

**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** № 5 по защите диссертации

Бирюкова Олега Михайловича

«Синдром опущения тазового дна»,

представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук

по специальности 3.1.9. «Хирургия»

11 сентября 2025 г.

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

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета 21.1.030.01
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2025 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.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
6.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
7.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
8.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9.
9.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
10.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9.
11.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
12.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9.
14.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
15.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9.
16.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
17.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Позвольте открыть заседание. У нас сегодня представлена к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук диссертационная работа Олега Михайловича Бирюкова под названием Научным консультантом является Сергей Иванович Ачкасов.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор Праздников Эрик Нариманович; доктор медицинских наук, профессор Благовестнов Дмитрий Алексеевич; и доктор медицинских наук, профессор Шаповальянц Сергей Георгиевич.

Ведущей организацией назначено 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 специализированного совета к.м.н. Суровегин Е.С.:

Уважаемые коллеги! Соискатель Бирюков Олег Михайлович родился в г. Гудермес Чеченской ССР. В 1973 году закончил среднюю школу в г. Прохладный Кабардино-Балкарской ССР. После окончания средней школы поступил в Астраханский государственный медицинский институт, который окончил в 1979 году по специальности «Лечебное дело». С 1979 по 1980 гг. проходил интернатуру на базе хирургического отделения Прохладненской ЦРБ по специальности «Хирургия» и в дальнейшем работал там же хирургом с 1980 по 1988 гг. В 1988 году поступил в клиническую ординатуру в НИИ колопроктологии по специальности «Хирургия-проктология» и по окончании ее с 1990 по 1994 гг. работал хирургом-проктологом в Прохладненской ЦРБ. Затем соискатель работал с 1994 по 1997 г. в Нигерии и вернулся потом опять работать в Прохладненскую ЦРБ. В августе 1999 года поступил на работу в Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих в качестве врача-хирурга 4-го хирургического отделения, в апреле 2007 года переведен на должность научного сотрудника хирургического отделения, а в мае 2009 года – старшего научного сотрудника. В апреле 2011 года назначен заведующим хирургическим отделением общей и реконструктивной колопроктологии. В этой должности работал до мая 2024 года. В настоящее время является старшим научным сотрудником отделения общей и реконструктивной колопроктологии.

Соискатель подготовил докторскую диссертацию на тему: «Синдром опущения тазового дна».

Соискатель также подготовил и представил в диссертационный совет пакет документов. Все они соответствуют требованиям, предъявляемых ВАК для докторских диссертаций.

При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста составила 77%.

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

Есть ли у присутствующих вопросы к ученому секретарю Евгению Сергеевичу?

Если нет, позвольте предоставить слово Олегу Михайловичу. В Вашем распоряжении 20 минут с тем, чтобы изложить основные положения диссертационного исследования. Пожалуйста.

Бирюков О.М. в течение 20 минут изложил основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин поблагодарил диссертанта за доклад и предложил членам ученого совета задавать вопросы по материалам диссертации.

Пономаренко А.А., д.м.н.: Олег Михайлович, Вы имеете достаточно большой опыт, который Вы накопили за столь достаточно непродолжительное время. Скажите, с учетом анализа проведенного Вами исследования и литературных данных, на Ваш взгляд, патогенез такого состояния чем обусловлен? И вообще что послужило для деления пациентов на такие группы, которые Вы представили/?

Ответ: Уважаемый Алексей Алексеевич! Синдром опущения тазового дна считается патологическим состоянием, которое генетически детерминировано. То есть в основе его лежит дисплазия соединительной ткани. Это мы брали за основу в отношении к нашим пациентам, то есть это как аксиома была. И у пациентов с ослабленной функцией соединительной ткани или синтезом соединительной ткани при воздействии иницирующих факторов, таких как запор, тяжелые физические нагрузки, происходит постепенное растяжение связок, которые удерживают органы, и смещение тазовой брюшины в дистальном направлении, что соответствует именно теории Мошковича – это инвагинационная теория выпадения прямой кишки. В дальнейшем к этому присоединяется стенка прямой кишки, и при ослаблении дальнейшем и продолжении действия этих факторов происходит внутренняя инвагинация, которая, постепенно спускаясь вниз, внедряется в стенки анального канала и ослабляет его мышцы. Тут возникает еще и порочный круг, потому что у пациентов с опущением тазовых органов еще и происходит растяжение дистальных волокон полового нерва, и здесь наслаивается явление нейропатии. Это еще более ухудшает состояние функции мышц. И постепенно при продолжающемся

таком воздействии происходит выпадение кишки. Это первое звено патогенеза. Существует другое звено патогенеза – это травма, потому что много пациенток, которые страдают опущением тазового дна или выпадением органов, они перенесли травмы родовые или там трудные роды. И при изолированном ректоцеле мы предполагаем, что ведущим звеном патогенеза является именно травма ректовагинальной перегородки во время операции, либо мышц промежности. Однако, эти факторы и эти звенья патогенеза они могут быть в изолированном виде очень редко, и они сочетаются друг с другом. И когда есть один пусковой механизм, и при поддержке второго пускового механизма возникают такие сочетания. И в связи с этим мы разделили данных пациентов на такие подгруппы. Потому что в изолированном виде проявление синдрома опущения тазового дна бывает очень редко. И по литературным данным, и по нашим данным изолированное ректоцеле встречается до 20% случаев из общего количества пациенток с синдромом опущения тазового дна, а внутренняя инвагинация изолированная – и того реже. Тем более, что многие сидящие в зале знают, что существует и инвагинация слизистой оболочки, и это считается элементом нормы, и поэтому здесь трудно разделить. Но, тем не менее, у людей, у которых слабый связочный аппарат, у них это чаще бывает.

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

Пономаренко А.А., д.м.н.: С учетом полученных результатов и то, что продемонстрировали, что отсутствует взаимосвязь между функциональными результатами и анатомическими результатами, то есть исправление анатомических дефектов, и то, что со временем у пациентов результат не сохраняется, а только ухудшается или возвращается к первоначальному состоянию возможно, с учетом того, что Вы предложили 3 операции, скажите, пожалуйста, из тех предложенных операций кому Вы будете рекомендовать с теми изменениями, которые есть, какую подгруппу Вы бы все-таки продолжали оперировать, то есть предлагать хирургическое лечение, а какую группу Вы все-таки оставили бы на консервативном лечении несмотря на то, что есть изменения?

Ответ: Ответ на этот вопрос истекает из данных по функциональным результатам. Потому что те пациенты, которые приходят к нам, они в основном жалуются на нарушение функции. Мы встречали пациенток с выраженным ректоцеле, ректоцеле 3 степени, которые абсолютно спокойно живут с этим дефектом и даже не замечают его. Поэтому основная цель хирургического лечения – это улучшить функциональное состояние, таким образом, улучшить качество жизни пациента. Те пациенты, которые приходят к нам, уже достаточно

длительно находящиеся в таком состоянии, они имеют много сопутствующих состояний, которые также влияют на опорожнение прямой кишки, такие как нарушение ректальной чувствительности, диссинергия мышц тазового дна, хронический запор, даже и психоневрологические расстройства тоже. И поэтому при постановке диагноза и при определении тактики лечения очень важно учитывать вот эти состояния и уже выбирать по приоритету именно наличие атонических проявлений, либо, если учитывать удельный вес тех или иных обстоятельств, которые мы имеем, либо тех, у кого более выраженные сопутствующие заболевания. И, конечно же, эту группу пациентов следует лечить консервативно и более длительно, и упорно.

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

Сушков О.И., д.м.н.: Олег Михайлович, скажите, пожалуйста, почему из множества операций по поводу полного выпадения Вы выбрали именно ректосакровагинопексию?

Ответ: Уважаемый Олег Иванович! На самом деле на данном этапе нашей жизни и деятельности операций по поводу выпадения прямой кишки не так много, именно таких, которые обладают достаточно хорошим эффектом. У нас была работа М.А. Войнова в клинике, которая сравнивала ректосакропексию с задне-петлевой ректопексией. В этой работе было подтверждено, что после задне-петлевой ректопексии количество пациентов с запорами *de novo*, которые возникают после операции, оно больше, чем после этой операции. И это было одним из мотивов того, что мы применяем эту операцию. И вторая причина – это то, что при мобилизации кишки во время операции не требуется такой тотальной мобилизации, как при задне-петлевой ректопексии. Это связано с первым мотивом. То есть здесь сохраняются латеральные связки, и это не допускает развития каких-либо функциональных нарушений после операции. Поэтому мы выбрали этот метод.

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

Костарев И.В., д.м.н.: Олег Михайлович, в докладе не прозвучало, а 10 пациентов с рецидивом выпадения – все-таки какой вариант лечения этим пациентам Вы рекомендуете? И сразу же второй вопрос: были ли пациенты в Вашей практике, которым Вы применяли все методы, описанные Вами – пластику ректовагинальной перегородки, операцию Лонго и потом ректопексию?

Ответ: Уважаемый Иван Васильевич! Хороший вопрос.

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

И вдогонку все ж таки по поводу уже рецидивов, чтобы не возвращаться к этому вопросу: что предпринималось, чтобы ликвидировать рецидив? Потребовалось ли оперативное вмешательство или применялись другие методы лечения?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! В лечении рецидива мы руководствовались контрольными обследованиями. И у пациентов, которым мы выполняли дефекографию, мы определяли именно по виду дефекограмм участок кишки, который достаточно мобилен и который выходит за пределы анального отверстия. То есть у пациентов, у которых выполнялись фиксирующие операции до поступления к нам, у 6 из них было выпадение нижнего сегмента, то есть мы наблюдали фиксацию кишки в области промоториума, которая проводилась во время операции, но нижняя часть в силу ее ригидности и слабости мышц запирающего аппарата выходила за пределы. Это, как правило, были выпадения небольшой протяженности 4-5 см, и у этих пациентов мы выполняли операцию Делорма (это было 6 человек). У 2 человек, у которых мы увидели на снимках, что практически кишка сместилась полностью вниз, и мы расценили это как несостоятельность фиксации при первой операции, мы выполнили второй раз операцию. Но во второй раз мы выполняли именно задне-петлевую, потому что там фиксация ручная надежная. И мы выполнили эти 2 метода. И у 2 пациентов операции не выполнялись, это были пациентки преклонного возраста, они отказались от оперативного лечения.

А второй вопрос – использовали ли мы все методы у одного пациента. Тоже хороший вопрос. К сожалению, при всех преимуществах лапароскопической ректоколюпосакропексии при сочетании с поражением кишки, особенно при сочетании внутренней инвагинации с ректоцеле, нам не всегда при помощи этого метода удается ликвидировать ректоцеле особенно если оно локализовано в нижнем участке влагалища. И у нас было из всей этой группы 3 пациентки, у которых приходилось дополнительно после операции ректоколюпосакропексии выполнять пластику ректовагинальной перегородки. Но мы выполняли ее местными тканями, мы здесь не использовали сетку.

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

Иван Васильевич, Вы получили ответ? (Да). Пожалуйста, есть ли еще вопросы к Олегу Михайловичу?

Олег Михайлович, опять мы вернемся в продолжение этого вопроса во многом: те 8 пациентов, которые были оперированы по поводу рецидивов, если возможно, какой срок за

ними наблюдения уже после повторного вмешательства, и насколько это было эффективно уже оперативное вмешательство по поводу рецидива?

Ответ: К сожалению, из 6 пациентов, которым мы выполняли операцию Делорма, у 2 пациенток, а это были преклонного возраста женщины, вновь произошло выпадение прямой кишки. Но надо сказать, что здесь практически отсутствовала функция мышц анального сфинктера, то есть не было функции, и жом не смыкался, он был открытый, и это способствовало, скорее всего, выпадению. Это было небольшое выпадение, но оно было. Это было из 6 пациенток, которым выполнялась операция Делорма, у 2 пациенток. Остальные наблюдались на сроке от 1 до 3 лет, и жалоб на рецидив не было.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Спасибо. Пожалуйста, есть ли еще вопросы к Олегу Михайловичу? Иван Васильевич, пожалуйста.

Костарев И.В., д.м.н.: Еще вопрос: Олег Михайлович, скажите, пожалуйста, прозвучало, что операцию Лонго Вы рекомендуете все-таки при ректоцеле и низкой инвагинации, а при изолированном ректоцеле имеет место применение операции Лонго, на Ваш взгляд, или надо выполнять только пластику ректовагинальную? Потому что мы знаем работу 1-го отделения.

Ответ: Мы при выборе именно такого метода и при решении уже применять рутинно этот метод анализировали результаты операции Лонго при изолированном ректоцеле. И мы все-таки считаем, что здесь, и это основная наша концепция – во главу угла мы ставим состояние тканей. Потому что у пациентов с опущением тазового дна и с дискриминированной тканью как ткани промежности, так и ткани ректовагинальной перегородки, так и стенки прямой кишки тоже, потому что у пациентов, у которых долго существует внутренняя инвагинация либо ректоцеле, истончается стенка прямой кишки. И вот этот каркас, который выполняется при помощи операции Лонго, да, он описан, он создается, который возникает после этого, он удерживает кишку в каком-то состоянии правильном, но, к сожалению, частота рецидивов достаточно высока, потому что компрометированные ткани всё равно не выполняют ту функцию, которую они должны выполнять. А при использовании нашего метода мы применяем имплант, который достаточно прочно удерживает, по крайней мере, по нашим данным мы имеем хорошие анатомические результаты в 88% случаев, и половине пациентов удастся улучшить функцию – это никак не меньше, чем при изолированном Лонго.

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

Спасибо. Еще вопросы есть? Если нет, спасибо, Олег Михайлович.

Сергей Иванович, пожалуйста, как научный консультант скажите несколько слов.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, коллеги!

Мне очень легко давать характеристику Олегу Михайловичу, потому что так сложилась наша с ним судьба, что мы второй год обучения в ординатуре учились вместе, первый – порознь, а второй год мы учились вместе. И в этот период времени я увидел в нем такого очень добросовестного, внимательного, относящегося серьезно к своему делу человека. Потом так сложились обстоятельства уже в его жизни, что он 4 года в качестве общего хирурга работал в Кабардино-Балкарии, потом некоторое время в Нигерии в Африке. Но видно вот такая преданность этой специальности колопроктологии все-таки вернула его в стены нашего Центра, и в последующем он работал здесь.

Опять-таки могу сказать, что, наверное, немногие знают, что я был научным руководителем на кандидатской диссертации Олега Михайловича, которая была посвящена очень сложной теме – болезни Гиршпрунга у взрослых. Но когда он взялся за тему докторской диссертации, я ахнул, потому что тема чрезвычайно сложная, крайне сложная для анализа такой гетерогенной группы. И я как-то попытался сказать: - Может быть, ты поищешь что-нибудь другое? Он говорит: - Нет, мне интересно здесь заниматься этой проблемой. Это тоже характеристика научного работника, который берется за чрезвычайно сложную тему. Он очень долго занимался докторской диссертацией, но не потому, что он лентяй и не хотел заниматься научной работой, а потому что он хотел ее сделать хорошо и качественно. Он очень честный исследователь, это еще одна характеристика сегодняшнего диссертанта.

Наши судьбы были очень тесно связаны вместе. Я знаю его семью, он очень хороший отец, муж, дедушка и хороший товарищ. Поэтому неслучайно он пользуется авторитетом в коллективе.

И я даю Олегу Михайловичу положительную характеристику.

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

Спасибо, Сергей Иванович.

Евгений Сергеевич, я попрошу Вас доложить о научных работах нашего диссертанта, также рассказать об отзыве ведущей организации и других отзывах. Пожалуйста.

Ученый секретарь специализированного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: Уважаемые коллеги! Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической

конференции коллектива сотрудников отдела общей и реконструктивной колопроктологии и отдела онкологии и хирургии ободочной кишки 14 ноября 2024 г. (протокол № 12).

На заседании диссертационного совета от 18 апреля 2024 г. (протокол № 6) избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук, профессора Кузьмина А.М., доктора медицинских наук, профессора Благодарного Л.А. и доктора медицинских наук Сушкова О.И. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

Она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 9 июня 2025 г. (протокол № 10).

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 23 научные работы, в которых отражены основные положения выполненной диссертации.

Получены следующие отзывы:

Это отзывы официальных оппонентов: доктора медицинских наук, профессора Праздников Эрика Наримановича, заведующего кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации; доктора медицинских наук, профессора Благовестнова Дмитрия Алексеевича, заведующего кафедрой неотложной и общей хирургии имени профессора А.С. Ермолова Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и доктора медицинских наук, профессора Шаповальянца Сергея Георгиевича, заведующего кафедрой госпитальной хирургии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. Все они будут озвучены 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», подписанный доктором медицинских наук Даниловым Михаилом Александровичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

Также получен один отзыв на автореферат из Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 67 имени Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы», подписанный заведующим

колопроктологическим отделением, кандидатом медицинских наук Атрощенко Андреем Олеговичем. Он положительный и также критических замечаний не содержит.

Других отзывов в диссертационный совет не поступало.

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

Есть ли вопросы к Евгению Сергеевичу о доложенных отзывах? (Нет). Поскольку у нас не было никаких критических замечаний, тогда я попрошу в качестве официального оппонента выступить Дмитрия Алексеевича Благовестнова. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет. В работе имеется ряд опечаток, неточностей, неудачно сформулированных выражений, что не снижает научной и практической ценности исследований.

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

Спасибо, Дмитрий Алексеевич. Пожалуйста, Олег Михайлович.

Бирюков О.М.: Уважаемый Дмитрий Алексеевич! Я благодарю Вас за такой подробный анализ и за участие в заседании и за такой положительный отзыв. Спасибо!

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

Я хотел бы попросить Сергея Георгиевича Шаповальянца также выступить в качестве официального оппонента. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет. В работе присутствуют отдельные стилистические погрешности и замечания, не снижающие научную и практическую ценность диссертации. Оппонентом во время выступления задан вопрос следующего содержания: какие альтернативные схемы существуют и в зависимости от преобладания того или иного клинического проявления используются в повседневной практике, являясь своеобразным таким конкурирующим способом в лечении этого сложного комплекса в части консервативного лечения и реабилитации?

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

Спасибо, Сергей Георгиевич. Надеемся, может быть, действительно Олег Михайлович нам сейчас откроет все глаза о скрытых возможностях и секретах, которые и мы тоже не знаем. Сергей Георгиевич, надеюсь, он не сможет отказать Вам, и если это есть, то всё нам расскажет. Спасибо!

Бирюков О.М.: Уважаемый Сергей Георгиевич! Я благодарен Вам за то, что Вы так глубоко прониклись в эту тему. И мне как автору отрадно, что та информация, которую Вы получили из этой диссертации, о чем Вы говорили, она поможет и какую-то дополнительную Вам даст информацию для Вашей работы и для понимания каких-то процессов, которые связаны с этими пациентами, даже в отношении грыж.

Теперь касаемо вопроса по реабилитации пациентов. К сожалению, в нашем здравоохранении плохо налажены междисциплинарные связи. Конечно же, то, что мы работаем в таком центре, и у нас есть хорошее физиотерапевтическое отделение, которое может проводить такие сеансы, как БОС-терапию, магнитотерапию – это очень здорово, и это нам помогает очень сильно в лечении этих пациентов. Мы направляем пациентов на лечение в эти подразделения и получаем достаточно хорошие результаты. И по нашим данным, и по данным литературы, при сопутствующих состояниях в виде диссинергии мышц тазового дна БОС-терапия позволяет до 50% случаев улучшить функцию прямой кишки. Но касаемо психоневрологических каких-то отклонений, тут, конечно же, хороших психотерапевтов и психологов очень мало, и контакты с ними очень трудно найти, но это как необходимый шаг в будущем для лечения этих пациентов и для восстановления этих связей между нами и специалистами, это, на мой взгляд, необходимо. Но этот вопрос нужно ставить выше и как-то развивать это всё.

Шаповальянц С.Г., д.м.н., профессор: Согласен.

Бирюков О.М.: Спасибо!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо, Сергей Георгиевич, Олег Михайлович!

И поскольку по уважительной причине Эрик Нариманович Праздников не смог присутствовать очно на защите, то мы попросим Евгения Сергеевича зачитать официальный отзыв официального оппонента Праздникова Эрика Наримановича. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет. Отдельные стилистические замечания, возникающие при прочтении работы, не являются принципиальными.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо, Евгений Сергеевич. Поскольку замечаний не было, то здесь Олег Михайлович, наверное, не должен отвечать.

Я хотел спросить, кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Иван Васильевич, пожалуйста.

Костарев И.В., д.м.н.: Уважаемый Юрий Анатольевич, уважаемые члены диссертационного совета! Я постараюсь коротко.

Исконно 2-е отделение нашего Центра, с момента, наверное, образования Института проктологии занималось лечением синдрома опущения органов таза. И мы посчитали, за этот период вышло 8 кандидатских и докторских диссертаций. В свою очередь, в свое время Александр Юрьевич Титов в 1999 году подвел некую черту, защитив докторскую

диссертацию, где разрабатывались анатомические особенности и выбор метода лечения выпадения прямой кишки.

И Олег Михайлович, перейдя из 4-го отделения к нам в Центр в 2011 году, действительно погрузился скрупулезно в эту проблематику, взял на себя, по сути, работу с этими пациентами, а я напомним, что это достаточно тяжелые эмоционально пациенты, которые требуют большого времени, большого внимания. И за это время Олег Михайлович привнес все те новые тенденции, которые в тот момент в мире имелись, мы начали применять активно ректокольтосакропексию, различные сочетанные методики. И действительно приведенная на сегодняшний день схема была разработана на протяжении этих лет, и она продемонстрировала свою актуальность, свое практически-прикладное значение.

Я напомним, отвечая на вопрос Сергея Георгиевича, есть ли такое место, в нашем Центре впервые Олег Михайлович взял на себя роль, по сути, приема всех этих пациентов. Выделен был день, когда именно эти пациенты стекались и приходили на консультацию. И это облегчило работу многим докторам, в том числе поликлиники, потому что эти пациенты действительно требуют много времени и внимания.

Хотелось бы отметить, что Олег Михайлович не только продемонстрировал свою погруженность в эту проблему, он и до сих пор пытается найти какие-то новые подходы. Мы видели, насколько объективно были даны результаты. Обратите внимание, через 48 месяцев всего лишь 35% пациентов сохраняют удобоваримый функциональный результат – это же говорит лишний раз о том, что проблема действительно не исчерпана. И у нас будут, наверное, продолжаться эти работы. И, возможно, будут какие-то применяться совместные в сочетании и с физиологами, и с физиотерапевтами, возможно, сочетание каких-то вмешательств.

Как известно, гинекологи занимаются также активно проблемой опущения органов таза. Но недавно побывав на курсе обучения, мы посмотрели, что они смотрят, конечно, со своей стороны, мы – со своей. Мы в основном пытаемся улучшить функциональный результат – улучшить функцию опорожнения прямой кишки, гинекологи в основном, конечно, заинтересованы в коррекции анатомических изменений. Возможно, сочетание, межколлегальное такое действие улучшит и функционально-анатомические результаты.

В заключение хотел бы сказать, что действительно работа Олега Михайловича имеет сугубо и очень важное практическое значение. В ней сделан некий срез современных методик, позволяющий уже выбрать в зависимости от ситуации тот или иной метод для того, чтобы, правильно попав в точку, постараться максимально улучшить результаты лечения у пациентов.

И хотелось бы сказать, что, безусловно, Олег Михайлович достоин присуждения искомой степени, и его работа, я думаю, что будет служить очередной какой-то отправной точкой для последующих исследований.

Благодарю за внимание!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин:
Спасибо, Иван Васильевич. Я думаю, что здесь принципиальных замечаний нет. Кто бы еще хотел выступить в качестве неофициального оппонента?

Если нет, то я предлагаю избрать счетную комиссию. Предлагается такой состав: Владимир Николаевич Кашников, Алексей Алексеевич Пономаренко и Станислав Викторович Чернышов. Кто за такой состав счетной комиссии, прошу проголосовать. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Счетную комиссию прошу приступить к работе.

/во время перерыва для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин:
Олегу Михайловичу я предоставляю заключительное слово. Прошу Вас.

Бирюков О.М.: Уважаемые коллеги! Действительно это был долгий путь и достаточно серьезная работа. Я хочу поблагодарить всех тех людей, которые помогали мне на этом пути.

Я хочу поблагодарить своего научного консультанта Сергея Ивановича Ачкасова за поддержку и за те теплые слова, которые он сказал сегодня в мой адрес, а также научного руководителя Юрия Анатольевича Шелыгина, который помог очень мне во многом в корректировке результатов и вообще в обсуждении самой формы диссертации.

Особая благодарность Алексею Алексеевичу Пономаренко, который, на мой взгляд, неоценимый вклад внес в эту работу, потому что очень много мы с ним вместе работали и обсуждали в методическом виде в статистической обработке материала.

Также благодарю сотрудников нашего Центра и отделения, в частности, Ивана Васильевича.

И еще хотелось бы пожелать успехов нашим молодым сотрудникам, которые пришли к нам в отделение и которые сейчас тоже занимаются, у них есть утвержденные темы именно по теме синдрома опущения тазового дна. И мне бы хотелось пожелать им больших успехов и новых открытий!

Спасибо вам всем!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин:
Спасибо, Олег Михайлович.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин:
Я так понимаю, что Вас выбрали председателем счетной комиссии. Пожалуйста, Станислав Викторович Чернышов.

Чернышов С.В., д.м.н.: Протокол № 5 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 11 сентября 2025 г. Состав комиссии: А.А. Пономаренко, С.В. Чернышов, В.Н. Кашников. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Бирюкова Олега Михайловича на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. «Хирургия».

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 19 человек. Присутствовало на заседании 17 членов совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации – 16. Роздано бюллетеней – 17. Осталось не розданных бюллетеней – 2. Оказалось в урне – 17.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. «Хирургия»: «за» - 17, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин:
Мы должны утвердить результаты работы счетной комиссии. Пожалуйста, кто за то, чтобы утвердить результаты? Воздержались? (Нет). Против? (Нет).

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин:
Тогда мы должны с вами еще принять проект заключения по данной диссертационной работе на соискание ученой степени доктора медицинских наук Олега Михайловича Бирюкова.

(Обсуждение проекта заключения)

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин:
Если позволите, я не буду зачитывать весь проект заключения, а с вашего позволения лишь заключительную его часть, если нет возражений, тогда таким образом. Предъявляемая к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем колоректальной хирургии, является самостоятельным и законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные автором исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения больных с синдромом опущения тазового дна. Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям,

предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора наук согласно п. 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (в ред. Постановлений Правительства РФ от 16.10.2024 г.), а ее автор Бирюков Олег Михайлович заслуживает присуждения искомой ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия.

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

Позвольте тогда поздравить, прежде всего, Олега Михайловича с успешной защитой и научного консультанта.

Есть ли замечания по ведению диссертационного совета? Если нет, позвольте на этом завершить работу.

Председатель диссертационного совета

21.1.030.01, академик РАН, профессор, д.м.н.

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета

21.1.030.01, кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

11 сентября 2025 г.