Вас, что выпускники нашей кафедры, нашего отделения работают уже в разных больницах, и я с удовольствием вижу, что они используют эти элементы хирургические, как мезоколонэктомия, лимфодиссекцию, но и при этом сами внедряют те элементы, которые увидели, как работают, когда собирается вся команда. Это Подмосковье и даже не Подмосковье, а другие города.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Скажите тогда, еще такой вопрос, чем обусловлен выбор D3-лимфодиссекции?

Ответ: У меня не будет второго шанса, скорее всего, зайти и доделывать, и переделывать. Если лимфодиссекция не увеличила интраоперационные, послеоперационные осложнения, то при навыках, при умении, при школе проще сделать сразу D3, нежели потом увидеть те самые 1-5% (ученые же различаются в своем количестве) рецидивы, мы видели локорегиональные рецидивы – это точно есть. И эти рецидивы очень сложны к повторным операциям. Все прекрасно знают в этом зале, что это просто иногда невозможно вообще.

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

Д.м.н. С.В. Чернышов: Спасибо большое за презентацию!

Меня все-таки тоже как Сергея Ивановича больше всего интересует вопрос о формировании анастомозов и исходов после их формирования. Можете сказать, какое количество вообще анастомозов было сформировано, то есть каким больным, какому

количеству Вы их сформировали, несмотря на то, сколько пришлось больных, которым пришлось формировать стомы, несмотря на такой алгоритм разрешения непроходимости с дренированием и интубацией тонкой кишки?

И такой тонкий вопрос: Вы говорили о больных с послеоперационной летальностью, каковы причины этой летальности? Были ли там больные с несостоятельностью анастомоза?

Ответ: Тогда начну с конца сразу. Да, были летальности, в каждой группе по 3 пациента. Да, были несостоятельности анастомоза, увеличивающиеся с тяжестью состояния. Кишечная непроходимость более 3 дней, а иногда были и 7-дневные непроходимости – это, конечно, тяжелый труд всей больницы.

По поводу анастомоза. Это краеугольный камень, как раньше казалось. Мы видели ручные анастомозы очень много в ретроспективной группе. Но в нашем уже варианте наиболее часто анастомоз «бок-в-бок», не изоперистальтический, степлерный, и общая коло-, энтеротомия тоже укрывалась степлерным аппаратом. Но 99,9% наших анастомозов укрываются еще дополнительным рядом ручного шва викрил 3/0 на кишечной игле, потому что вот так. Да, это получается трехрядный анастомоз, но мы в операционной должны выложиться на 100%, чтобы потом спать спокойно. Но были, к сожалению, и даже на таких анастомозах проблемы.

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

У меня в продолжение этого вопроса. Бадма Николаевич, в том случае, когда у Вас возникали признаки несостоятельности швов анастомоза, в этом случае каким образом Вы поступали, что предпринимали, требовалось ли повторное оперативное вмешательство с разобщением анастомоза и т.д.?

Ответ: Спасибо большое, Юрий Анатольевич! Специфика работы в экстренном хирургическом стационаре подразумевает, что здесь шансы на третью, четвертую операцию минимальны. Поэтому делалась самая надежная обструктивная резекция, петля толстой кишки заглушалась, и выводилась илеостома.

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

Хорошо. Пожалуйста.

Д.м.н. И.В. Костарев: Бадма Николаевич, скажите, включались ли пациенты в исследование с наличием отдаленных метастазов и признаками какого-то уже местного распространения опухоли? Потому что, как известно, сделать такую великолепную операцию с удалением параколической клетчатки с местным распространением не так легко. И соответственно, если есть метастазы, следует ли делать D3-лимфодиссекцию?

Ответ: Спасибо огромное за вопрос! Мы, когда начинали работу, внимательно следили за происходящими исследованиями во всем мире, в том числе COLD Trial. Были пациенты с IV стадией заболевания. И на тот момент, и сейчас у онкологической общественности мнения варьируют: некоторые все-таки предлагают циторедукцию с санацией большой; а некоторые школы предлагают сделать более паллиативную операцию. У нас предпочтение к первой группе было – все-таки провести лимфаденэктомию, поскольку с печеночными метастазами можно разобраться, а с локальным рецидивом 5 см в области головки поджелудочной железы, обтурирующим двенадцатиперстную кишку с прорастанием в чревный ствол и т.д. очень сложно что-то потом будет сделать, очень сложно.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Но у Вас пациенты с IV стадией были только с поражением печени или были, положим, метастазы в легких?

Ответ: Преимущественно печеночные метастазы.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Вам как-то известна дальнейшая судьба этих пациентов? И вообще оценивалось, удалимые эти метастазы в печени или нет? И выполнялась ли в последующем либо лекарственная терапия или, положим, в дальнейшем оперативное вмешательство по поводу метастатического поражения печени?

Ответ: Буквально единичные пациенты дальше были в руках наших гепатопанкреатобилиарных хирургов, большинство проходило адьювантную терапию. И на одном из анализов там есть цифра – они жили несколько дольше. Наше исследование с ограничениями. Конечно же, нужна большая когорта пациентов, чтобы правильно ответить на вопрос. Поэтому мы внимательно тоже следим за работами института, наших онкологов, смежников, коллег из-за границы, в каком варианте лучше делать эту операцию. Но у нас они прожили буквально в среднем 3, 4, 5 месяцев.

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

К.м.н. Д.О. Киселев: Бадма Николаевич, в своем исследовании Вы предлагаете D3-лимфодиссекцию, и в то же время согласно FAST-протоколу на второй день удаление дренажей. Имело ли место быть лимфоцеле, как Вы с этим боролись, и считали ли Вы это осложнением?

Ответ: В начале наших хирургических операций мы активно пользовались монополярной коагуляцией, и это был такой основной метод работы, клипировали в проекции лимфатических стволов, и была лимфорей, была лимфорей до литра в сутки, и мы не знали даже иногда, что делать – как-то пациенту всё хорошо, а лимфорей есть. Она удлиняла

сроки госпитализации, она в большинстве случаев заканчивалась совершенно безобидно. И лимфоцеле инфицированные – это редкость. Потом мы меняли технику операции, стали больше работать гармоническим скальпелем, используя и проводной вариант, и беспроводной вариант, также клипируя, и лимфоррея стала гораздо меньше, то есть мы ее прекратили видеть.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Скажите, пожалуйста, Вы говорили, что у Вас выживаемость даже однолетняя и трехлетняя, получается у определенной когорты, там разные стадии, лучше, чем у пациентов ретроспективной, я так понимаю, группы, с чем Вы это связываете все-таки? То есть Вы добились, я так понимаю, впечатляющих результатов. Если использовать Ваш подход, то, получается, что выживаемость возросла даже уже однолетняя. С чем Вы это все-таки связываете?

Ответ: Очень глубокий вопрос. И на него есть две части ответа. Первая по науке – это лимфаденэктомия в объеме, который нам привычен – колоректальным хирургам, которые плановые операции делают – выходим на вену, выходим, у нас не остается какой-либо жировой ткани и потенциальных лимфоузлов в устье наших магистральных сосудов. И вариант, который мы видели в протоколах, и которому я когда-то был научен в экстренной хирургии, когда зажим клался чуть ниже противобрыжеечного края толстой кишки. Соответственно нам кажется, что именно объем лимфодиссекции позволил увеличить количество, улучшить стадирование и более правильно назначать адьювантную терапию. Мы увидели схожий результат, я сейчас параллельно проведу такую, наверное, не совсем корректную по отношению к нам, но та же ситуация была у Билла Хилда в начале 80-х, когда он просто пошел в фасциальных слоях, выходя на основной питающий сосуд. И драматическое изменение выживаемости и локального рецидива, вы все прекрасно помните, там цифра 40-60% локорегионального рецидива, до менее 4% в его руках – это было очень ощутимо, и остается для нашей команды таким фактором, который показывает, что возможно и хирургическая техника здесь тоже важна.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Тогда такой вопрос: в ретроспективной группе больных какая все-таки была частота рецидива? То есть, если Вы наблюдали этот локорегиональный рецидив, то что с ним происходило и в той, и в другой группе? То есть Вы удаляли их или нет?

Ответ: Это общехирургический стационар. Пациенты далее направлялись в онкологическую службу, где внимательно знакомились с патоморфологическим выписным эпикризом, где было написано: 3 лимфоузла без поражения. Ни объема клетчатки, ни понимания, сколько вообще лимфоузлов надо в макропрепарате при резекции толстой кишки иметь не было. Эти пациенты были на активном динамическом наблюдении,

послеоперационном мониторинге онкологических пациентов с заболеваниями толстой кишки. И в нашем анализе мы увидели, что выживаемость во второй и третьей группе не сильно различалась в итоге. Потому что, нам кажется, что там просто остались лимфоузлы. Локальный рецидив в ретроспективной группе не входил в спектр нашего анализа. А по метастатическим поражениям, по звонкам были отдаленные метастатические поражения после, казалось бы, такой же операции, как делали мы в основной группе.

Д.м.н. О.И. Сушков: Глубокоуважаемый Бадма Николаевич! Скажите, пожалуйста, метод декомпрессии через энтеротомию лучше, с Вашей точки зрения или это установка клиники? Я сравниваю с назоинтестинальной интубацией кишки. Потому что здесь в этой ситуации можно оставить зонд на более длительный период.

Ответ: В зале находится Владимир Петрович Глабай, это мой первый наставник и большой учитель хирургии. И работая именно в стенах 53-й больницы, еще будучи ординатором, мы невероятно любили назоинтестинальную интубацию. И это было, все, кто из экстренной хирургии, прекрасно вспоминают, в ночи нанизывание на зонд почти двухметровый этих 3, 4, 5 метров тонкой кишки, прохождение через двенадцатиперстную кишку непросто, в условиях раздутой кишки это было очень непросто, найти этот зонд было тоже непросто. И понимая, что это не всегда возможно, а, кстати, во время этой манипуляции отмечались десерозы, было такое, мы подглядели эту методику у наших коллег, которые очень так спокойно дренировали каудально, то есть совсем в другом направлении. Поэтому мы перешли именно на эту методику: зона илеотомии, энтеротомии уходит в макропрепарат – безопасно, нет контаминации брюшной полости, но мы оставляли назогастральный зонд. А если что-то не нравилось, мы его даже проводили за двенадцатиперстную кишку чуть-чуть дальше связи Трейтца буквально ненадолго, но декомпрессия, которая осуществлялась именно нашим методом декомпрессии, нам показалась более эффективной, и пока так продолжаем.

Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Я хотел бы продолжить этот вопрос: то есть Вы, используя эту методику декомпрессии, старались опорожнить, по сути дела, всю тонкую кишку?

Ответ: Да, как раз сцезивая.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: То есть ретроградно, вот таким образом?

Ответ: Да, проще получилось. Потому что все-таки проведение в двенадцатиперстной кишке у пациента с большим индексом массы тела технически иногда непросто.

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

Понятно. И еще тогда вопрос в продолжение: что касается ретроспективной группы, у Вас была какая-то информация, каким образом они все-таки осуществляли декомпрессию кишечника? Наверняка, в протоколах это указывалось.

Ответ: Да, совершенно верно. Большинство было по действовавшему тогда в Москве приказу о назоинтестинальной интубации.

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

Ясно. Пожалуйста, еще вопросы.

Д.м.н. Е.В. Филоненко: Во-первых, я посмотрела в автореферате, тут, конечно, не 31% разница в выигрыше при III стадии, а всего 8% при одногодичной общей выживаемости. Но я сейчас встала, чтобы другой вопрос задать. Понятно, что Вы разработали великолепные хирургические технологии, и всё это помогает пациентам. Но если так посчитать, то у Вас основная и контрольная группа набирались примерно за 3 года, и если разделить на год это число больных, это примерно 25-30 пациентов в год поступали в Вашу клинику с кишечной непроходимостью. И здесь я хотела бы задать онкологический вопрос: я понимаю, что это правая половина, конечно, ободочной кишки, но все-таки это большое количество пациентов и, наверное, Ваша клиника не единственная, и а другие скорпомощные клиники в Москве принимают примерно такое же количество больных с кишечной непроходимостью вследствие опухолевой обтурации III-IV стадии. И как мы поняли из Вашего доклада и последующих ответов на вопросы, что этим больным диагноз онкологического заболевания был поставлен впервые, когда они поступили с кишечной непроходимостью. Это, конечно же, такая ситуация, наверное, не очень хорошая. Скажите, пожалуйста, мы сейчас обсудили с Валерием Владимировичем, у нас все-таки входит в диспансеризацию анализ кала на скрытую кровь, и пациенты Ваши не такие уж пожилые, чтобы не посещать врача, 65 лет пациентам в среднем. Первый вопрос: с чем Вы связываете вообще в принципе такое, кроме анатомии, о которой я обмолвилась, в принципе такое большое количество больных с кишечной непроходимостью и невыявленным диагнозом до ее развития рака ободочной кишки? Это первый вопрос.

И второй вопрос: может быть, Вы считаете, что необходимо внести какие-то изменения в нормативные документы, какие-то изменения в методики скрининга или диспансеризации, которые бы число таких больных уменьшили, может быть, до самого минимального уровня? Опять же это не относится к самой работе. Я обмолвилась, что, конечно, все мы понимаем это прекрасно, и технологии Вы разработали, и они помогают онкологическому больному. Но все-таки такой момент организационный не может не волновать всех присутствующих, особенно в данном учреждении.

Спасибо.

Ответ: Благодарю за очень глубокие вопросы. Вы очень тонко зрите в корень ситуации, которая тогда происходила в общехирургических стационарах. Именно после 2018 года в эти годы городом было принято решение о централизации всех пациентов, поступающих с желтухой, с кишечной непроходимостью, дабы избежать ситуации нашей ретроспективной группы. И сейчас 2026 год. Предположительно, нам кажется, что в стационарах, а это, Вы знаете, Центр им. А.С. Логинова, Коммунарка и т.д., сейчас как раз имеется когорта хирургов, навыки которых выросли в хороших плановых хирургических стационарах, и они увидели тех самых пациентов, которые концентрируются в тех самых 10 стационарах г. Москвы. И сейчас те самые аспекты, которые мы вынесли на нашу защиту, очень хотелось бы, чтобы они нашли место. Мы показали, что это возможно. Сейчас в централизованной онкологической помощи хороший уровень оснащения, хорошие технические навыки. Вероятно, часть этой работы будет имплементирована в работу больших стационаров наших столичных.

По основному второму вопросу, который на самом деле является самым важным. Что с диспансеризацией? Почему такая поздняя диагностика в, казалось бы, самом большом, самом основном городе нашей страны. Именно опять же тогда именно количество пациентов, которых поздно диагностировали, изменили систему нашей диспансеризации. В первый этап диспансеризации, который в прошлом году прошло 109 миллионов населения нашей страны, в первичный профилактический осмотр и диспансеризацию как раз входит уже специализированный иммунохимический тест кала на скрытую кровь. И благодаря такой работе, кстати, в г. Москве, например, появились высокопоточковые эндоскопические центры, где как раз эту ситуацию мы в ближайшие, я думаю, 3-5 лет увидим сдвиг, как уже произошло в Ханты-Мансийском автономном округе, когда активное использование иммунохимических тестов кала на скрытую кровь, не просто каких-то качественных, а именно количественных, уже с пониманием, сколько там нанограм гаптоглобина или гемоглобина использовано, привело к значительному снижению. Опыт ХМАО показал, Москва сейчас взяла в дальнейшей оборот, а Россия вся – 109 миллионов диспансеризации. То есть на тот момент, когда мы финализировали работу, 2018 год, этого еще не было в таком объеме. Кто-то будет повторять работу в 2026-2028 гг., наверняка будут другие цифры именно позднего появления сложных пациентов у общих хирургов на экстренной хирургии.

Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Пожалуйста, еще вопросы. Достаточно. Хорошо. Спасибо, Бадма Николаевича.

Я хотел бы попросить Евгения Сергеевича, пожалуйста, сообщите нам о поступивших документах, апробации и т.д.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суровегин: Апробация диссертации прошла на заседании кафедры эндоскопической хирургии имени Н.Д. Ющука, кафедры общей хирургии имени Н.А. Семашко, кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации 16 апреля 2025 года.

На заседании диссертационного совета от 13 октября 2025 года (протокол № 17) избрана комиссия для проверки диссертации в составе: докторов медицинских наук Е.Г. Рыбакова, С.В. Чернышова и О.И. Сушкова. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

Она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 01 декабря 2025 года (протокол № 19).

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 9 научных работ, в которых отражены основные положения выполненной работы.

Получены следующие отзывы: это отзывы официальных оппонентов Сажина Александра Вячеславовича, доктора медицинских наук, профессора, член-корреспондента РАН, заведующего кафедрой факультетской хирургии № 1 лечебного факультета, директора НИИ клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; Невольских Алексея Алексеевича, доктора медицинских наук, профессора, заместителя директора по лечебной работе Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба – филиала Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Они будут озвучены чуть позже самими оппонентами.

Также получен отзыв ведущей организации – Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», составленный доктором медицинских наук Даниловым Михаилом Александровичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

И также получен отзыв на автореферат, который дал кандидат медицинских наук Атрощенко Андрей Олегович, заведующий колопроктологическим отделением Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 67 имени Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы». Он положительный и критических замечаний не содержит.

Других отзывов в диссертационный совет не поступало.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: У нас тут нет каких-либо вопросов, замечаний.

Тогда я попрошу научных руководителей дать характеристику диссертанту. Пожалуйста, Сергей Иванович Емельянов.

Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор С.И. Емельянов: Уважаемый Юрий Анатольевич, уважаемый президиум, уважаемые члены диссертационного совета!

Я бы хотел сказать, что Бадма Николаевич давно сотрудничает с нашей кафедрой, является активным таким членом, участником президиума правления Российского общества эндоскопической хирургии, всегда принимал участие в организации процесса и был инициатором проведения школ молодого хирурга на базе нашего Университета, что и послужило поводом меня пригласить его на кафедру уже преподавателем. И последние 8 лет он преподает и ведет курс для врачей постградуального обучения, проявив себя как очень хороший лектор, хороший педагог, активно к нему приходят врачи на эти курсы.

Он совмещает это с практической работой. И здесь говорилось о способах мобилизации ободочной кишки в слоях мембранозных, то, что в последние годы так активно пришло в колопроктологию, он блестяще владеет этой операцией, целую группу имеет своих последователей, принимает участие и в освоении ими этих операций. Как хирург, я считаю, он является хирургом экспертного класса, и мы привлекаем его в работе конференций и съездов по эндоскопической хирургии.

Он ученый, он принимает участие в работе издательства «Медиафера» в журнале «Эндоскопическая хирургия», является заместителем главного редактора, организует рецензентов для статей и большую работу проводит в рамках издательства на телеканале «Первый медицинский канал» (1MED.TV). И сам выступает там с лекциями, и приглашая наших коллег для чтения лекций молодым врачам.

Всё вместе это создает такой профессионально-психологический портрет не только хорошего специалиста, но и педагога, который готовит школу.

От лица кафедры, от лица руководства университета хочу вас заверить, что мы рассматриваем Бадму Николаевича как основного в последующем преподавателя на кафедре в университете.

А саму работу оценивать Вам.

Спасибо!

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

Спасибо, Сергей Иванович.

Михаил Владимирович, у Вас есть желание выступить? (Нет). Спасибо.

В таком случае позвольте мне предоставить слово официальным оппонентам. Прошу Александра Вячеславовича Сажина, доктора медицинских наук, профессора, член-корреспондента РАН, заведующего кафедрой факультетской хирургии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Пожалуйста, Александр Вячеславович. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Во время выступления оппонентом высказан ряд непринципиальных замечаний и размышлений дискуссионного характера следующего содержания:

Не совсем понятно из названия работы, что она посвящена опухолевой кишечной непроходимости, потому что почему-то это не попало в название. Соответственно в ВАК может появиться вопрос: зачем привлекался онколог в качестве научного консультанта? Но работа посвящена именно опухолевой кишечной непроходимости.

В России в настоящее время, как считает оппонент, такой онкопарадокс. Потому что в последнее время есть четкое разделение стационаров г. Москвы и Российской Федерации на онкологические и неонкологические. В тот момент, когда проходил набор материала, это только начинало происходить. Но теперь онкологическая помощь осуществляется так, что есть онкологический стационар, и больной, у которого, например, в одном из эндоскопических центров выявлена опухоль, начинает круг с центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), и далее он маршрутизируется в то учреждение, к которому принадлежит этот ЦАОП. Если, например, больной с опухолевой кишечной непроходимостью придет случайно в МКНЦ им. А.С. Логинова, например, у него какая-то длительно текущая субкомпенсированная кишечная непроходимость, они должны вызвать скорую и отвезти этого больного в обычный скорпомощный стационар. И соответственно врач скорой помощи привезет больного с непроходимостью непонятно какого генеза в скорпомощный стационар неонкологический. В Москве есть 7 стационаров, разделенных Департаментом здравоохранения и главным хирургом, куда осуществляется маршрутизация этих пациентов, они неонкологические. Поэтому действующие клинические рекомендации созданы таким образом, чтобы спасти жизнь пациента, но никоим образом не направлены на то, чтобы помочь пациенту быстро и качественно выжить, избавить больного от онкологического заболевания. Хотя если речь идет о раке ободочной кишки, если это опухоль, при котором возможно сделать резекцию R0 – ее надо сделать. Такие противоречащие ситуации существуют и являются онкопарадоксами. Только 2 стационара в Москве на самом деле могут сделать быструю онкологическую операцию при кишечной непроходимости – это ММКЦ «Коммунарка» и Боткинская больница. Но и в «Коммунарке», и в Боткинской больнице дежурят общие хирурги, которые принимают пациентов. В дневное время в рабочий день они могут привлечь онколога,

помочь им сделать лимфодиссекцию, всё будет юридически оправдано, но это только в этих двух стационарах и только лишь в будние дни. Так обстоит проблема лечения больных с кишечной непроходимостью.

По мнению оппонента, немного не хватает источников литературы последних лет. Вероятно, это связано с тем, что набор материала был осуществлен в период 2013-2018 гг. Четвертая глава сложновата для восприятия, поскольку много текста, но при этом не хватает таблиц и графиков.

В отношении выбора лимфодиссекции D2 или D3. Данный вопрос до сих пор не изучен. Очень сложно проводить D3-лимфодиссекцию при локализации рака в печеночном изгибе поперечной ободочной кишки в правых ее отделах, это тоже рак правосторонней локализации, и, по всей вероятности, такие пациенты имелись. И даже на демонстрации операций по время конференций хирурги, которые пытались показать D3-лимфодиссекцию в области устья средней ободочной артерии, верхней брыжеечной вены, ствола Генле, они не могли показать необходимые образования в плановой хирургии у тщательно отобранных для демонстрации на съезде больных. Тем более, это намного сложнее сделать в экстренной хирургии, когда раздутые петли кишки, и даже несмотря на декомпрессию, когда оттуда эвакуированы жидкость и газ, все равно остается отечной кишечная стенка на большом протяжении от илеоцекального угла до середины, а то и до связки Трейтца, что очень сложно отвести и сделать D3-лимфодиссекцию.

В работе показана кривая обучения, и видно, что в ретроспективной группе сам этап D3-лимфодиссекции был очень длительным – около 1,5 часов, во второй группе длительность данного этапа составила уже 45 минут.

В отношении назогастральной и назоинтестинальной декомпрессии (интубации). При кишечной непроходимости не получено каких-либо преимуществ назоинтестинальной декомпрессии, которая очень распространена в России, перед назогастральной декомпрессией. Хотя в принципе при использовании той же назоинтестинальной декомпрессии для того, чтобы начал опорожняться тонкий кишечник, достаточно заведения зонда за связку Трейтца.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.

Ю.А. Шельгин: Спасибо огромное! Пожалуйста, Бадма Николаевич.

Б.Н. Башанкаев: Благодарю за кропотливую оценку нашей работы.

Почему убрали из названия «опухолевая непроходимость». Сергей Иванович, наверное, может больше тут рассказать. Просто тут в зале все отцы этой диссертации находятся, включая даже первый вариант этой диссертации, который был начат при активном участии Владимира Дмитриевича Федорова, и мы тогда с Владимиром Петровичем Глабаем ходили,

чтобы он нам разрешил эту работу. Он два раза поменял название – «опухолевая непроходимость», «обтурационная непроходимость». У него была своя позиция. Дальше работа продолжалась уже в экстренной хирургии, потом была стажировка, потом возвращение, лимфаденэктомия. Когда уже всё срослось, Сергей Иванович с Владимиром Петровичем сказали, что надо менять название, потому что оно не соответствует тому, что делаешь.

Про онкопарадокс я понял, именно про онкопарадокс мы и говорим.

В отношении того, что мало статей. Мы свои статьи написали. За последние 3-5 лет в нашем направлении не так много появилось, оно не меняет субстрат и введения, и наших задач.

В отношении таблиц и графиков учтем. Видимо, воспитаны в наших кафедральных традициях – у нас там очень много слово значило. Виноват, исправимся, будет лучше.

Качество D3-лимфодиссекции при операции на поперечной ободочной кишке – согласен, что непросто. Но когда вывешивается хорошо кишка, оно получается. Тут надо учитывать, что это открытый вариант, это не лапароскопический. Открытый вариант более удобен здесь, когда у тебя MT Sattler стоит, и кишка вывихнута, всё проще, там даже диафаноскопия получается.

В отношении снижения времени лимфодиссекции. Да, оно снизилось, потому что к тому времени кривая обучения, кстати, благодаря и Вашим мастер-классам, именно по правому раку уже получилась.

Совершенно согласен с тем, что назоинтестинальная интубация это такое локальное увлечение, может быть, потихонечку в учебниках появятся изменения, и нам разрешат просто назогастральную интубацию делать за связку Трейтца.

И еще раз низкий поклон!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.

Ю.А. Шельгин: Спасибо. Я хотел бы пригласить в качестве официального оппонента Невольских Алексея Алексеевича. Напомню, заместитель директора по лечебной работе Медицинского радиологического научного центра имени А.Ф. Цыба. Пожалуйста.

(Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Во время выступления оппонентом высказан ряд замечаний и вопросов непринципиального характера следующего содержания:

Оппоненту непонятно, почему при статистической обработке использовалось среднее значение, а не медианное. Возможно, выборка была равномерная, и среднее значение допустимо в этих случаях.

При сравнении групп приходится искать описание в разных разделах, которое присутствует преимущественно в текстовом виде, не хватает таблиц со сравниваемыми параметрами. Также не хватает графиков по выживаемости.

Летальность в обеих группах была достаточно высокой и составила 19% в группе ретроспективного анализа и 15,8% в проспективной группе. Но из работы непонятно, умирали пациенты, которым выполняли радикальные операции или пациенты, которым не выполняли радикальные хирургические вмешательства?

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо, Алексей Алексеевич. Пожалуйста, Бадма Николаевич.

Б.Н. Башанкаев: Глубокоуважаемый профессор!

Почему использованы средние значения, а не медианные? Мы использовали программу SPSS Statistics, не было показано разницы, поэтому привычнее было использовать среднее значение.

Мало таблиц и графиков. Принято, опять же исправимся.

Какие когорты умирали? Запущенные тяжелые пожилые пациенты с очень паллиативной операцией больше всего умирали, некоторые, к сожалению, были с несостоятельностью и при развитии таких осложнений не выдерживали даже с нашей хорошей реанимацией.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Вы удовлетворены ответом?

Д.м.н., профессор А.А. Невольский: Да, спасибо.

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

Кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, Андрей Владимирович.

Д.м.н., профессор А.В. Федоров: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, коллеги!

Мы прослушали очень интересную диссертацию, которая в общем имеет такой национальный уровень – поднимает национальную проблему. Александр Вячеславович назвал цифры летальности по стране, по Москве, цифры высокие. И эти цифры подняли такую тенденцию последние десять лет об уменьшении якобы травматизма операций, то есть фактически мы говорим об увеличении паллиативности операций. То есть общая тенденция в большей степени идет в сторону более паллиативных вмешательств, чем это можно. Мы сейчас говорим, что у части больных можно сделать безопасно радикальную операцию.

Посмотрите, что произошло в Москве – в Москве нет же летальности. 5-6 лет назад были выделены 6 стационаров, в которые начали везти больных с непроходимостью, в остальные больницы такие больные не поступали. Почему шесть? Потому что там уже был какой-то зачаток подготовленных кадров. И этот результат отвечает на вопрос: подготовили кадры – получили результат.

Что нам мешает в стране в общем добиться этого? Может быть, московский опыт не очень применим к стране, но речь идет о подготовке кадров. Посмотрите, что сделал диссертант под руководством Владимира Петровича Глабая, который здесь присутствует: они в 3 больницах наладили поток пациентов, наладили поток операций, в которых применялись радикальные методы, вплоть до лимфаденэктомии D3. Как они этого добились? Это обучение кадров, как я понимаю, и разработка тех (небольших иногда) методологических подходов, но их много, на каждый уровень: не нужна лимфорезия – вот вам, пожалуйста, ультразвуковой скальпель; надо спедить жидкость – вот вам, пожалуйста, прием, вот вам кистет, зонд. Вроде бы мелочевка, и элементы Fast Track вроде бы пресловутые в данной ситуации, но попытка их внедрения дала еще новые и новые приемы, такие приемы, которые позволяют быстрее реконвалесцировать пациента.

И какую проблему ставит перед нами эта работа? Это проблема сотрудничества. Никогда онкопроктологи не будут заниматься этой непроходимостью на потоке. Я ведь прав, Юрий Анатольевич? Это не их задача. А совместно с проктологами и хирургами создать систему обучения хирургов, работающих в urgentных стационарах – это дало бы огромный шаг вперед. Если сравнить Москву и страну – разница в 5%, можно добиться, наверное, 7-8% улучшения результатов. Если переложить это на размеры страны, это сколько жизней можно спасти – это сотни тысяч.

Так что, наверное, надо поддержать эту работу, наверное, надо поставить шире вопросы пропаганды того, что надо готовить urgentных хирургов к операциям на толстой кишке в случае онкологических ситуаций. Поэтому работу надо поддержать. Я буду голосовать «за».

Спасибо!

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

Спасибо, Андрей Владимирович. Вы хотите какие-то комментарии? Нет. Спасибо.

Станислав Викторович, Вы хотите выступить? Пожалуйста.

Д.м.н. С.В. Чернышов: Уважаемый президиум, уважаемые коллеги!

По сегодняшнему большому количеству вопросов и острой дискуссии в аудитории понятно, что Бадма Николаевич выбрал достаточно такую актуальную и сложную тему для своей диссертации. Но надо сказать, что ознакомившись с материалом и увидев ту

презентацию, которую он показал, можно сказать, что он справился с этой нелегкой задачей.

Несколько слов о том, что в целом на наших конференциях и в нашей работе мы все-таки больше обсуждаем пациентов плановой хирургии. И то у нас иногда не хватает времени на то, чтобы обсудить все моменты лечения и оперативного вмешательства больных – границы резекции, доступ, вид анастомоза, ведение в послеоперационном периоде. Но здесь нужно повысить градус остроты в том, что эти больные еще сложнее, потому что это срочные экстренные больные, и иногда хирург, который выполняет это вмешательство ночью по экстренным показаниям в кишечной непроходимости, не думает о том, какую ему лимфодиссекцию сделать, а та тяжесть водно-электролитных нарушений диктует вообще задуматься о том, сможет ли он вообще сделать эту операцию.

Поэтому в рамках этой работы, я считаю, что Бадма Николаевич блестяще справился с поставленной задачей, получил хорошие адекватные выводы. Поэтому мне хотелось бы поддержать эту работу.

Спасибо.

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

Спасибо. Кто бы еще хотел выступить?

Если нет, у меня короткий комментарий в качестве тоже неофициального оппонента, поскольку здесь звучало и в вопросах, с чем мы должны вас познакомить. Есть клинические рекомендации, подготовленные Ассоциацией колопроктологов, Российским обществом хирургов и Российским обществом онкологов, называются «Острая кишечная непроходимость опухолевого генеза». И там рассмотрены все нынешние представления и рекомендации, каким образом подходить и решать эти проблемы.

И надо сказать, что тоже благодаря работам, которые уже выходили, в том числе из-под пера наших коллег, которые работают, в частности, в Боткинской больнице. И это Багателия Зураб Антонович, который защитил недавно докторскую диссертацию, посвященную острой кишечной непроходимости опухолевого генеза, но левых в основном локализаций. И там удалось добиться существенного снижения и летальности. И всё за счет чего? За счет стентирования в основном, то есть при локализации в левых отделах стентирование возможно и уже потом выполнение операций после, по сути дела, разрешения острой кишечной непроходимости. И это позволило улучшить результаты лечения.

Но это невозможно при локализации опухоли в правых отделах и это огромная проблема и, наверное, такой подход и тут нужно думать, каким образом пытаться разрешить эту крайне важную проблему. Потому что понятно, если операция выполняется в условиях кишечной непроходимости, чтобы мы ни делали, всё равно будут риски, конечно же, и летальности

повышенные, и с онкологической точки зрения объем оперативного лечения. Но, вместе с тем, уже даже этот опыт, который изучен в рамках этой работы, может положить какие-то полезные элементы в выборе тактики лечения такого рода пациентов.

Еще я хотел бы в основном, может быть, среагировать на вопрос Елены Вячеславовны. У нас ведется очень давнишняя, многолетняя работа сотрудниками нашего Института по разработке скрининга колоректального рака. С чем мы столкнулись? При том, что мы работаем обычно на каких-то предприятиях, выезжают наши сотрудники, читают многочисленные лекции, запугивают и склоняют, применяя разные способы отбора пациентов в группы риска для того, чтобы выполнить колоноскопию. И я могу сказать, меня просто огорчил наш последний пилотный проект, который выполнялся в Астрахани среди работников Газпрома, завода по производству магнитных сплавов, преподавателей медицинского университета и Астраханского онкодиспансера – 30% тех, кому была рекомендована колоноскопия, - отказались, из числа, казалось бы, образованных, хорошо агитируемых и, вроде бы, до невероятности объясненных рисков непрохождения колоноскопии. И оказалось, что у 58% у тех, кто согласился на колоноскопию, выявили какие-то образования, в том числе в 2% рак толстой кишки, но надо сказать, на ранних стадиях. Поэтому, к сожалению, такое отношение даже на фоне работы очень такой пристальной, внимательной, целевой мы всё равно не достигаем согласия наших участников в таких проектах для выполнения скрининговой колоноскопии. И, наверное, этот процесс еще будет длительным.

Но в Москве доступность просто колоноскопии, открытие высокопоточковых центров – это меня обрадовало, потому что все-таки это работает, и, в конечном итоге, это приводит к снижению одногодичной летальности, если в стране она составляет около 20%, то сейчас последние показатели по Москве – 12%, то есть это благодаря опять же доступности именно выполнения колоноскопии. Поэтому есть над чем работать.

Я, конечно, тоже считаю, что те элементы, которые уже исследованы в процессе этой работы, наверное, нужно учесть, может быть, в следующем издании клинических рекомендаций. Они у нас обновлены в прошлом году, значит, где-то через 1-2 года можно вновь внести и эти данные, рекомендовать уже тактику выбора лечения у пациентов с правосторонним раком. Таким образом, может быть, появятся какие-то еще новые данные по этому поводу.

Я прошу прощения за этот комментарий, не мог выдержать, потому что на самом деле, к сожалению, обидно, что у нас эти пациенты встречались и будут еще встречаться.

Теперь я бы хотел, если у нас больше нет желающих выступить, то предоставить заключительное слово Бадме Николаевичу. Пожалуйста.

Б.Н. Башанкаев: Глубокоуважаемый председатель, коллеги, товарищи!

Работа была выстрадана нашей кафедрой, нашим опытом. Я напомним, что она начиналась в стенах 53-й больницы, где еще традиционно были сильны три направления – это экстренная неотложная хирургия, панкреатобилиарная хирургия и колопроктология. И, возможно, это заложило такой глубокий интерес к тому, что мы смогли сделать при, конечно, такой уже незримой, но такой ощущающейся поддержке академика В.Д. Федорова, который тогда благословил эту работу и сказал, что идея хорошая, надо делать. Но она видоизменилась, и как раз тогда появилась потом и лимфаденэктомия, и лимфодиссекция, и всё сложилось.

Поэтому хотел бы просто каждого из вас лично поблагодарить, потому что научные руководители по-своему взглянули на проблематику, и каждый привнес в оценку этой работы, в формирование этой работы свой шарм, и она искренняя, честная.

И огромное спасибо нашим коллегам!

Спасибо большое!

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

Я хотел бы избрать с вашей помощью счетную комиссию. Поступило предложение избрать членами счетной комиссии: Дмитрия Вячеславовича Вышегородцева, Алексея Алексеевича Пономаренко и Олега Ивановича Сушкова. Кто за такой состав комиссии, прошу проголосовать. Воздержались? (Нет). Против? (Нет).

Комиссию прошу приступить к работе.

/перерыв для тайного голосования/

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

Олег Иванович, я так понимаю, что Вас избрали председателем. Прошу доложить результаты голосования.

Д.м.н. О.И. Сушков: Глубокоуважаемые коллеги! Протокол № 2 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 12 февраля 2026 года. Состав избранной комиссии: О.И. Сушков, Д.В. Вышегородцев, А.А. Пономаренко. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Башанкаева Бадмы Николаевича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9. «Хирургия» и 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия».

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 22 человек. Присутствовало на заседании 22 члена совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой

диссертации – 21. Роздано бюллетеней – 22, осталось не розданных – 0, в урне оказалось 22 бюллетеня.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9. «Хирургия», 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия»: «за» - 22, против – 0, недействительных бюллетеней – 0.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Я прошу утвердить результаты работы счетной комиссии. Кто «за»? Против? (Нет). Воздержались? (Нет).

/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Спасибо. И я бы вновь хотел задать вопрос: все члены диссертационного совета получили проект заключения, есть ли замечания по этому документу?
(Обсуждение проекта заключения)

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Еще какие-то замечания есть? Если нет, позвольте зачитать тогда резюмирующую часть проекта заключения. Представленная к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем онкологии и хирургии, является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные автором исследования содержат решение важной научной задачи – оптимизация хирургической тактики у пациентов с опухолями правой половины ободочной кишки, осложненными кишечной непроходимостью. Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук согласно п. 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (в ред. Постановления Правительства Российской Федерации от 25.01.2024 г. № 62), а ее автор Башанкаев Бадма Николаевич заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9. «Хирургия» и 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия».

Кто за этот проект заключения, прошу проголосовать. Кто «за»? Против? (Нет). Воздержались? (Нет). Единогласно.

Есть ли замечания по ведению диссертационного совета?

