

**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
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»**

по защите диссертации

Хомякова Евгения Александровича

**«Качество жизни больных новообразованиями прямой кишки после радикального
хирургического лечения»,**

представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук

по специальности 3.1.9. «Хирургия»

7 ноября 2024 г.

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

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета 21.1.030.01
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2024 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.	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
8.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
9.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9.
10.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
11.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9.
12.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Родоман Г.В.	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: Уважаемые коллеги! Хочу доложить, что у нас из 19 членов диссертационного совета присутствует 17, то есть кворум у нас есть. Тогда позвольте открыть заседание диссертационного совета. И у нас в совет поступила диссертационная работа Хомякова Евгения Александровича на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Качество жизни больных новообразованиями прямой кишки после радикального хирургического лечения» по специальности 3.1.9. «Хирургия».

Научным консультантом является Олег Иванович Сушков.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор Гропилин Виталий Сергеевич; доктор медицинских наук, доцент Ибатуллин Артур Альберович; доктор медицинских наук, профессор Левчук Александр Львович.

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

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

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

Уважаемые коллеги! Соискатель Хомяков Евгений Александрович родился 1 февраля 1990 года в г. Ковров Владимирской области. В 2007 году окончил химико-биологический класс в лицее-интернате № 1 г. Владимира и в 2013 году окончил обучение на медико-биологическом факультете Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Лечебное дело». С 2013 по 2015 гг. проходил обучение в клинической ординатуре в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации. С 2015 по 2017 гг. проходил обучение в клинической аспирантуре в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В 2017 году досрочно до окончания срока обучения защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта: факторы риска, эффективность неостигимина метилсульфата в лечении и профилактике» по специальностям «Хирургия» и «Онкология». Научная работа в этом направлении удостоена стипендии Президента Российской Федерации молодым

ученым и аспирантам, осуществляющим перспективные научные исследования и разработки по приоритетным направлениям модернизации российской экономики.

С 2017 года занимал должность младшего, а с 2018 года до настоящего времени – научного сотрудника отдела онкопроктологии. С 2019 года совмещает работу в Национальном медицинском исследовательском центре колопроктологии с должностью ассистента кафедры колопроктологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. С 2021 года возглавляет совет молодых ученых при Национальном медицинском исследовательском центре колопроктологии Минздрава России, а с 2019 года является членом Совета молодых ученых Минздрава России, с 2023 года член совета молодых ученых секции «Клиническая медицина» отделения медицинских наук Российской академии наук.

Соискатель подготовил докторскую диссертацию на тему: «Качество жизни больных новообразованиями прямой кишки после радикального хирургического лечения».

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

При проверке в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составила 79,6%.

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

Есть ли вопросы к Евгению Сергеевичу по документам, которые поступили в диссертационный совет?

Если нет, тогда позвольте предоставить слово Евгению Александровичу Хомякову. Пожалуйста.

Хомяков Е.А. в течение 14 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 ученого совета задавать вопросы по материалам диссертации.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН: Евгений Александрович, Вы в самом начале своего доклада пытались выявить факторы риска неблагоприятного исхода операций на прямой кишке и получили статистически значимые отличия у больных, которые перенесли неoadьювантную химиолучевую терапию, ее негативное влияние на качество жизни; и второе – высота анастомоза с точкой отсечки 6 см. И не получили таких данных по признаку наличия тотальной мезоректумэктомии. Мне представляется, что сам факт тотальной мезоректумэктомии очень четко сцеплен с высотой формирования

анастомоза, вы не можете выполнить парциальную мезоректумэктомию и наложить анастомоз менее 6 см, и, наоборот, выполнив тотальную мезоректумэктомию, вы не можете сформировать анастомоз выше 6 см. Как Вы такое противоречие сможете объяснить?

Ответ: Глубокоуважаемый Сергей Иванович! Спасибо за вопрос. Данное противоречие можно объяснить с точки зрения нескольких вводных. В первую очередь можно объяснить разницей в длине анального канала. Но в этом случае мы, может быть, получили достоверные различия между полом мужским и женским. Это также можно объяснить с точки зрения статистики, что просто не хватило пациентов для достижения значимых различий, то есть в большей степени была связана выраженность проявления синдрома низкой передней резекции прямой кишки с сантиметровым показателем, чем с условиями бинарного признака тотальной мезоректумэктомии или нетотальной. Именно поэтому за счет сокращения количества этой доли пациентов мы не получили достоверные различия по этому признаку.

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

Может быть, отчасти в продолжение вопроса Сергея Ивановича. С Вашей точки зрения, все-таки если мы сравниваем, у Вас получается, что пациенты, которым накладывалась временная стома и после ее закрытия по сравнению с теми пациентами, у которых стома не формировалась, отмечается, конечно же, большая частота стула. Наверное, это, прежде всего, обусловлено тем, что тем, кому не накладывалась стома, анастомоз располагался, наверное, выше этой точки отсечки в 6 см. И насколько тогда Вы принимали во внимание этот фактор? И было ли достаточно пациентов тех, кому накладывали временную стому, с расположением анастомоза выше 6 см? И наблюдались ли у них явления более частого стула? Пожалуйста.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Спасибо за вопрос. Увеличение частоты стула мы можем связывать не только с низким расположением колоректального анастомоза, но также с мобилизацией левого изгиба, то есть когда более проксимальные отделы низводятся и подшиваются к культе прямой кишки. И по частоте мобилизации левого изгиба на меньшей выборке больных мы получили значимые различия, но потом в мультивариантном анализе этот фактор у нас ушел, то есть на большей выборке пациентов. И, конечно же, он коррелировал, безусловно, с высотой расположения анастомоза. Что касается анализа подгрупп и именно сравнения пациентов, которым в рамках валидации опросника по оценке выраженности синдрома низкой передней резекции прямой кишки, то

количество больных в этой группе больных слишком мало, чтобы мы получили различия в качестве жизни у пациентов после передних резекций и низких передних резекций. Именно поэтому мы запланировали сравнительное исследование, которое уже потом показало нам разный профиль качества жизни у данных категорий пациентов.

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

Я еще продолжу тогда этот же вопрос. Если мы говорим о формировании временной стомы, то насколько отличались сроки ее ликвидации в изучаемой группе? Потому что мы понимаем, что чем больше продолжительность как раз между формированием стомы и ее ликвидацией, наверное, это связано с риском, допустим, развития диверсионного колита или таких явлений, которые потенциально и косвенно могут влиять на частоту стула.

И тогда я завершу еще вопрос. И вообще было ли у тех пациентов, которые были включены в исследование (я имею в виду, в ту группу, где формировалась временная стома), изучение этого явления диверсионный колит? Как часто он наблюдался и учитывался ли вообще в этой работе?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Спасибо за вопрос. Медиана наблюдения в этих группах больных не различалась, составила в общем 12 месяцев в группе с временной стомой и 11 месяцев в группе пациентов, стома которым не выводилась. Значимых различий по данному показателю между группами не было выявлено. Именно поэтому мы эти группы сочли сопоставимыми, и они не различались по этому показателю, поэтому мы проводили сравнение.

И что касается вопроса об оценке диверсионного колита, я согласен, что этот фактор, безусловно, важен, но мы его не оценивали в связи с тем, что у нас большая часть пациентов заполняла опросник онлайн, и это, безусловно, является ограничением нашего исследования. И оценка состояния низведенной кишки нами рутинно не проводилась, и этот фактор мы не очень принимали во внимание. Хотя, безусловно, состояние кишки важно.

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

Спасибо. Пожалуйста, еще вопросы.

Ибатуллин А.А., д.м.н., доцент: У меня несколько вопросов. И я буду по одному их задавать, чтобы было понятнее.

Скажите, пожалуйста, с точки зрения временного промежутка наблюдения Ваших пациентов, есть литературные данные, которые говорят о сопоставимом качестве жизни пациентов, перенесших низкую переднюю резекцию, и тех пациентов, у которых была

выведена пожизненно стома, и временные промежутки, озвучиваемые в литературе – 5 лет. Вы в своем исследовании проводили данное наблюдение в течение года. И считаете ли Вы данный срок достаточным?

Ответ: Глубокоуважаемый Артур Альберович! Спасибо за вопрос. Это действительно важный и интересный вопрос. Имеются противоречивые данные в литературе относительно того, в какие сроки выходит на плато качество жизни пациентов. Если мы говорим о динамике качества жизни всех пациентов и со стомами, и без стом, то оно выходит именно на предоперационный уровень через полгода – год, то есть не в рамках сравнения качества жизни пациентов со стомой и без стомой. И качество жизни через год у этих пациентов, потому что мы говорим о сравнении группы пациентов со стомой и без стомы, то есть это основной вопрос, который беспокоит, в общем-то, хирурга, то эти пациенты при сопоставимом, хотя имеющем тенденцию к худшему качеству жизни пациентов со стомой, имеют совершенно разный профиль. Так, функциональные шкалы (социальное функционирование, ролевое, эмоциональное, физическое функционирование) значимо снижены через год после операции у пациентов со стомами, то есть здесь действительно разница есть. И, может быть, к 5 годам эта разница нивелируется, то есть происходит адаптация пациента. Но если мы говорим именно в рамках динамической оценки, то через полгода у любого больного мы можем ожидать, что это выйдет на предоперационный уровень при этом, что качество жизни этих больных исходно скомпрометировано наличием у них злокачественной опухоли.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Вы удовлетворены ответом? (Да). Разумеется, каждый присутствующий в зале имеет право задавать вопросы, даже официальный оппонент.

Ибатуллин А.А., д.м.н., доцент: Евгений Александрович, спасибо. Еще есть такой вопрос. В своей цели Вы оцениваете качество жизни своих пациентов и в то же время в исследовании в работе проводите оценку прогностических факторов. И с учетом уже выработанных практических рекомендаций, по сути, Вы можете повлиять на это самое качество жизни. И не кажется ли Вам, что Вы немножко умаляете цель своей работы, поскольку она может звучать более глобально?

Ответ: Еще раз спасибо за вопрос. Вопрос на самом деле действительно важный: что мы можем сделать, чтобы улучшить качество жизни этой категории больных? И иногда нам важно, грубо говоря, остановиться и осмотреться, чтобы понять, где мы находимся. Прежде чем что-то улучшать, надо понять, что мы улучшаем, как это измерить, какую нам линейку,

в общем-то, приложить к этому. И мы обсуждали вопрос улучшения качества жизни. Действительно данная работа может косвенно повлиять, но, с другой стороны, она является базисом для того, чтобы мы в перспективе эту работу продолжали и улучшали качество жизни пациентов уже при помощи психологических методов, улучшением оперативных приемов, разработкой, может быть, каких-то новых методов лечения, которые позволят улучшить качество жизни наших больных.

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

Спасибо. Пожалуйста, еще вопросы.

Киселев Д.О., к.м.н.: Евгений Александрович, скажите, пожалуйста, оценивали ли функцию запирающего аппарата прямой кишки у пациентов перед оперативным лечением? Потому что исходно тоже функция кишки может быть нарушена.

Как Вы считаете, необходимо ли выполнять какие-то диагностические процедуры именно на предоперационном этапе?

Ответ: Глубокоуважаемый Дмитрий Олегович! Спасибо за вопрос. Вопрос важный, поскольку функциональное состояние кишки, если мы говорим о низведенной кишке (это то, о чем спрашивал Юрий Анатольевич, например, диверсионный колит) – нет, мы не оценивали. Если мы говорим о состоянии низведенной кишки в виде дивертикулярной болезни, то дивертикулярная болезнь сама по себе влияет на качество жизни. Если мы говорим именно о запирающем аппарате прямой кишки, то исследование функции добавит аргументов хирургу в рамках предоперационного планирования. Но мы не можем отказать пациенту в низведении, основываясь только на основании функциональных результатов. Безусловно, оценка важна, мы должны знать, к чему мы идем, и мы должны знать, чего мы ждем, и мы должны в определенном ключе строить диалог с пациентом, чтобы перед ним описать те последствия, с которыми он столкнется. И если там имеются, например, значимые нарушения, то можно процитировать Алексея Михайловича Карачуна, что нет такого больного, которого я бы не уговорил на экстерпацию.

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

Вы удовлетворены таким ответом? (Да). Спасибо. Пожалуйста, еще вопросы.

Шубин В.П., к.б.н.: Евгений Александрович, на самом деле стома – это плохо, то есть влияет на качество жизни, и синдром низкой передней резекции тоже влияет на качество жизни. Но в литературе встречается такое понятие, что тяжесть синдрома низкой передней резекции разная. Скажите, пожалуйста, были ли у Вас пациенты, которые испытывали такую тяжесть, что они просили наложить колостому?

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Наверное, не только колостому, любую стому, например, илеостому.

Щубин В.П.: Да, разные стомы.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
потому что я так понимаю, здесь же, особенно у пациентов, которые перенесли вмешательства на прямой кишке, чаще всего формировалась илеостома же.

Ответ: Глубокоуважаемый Виталий Павлович! Спасибо за вопрос. В группе пациентов, которым стома не формировалась ни на одном из этапов лечения, таких пациентов не было. В группе пациентов, которым было выполнено двухэтапное лечение, то есть у них уже есть опыт жизни со стомой, и они подумывают о том, чтобы вернуться к этой жизни: 2 пациента из 270 пациентов вернулись к жизни со стомой; один пациент раздумывает, то есть он говорит, что мне со стомой было лучше, в связи с социальными проектами это молодой пациент, который ведет социально насыщенную жизнь, он подумывает о том, чтобы, когда он завершит свои проекты, вернуться к жизни со стомой, потому что, как он отмечает, со стомой ему действительно было удобнее, у него не было привязки к туалету. И что интересно, буквально на прошлой неделе обратился пациент после трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ), который перенес циркулярное иссечение аденомы прямой кишки с протяженностью дефекта более 7 см. Сама опухоль была циркулярная, то есть длиной больше 11 см и протяженностью более 7 см. Ушить дефект не представлялось возможным, и у пациента развилась стриктура, которую раз в 2 недели он бужирует. Его мучают постоянные боли. И, в этой связи пациент сейчас обследуется и консультируется с психологом относительно возможности выполнить ему обструктивную резекцию по поводу проявления уже последствий трансанальной эндоскопической микрохирургии. То есть такие пациенты были, но они единичные, и всех можно знать лично и разобраться в его индивидуальной ситуации настолько, чтобы принять взвешенное решение о выполнении операции по поводу функциональных нарушений.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
У Вас еще вопросы или Вы удовлетворены? (Вопросов нет, ответом удовлетворен).
Пожалуйста, еще вопросы.

Чернышов С.В., д.м.н.: Спасибо за доклад, очень интересный, действительно отражает очень хорошо основные моменты Вашей работы. У меня два вопроса.
Скажите, пожалуйста, как Вы осуществляли набор больных? Это было выполнено ретроспективно или это данные какого-то регистра? То же касается набора пациентов с

ТЭМ – это было сделано как-то случайно или за какой-то промежуток времени? Почему Вы получили такие результаты о том, что имеется снижение после ТЭМ функциональных показателей запирающего аппарата именно с низкой локализацией и с большим размером опухоли? Это первый вопрос.

И второй вопрос. Все Ваши больные – это больные раком прямой кишки за исключением, может быть, части пациентов после локального иссечения, где удалялись и аденомы прямой кишки. Не было ли у Вас мысли вместе с Вашим научным консультантом о том, чтобы включить еще специальность «Онкология» наряду со специальностью «Хирургия»?

Ответ: Глубокоуважаемый Станислав Викторович! Спасибо за вопросы.

Что касается набора больных. Начну отвечать с конца по поводу трансанальной эндоскопической микрохирургии, что набор в исследование осуществлялся проспективно. Данное исследование было зарегистрировано на этапе планирования дизайна на сайте <https://clinicaltrials.gov/>. Мы осуществляли набор проспективно. И ретроспективное исследование у нас бы не получилось, поскольку мы оценивали базовый уровень качества жизни и функциональный статус запирающего аппарата прямой кишки у данной категории больных. И набор в исследование осуществлялся в 2019-2020 гг., и результаты были опубликованы в корейском журнале.

Что касается набора больных в сравнительное исследование или в процедуру валидации, то набор осуществлялся из тех больных, которые приходят к нам на амбулаторный прием. Персональные данные о части больных, в частности, телефон был получен из наших историй болезни, и данным пациентам была выслана электронная анкета по QR-коду, которую пациенты заполнили, и их данные попали в электронную базу, где уже проводился расчет шкал. Безусловно, это создало нам дополнительные ограничения исследования, потому что не у всех этих больных мы смогли получить первичные данные. И именно поэтому в процедуру факторного анализа вошло меньше людей, чем в процедуру валидации.

Что касается второго вопроса по поводу второй специальности. Действительно такое обсуждение было. Но если мы возьмем паспорт специальности «Онкология», то пересечение со смежными специальностями в виде «Хирургии» идет только по поводу развития оперативных приемов, направленных на лечение онкологических заболеваний. То есть этого пункта у нас в принципе нет, у нас нет пересечений с паспортом специальности «Онкология». Потому что основные пункты содержат улучшение лечения пациентов за счет химиотерапевтических препаратов, за счет радиомодификаций, изучения молекулярно-биологических причин возникновения злокачественных новообразований.

Что же касается паспорта специальности «Хирургия», то моя диссертационная работа соответствует трем из пяти пунктов паспорта специальности «Хирургия».

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

Станислав Викторович, Вы удовлетворены таким объяснением? (Да). Пожалуйста, есть ли еще вопросы? Если вопросов достаточно, то тогда позвольте продолжить. Пожалуйста, Евгений Александрович, можете сесть сюда ближе к нам.

И я хотел бы тогда предоставить слово научному консультанту. Пожалуйста.

Супсков О.И., д.м.н.: Глубокоуважаемые коллеги, глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Мне очень легко охарактеризовать Евгения Александровича. Знакомы мы с ним, наверное, уже более 10 лет в тот момент, когда он пришел к нам в Центр еще в ординатуру и фактически сразу себя хорошо зарекомендовал как активный молодой человек. Он включился в работу, и еще тогда заинтересовался именно научным подходом, наукой. И можно сказать, что за эти годы многое произошло. Надо напомнить, что первая кандидатская диссертация, которая была защищена еще до окончания аспирантуры, она, по сути, несколько изменила наше отношение к послеоперационному парезу желудочно-кишечного тракта после вмешательств, то есть обладала существенной практической значимостью.

Помимо этого, необходимо сказать, что за это время Евгений Александрович развивался не только как ученый, но и как хирург. К настоящему моменту он владеет всеми хирургическими вмешательствами, которые применяют в нашем Центре, он является фактически самостоятельным хирургом-колопроктологом.

Немаловажно то, что такое активное отношение к жизни выразилось в том, что Евгений Александрович занимает должность председателя Совета молодых ученых нашего Центра и является членом Совета молодых ученых секции «клиническая медицина» Российской академии наук.

Данная диссертация, заметьте, защищается в возрасте, когда по формальным признакам Евгений Александрович еще является молодым ученым, но за это время он уже сформировался, если можно так сказать, как взрослый ученый – ему всего 34 года. И, наверное, Юрий Анатольевич, это если не самая ранняя защита диссертации, то, наверное, одна из самых ранних в истории Центра.

В этой связи могу сказать, что я характеризую его с положительной стороны и рекомендую членам диссертационного совета голосовать за Евгения Александровича.

Спасибо.

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

Это как-то некорректно на самом деле, голосовать так, как считает нужным каждый из членов диссертационного совета. Спасибо, Олег Иванович.

Евгений Сергеевич, огласите, пожалуйста, какие документы поступили в диссертационный совет – отзывы и т.д.

Ученый секретарь специализированного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: Уважаемые коллеги! Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отдела онкопроктологии и отдела онкологии и хирургии ободочной кишки Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих 22 апреля 2024 года.

На заседании диссертационного совета от 4 июня 2024 г. (протокол № 8) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук Фролова С.А., доктора медицинских наук Кашникова В.Н. и доктора медицинских наук Вышегородцева Д.В. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

Она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 31 июля 2024 г. (протокол № 9).

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

На диссертацию получены отзывы официальных оппонентов: доктора медицинских наук, профессора Левчука Александра Львовича, профессора кафедры хирургии с курсом хирургической эндокринологии Института усовершенствования врачей ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; доктора медицинских наук, доцента Ибатуллина Артура Альберовича, профессора кафедры факультетской хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и доктора медицинских наук, профессора Грошилина Виталия Сергеевича, заведующего кафедрой хирургических болезней № 2 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Они будут озвучены самими оппонентами.

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

Вишневого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, составленный и подписанный доктором медицинских наук, заведующим отделением реконструктивной хирургии пищевода и желудка Ручкиным Дмитрием Валерьевичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

На автореферат получены отзывы:

- из ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, подписанный заведующим кафедрой общей хирургии № 1, доктором медицинских наук, профессором Борота Александром Васильевичем;

- из ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, подписанный заведующим кафедрой хирургических болезней последипломного образования с курсом колопроктологии, и.о. проректора по лечебной работе и развитию регионального здравоохранения, доктором медицинских наук Костенко Николаем Владимировичем;

- из УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет (Республика Беларусь), подписанный профессором кафедры общей хирургии, доктором медицинских наук, профессором Денисенко Валерием Ларионовичем.

Все три отзыва положительные, также критических замечаний не содержат.

Другие отзывы на диссертацию не получены.

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

Спасибо, Евгений Сергеевич. Поскольку у нас не получено каких-либо отрицательных отзывов, тогда я попрошу выступить в качестве официального оппонента профессора Грошилина Виталия Сергеевича. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет. Можно отметить отдельные стилистические неточности, единичные орфографические ошибки, которые не влияют на качество диссертации, написанной прекрасным русским языком, достаточно доступно. Отдельные таблицы достаточно громоздки и трудны для понимания, но это связано больше даже не с громоздкостью таблиц, а с теми большими массивами данных, которые представлены, и необходимостью вникать именно в математические проблемы статистической обработки.

Оппонентом в отзыве выражено пожелание, что в перспективе важно разработать клинические рекомендации по оценке качества жизни больных с новообразованиями прямой кишки, учитывая специфику российской медицинской системы и социокультурные особенности.

В продолжение дискуссии о добавлении второй научной специальности «Онкология, лучевая терапия» оппонентом отмечено, что в цели работы и в ее названии отсутствует слово «рак» и в задачах нет указания на необходимость улучшения онкологических результатов на онкологический прогноз. Поэтому работа полностью соответствует паспорту специальности 3.1.9. «Хирургия» и необходимости во введении второй специальности «Онкология, лучевая терапия», исходя из задач, названия работы и ее целевой установки оппонент не видит.

Также во время выступления оппонентом отмечено, что автором констатируется влияние новообразований, расположенных достаточно низко и имеющих большие размеры (более 3,5 см) на качество функционирования запирающего аппарата прямой кишки. Эти данные интересны, доктор С.В. Чернышов на них указал. Наверное, они тоже нуждаются в дальнейшем изучении, потому что причины подобных изменений неочевидны и нуждаются в дальнейшем анализе. Но новизна подобных исследований безусловна.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо, Виталий Сергеевич. Пожалуйста, Евгений Александрович.

Хомяков Е.А.: Глубокоуважаемый Виталий Сергеевич! В первую очередь, я хотел бы поблагодарить Вас за работу над диссертацией, над ее оценкой, за время, которое Вы потратили на анализ диссертационной работы.

И один вопрос все-таки у Вас прозвучал в отзыве. И я позволю, с Вашего разрешения, на него ответить. Как улучшить качество жизни больных новообразованиями прямой кишки? И здесь у нас возникает поле для совместной, надеюсь, и плодотворной дальнейшей деятельности, что мы можем вместе планировать мультицентровые исследования с участием, надеюсь, Вашего подразделения, которые позволят гипотетически улучшить качество жизни этих больных и не просто оценить базис, то, где мы сейчас находимся, а именно задать вектор улучшения качества жизни этих больных.

Грошилин В.С., д.м.н., профессор: Уважаемый Евгений Александрович! Данный вопрос прозвучал в прениях. Ответ на него, безусловно, понятен. Поэтому публично задавать его второй раз нам не было необходимости.

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

Пожалуйста, я хотел бы попросить выступить официального оппонента Ибатуллина Артура Альберовича, профессора, доктора медицинских наук. Пожалуйста. (Отзыв прилагается).
Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

В отзыве оппонента содержатся следующие замечания:

В исследование были включены 93 пациента с различными стадиями заболевания, перенесших радикальные операции по поводу новообразований прямой кишки, которые заполняли опросник EORTC QLQ-C30 до операции и в течение года после нее. В процессе этого блока работы было доказано, что качество жизни у этих пациентов претерпевает изменения в первые месяцы после операции и стабилизируется через полгода. Данная группа весьма разнородна, что приводит к ограничениям в интерпретацию полученных результатов. Дополнительным ограничением является то, что прослеженность пациентов составляет всего один год, хотя известно, что у некоторых пациентов период адаптации к новым функциональным особенностям занимает два года и более. Оппонентом в выступлении отмечено, что данный вопрос был озвучен в ходе дискуссии, и диссертантом дан на него ответ.

В пятой главе, посвященной метаанализу литературных данных, сравнивающих качество жизни пациентов после обструктивных операций и с восстановлением естественного акта дефекации, не хватает оценки качества жизни соответствующих категорий больных в динамике по сравнению с дооперационным уровнем.

Ограничением шестой главы является неполный список потенциальных факторов, влияющих на качество жизни стомированных пациентов. Так, явно не хватает данных по осложнениям стомы и перистомальным кожным проявлениям и их влиянию на качество жизни соответствующей категории больных.

В рамках восьмой главы не аргументировано, почему выбран именно опросник FIQL, а не используемые ранее инструменты.

В ходе выступления оппонентом было высказано пожелание о том, что в контексте современных реалий, происходящих в нашей стране, а именно закрытием колопроктологических служб, что данное исследование должно послужить толчком для того, чтобы опять поставить вопрос об организации деятельности колопроктологических служб ребром и, возможно, таким образом повлиять на то, чтобы развитие реабилитационной службы стомированных больных все-таки прогрессировало в нашей стране, а не сокращалось.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо, Артур Альберович. Помимо высказанного замечания все-таки остались у Вас вопросы, Вы хотели их задать?

Ибатуллин А.А., д.м.н., доцент: Никаких вопросов, Юрий Анатольевич, не осталось.
Спасибо.

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

Спасибо огромное! Пожалуйста, Евгений Александрович.

Хомяков Е.А.: Глубокоуважаемый Артур Альберович! В первую очередь, хотел бы поблагодарить Вас за оппонирование диссертационной работы, за то время, которое Вы на это потратили, и за ту дискуссию, которая развернулась у нас в процессе блока вопросов к диссертационной работе. И я рад, что это вызвало обсуждение, что у Вас возникли вопросы, и искренне надеюсь, что я Вам дал на них ответ, и что в перспективе у нас будет возможность на основании этой работы спланировать какие-то научные труды. Спасибо Вам!

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

Спасибо. Я хотел бы пригласить выступить в качестве официального оппонента профессора Левчука Александра Львовича. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

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

Спасибо, Александр Львович. Пожалуйста, Евгений Александрович.

Хомяков Е.А.: Глубокоуважаемый Александр Львович! Я хотел бы Вас поблагодарить за неформальный подход к оценке диссертационной работы, поблагодарить Вас за методические указания и инструменты для их реализации в виде книги по изучению качества жизни в медицине, хотел бы выразить признательность за живую дискуссию, которая возникла в ходе наших с Вами встреч в процессе обсуждения диссертационной работы.

И отдельно хотелось бы акцентировать внимание на пожилых пациентах. Насколько я знаю, что у Вас открыт центр по лечению пациентов с выраженными соматическими заболеваниями. И у них же совершенно другой профиль качества жизни, они по-другому реагируют, они обращают внимание на другие вещи. И это мне видится перспективным направлением, в том числе и в совместных работах. Спасибо!

Левчук А.Л., д.м.н., профессор: Спасибо большое! Я хочу добавить, что действительно в нашем Центре сконцентрировано сейчас достаточно большое количество геронтологических пациентов. И сегодня вторая монография тоже была представлена именно по этой методике, где тоже указаны методики определения качества жизни у этой категории больных старческого возраста и долгожителей даже. Но мы сейчас столкнулись еще с более сложной проблемой, так как на базе нашего Центра развернут госпиталь по оказанию помощи и лечению раненых из наших республик, где проводятся боевые действия, мы сейчас пытаемся тоже каким-то образом определять их качество жизни уже

после выписки, анкетирова, связываясь с ними, в общем, так же как рекомендовано в Вашей диссертации – онлайн. И это приносит достаточно большие положительные результаты, потому что те раненные, которые действительно получили тяжелые увечья и уехали домой, они не чувствуют себя брошенными. И это самый важный аспект, мне кажется. Поэтому, наверное, определение качества жизни имеет очень, во-первых, широкий диапазон, а, во-вторых, очень большие перспективы для каких-то совместных разработок и действий.

Благодарю за внимание.

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

Спасибо огромное, Александр Львович!

Кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Денис Викторович, пожалуйста.

Алешин Д.В., к.м.н.: Уважаемый президиум, уважаемые коллеги! Актуальность работы несомненна. Она была хорошо продемонстрирована и в самой работе Евгения Александровича, и в анализе уважаемых официальных оппонентов. Также, на мой взгляд, она очень подробно проанализирована оппонентами. Я не буду подробно останавливаться. Я бы хотел только несколько достоинств ее подчеркнуть, которые мне такими представляются важными.

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

Необязательно достоинства, можете и недостатки, это тоже очень актуально во время защиты, конечно же.

Алешин Д.В., к.м.н.: С положительной характеристикой уважаемых официальных оппонентов я как раз полностью согласен. Но что мне кажется существенным здесь помимо хорошего литературного языка и понятно написанной диссертации несмотря на сложный дизайн – это ее методологическое как раз достоинство, действительно такой хорошо продуманный дизайн, который, в общем-то, отвечает на все вопросы. Также мне кажется хорошим таким значимым методологическим достоинством – это тот качественный уровень валидации опросника симптомных шкал, который проведен Евгением Александровичем, и который соответственно позволяет нам теперь эти шкалы использовать в практической деятельности. И в этом смысле работе такое очень большое практическое значение. Кроме того, конечно, просто организационная заслуга Евгения Александровича, потому что проведение многоцентрового исследования – это такая серьезная работа, и она была проведена также очень хорошо. Существенным фактором, мне кажется, является тот сравнительный анализ, который был проведен у группы пациентов с постоянной стомой и у тех пациентов, у которых лечение проводилось в 2 этапа, поскольку

это как раз сопоставимые группы пациентов, и у них в основном встает вопрос о выборе или восстановительной операции, или формировании постоянной стомы. И эти данные, которые продемонстрировал Евгений Александрович об отсутствии у них существенной разницы в качестве жизни, в общем-то, при разном профиле проблем, но при этом при сопоставимом качестве жизни – это также имеет существенное значение практическое именно при выборе тактики лечения при обсуждении с пациентом. Таким образом, это и само по себе является способом улучшения исходов лечения пациентов.

Также мне кажутся очень существенными те данные, которые были получены по поводу функциональных результатов трансанальной эндоскопической микрохирургии, а именно тот факт, что несмотря на полученную значимую разницу в показателях функционального состояния анального жома, существенного ухудшения качества жизни у этих пациентов не продемонстрировано. И это важно, и это также косвенно подчеркивает значимость кишечного компонента держания, о чем также косвенно говорят и те факторы риска неудовлетворительного качества жизни, которые определены Евгением Александровичем. И с этой точки зрения, мне кажется, эта работа имеет большое практическое значение именно в определении тактики лечения пациентов и обсуждения ее с пациентами и, таким образом, улучшения этих результатов.

На мой взгляд, она вполне соответствует всем требованиям ВАК, предъявляемым к докторским диссертациям, а Евгений Александрович достоин присуждения этой степени.

Спасибо за внимание.

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

Спасибо, Денис Викторович. Пожалуйста, Евгений Александрович.

Хомяков Е.А.: Глубокоуважаемый Денис Викторович! Спасибо за теплые слова. И на самом деле я хотел бы поблагодарить Вас, поскольку Вы были еще рецензентом на апробации этой диссертации, и много шероховатостей, аспектов Вами были указаны и исправлены уже до представления диссертации к официальной защите. Поэтому еще раз слова благодарности. Спасибо!

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

Спасибо. Кто бы хотел еще выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, Алексей Игоревич Москалев.

Москалев А.И., к.м.н.: Уважаемые коллеги! Я хотел бы сказать, чем меня привлекла эта работа. Это, конечно, безупречностью исполнения с точки зрения методологии. Я бы сказал, что она может служить и в образовательных целях, каким образом нужно выстраивать свою работу, каким образом правильно оценивать и реализовывать цели. Я

думаю, это красиво само по себе и можно этому учиться, это очень высокий интеллектуальный уровень и показывает глубину вообще продумывания темы и методологически, и владения всеми современными научными подходами в этом смысле.

И парадоксально, что в этом ключе как раз-таки этот вроде бы скрупулезный анализ мелочей, которые выявлялись, позволил как раз сформулировать новые задачи. Мы говорим, что в следующей своей деятельности диссертант может раскрыть дальнейшее развитие темы. Но здесь совершенно очевидные вещи мы видим, например, та часть, которая больше всего меня заинтересовала – это качество жизни у пациентов с постоянными стомами. Оказывается, это настолько же серьезная проблема, как и несостоятельность анастомоза – осложненная стома, которая приводит к такому же плохому результату по качеству жизни, как и несостоятельность анастомоза. То есть эта работа еще изменяет парадигму – общий взгляд и оценку на лечение этих пациентов.

Поэтому я хотел бы, конечно, поздравить коллектив, в котором была выполнена эта работа, онкологического отдела, конечно, руководителя его, научного руководителя и самого диссертанта. И я считаю, что это прекрасный результат, и Вы его продемонстрировали, раскрыли всю эту тему, и даже просто с сугубо эстетических позиций на это приятно смотреть.

Спасибо!

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

Поскольку не было замечаний со стороны Алексея Игоревича, отвечать не нужно. Спасибо огромное! Кто бы еще хотел выступить? Приветствуются критические замечания, потому что достоинства уже продемонстрированы и самим соискателем, и подробно обсуждены официальными оппонентами.

Если желающих больше нет, то я тогда предлагаю продолжить нашу работу и избрать счетную комиссию. И она предлагается в таком составе: И.В. Костарев, В.В. Веселов и Д.В. Вышегородцев, все доктора наук, есть один доцент и один профессор. Кто за такой состав комиссии, прошу проголосовать. Против? (Нет). Воздержавшиеся? (Нет). Комиссию прошу приступить к работе.

/во время перерыва для тайного голосования/

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

Я попрошу тогда сэкономить время и, пожалуйста, предоставить заключительное слово нашему соискателю. Пожалуйста, Евгений Александрович.

Хомяков Е.А.: Глубокоуважаемый председатель диссертационного совета, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, уважаемые оппоненты! В первую

очередь я хотел бы поблагодарить администрацию Центра в лице Ачкасова Сергея Ивановича, академика Юрия Анатольевича Шельгина за предоставленную возможность реализовать и воплотить в жизнь те научные задумки, которые были придуманы и спланированы.

Хотелось бы поблагодарить коллектив 3-го хирургического отделения и 6-го хирургического отделения за рабочую атмосферу и помощь на всех этапах реализации научной работы.

Хотелось бы поблагодарить оппонентов за внимательную работу с текстом диссертационного исследования.

И отдельно хотелось бы поблагодарить секретаря диссертационного совета Суroveгина Евгения Сергеевича за помощь на всех этапах оформления документации.

Спасибо!

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

Спасибо.

/перерыв для тайного голосования/

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

Я так понимаю, что избрали председателем Ивана Васильевича Костарева. Пожалуйста, мы предоставляем слово председателю счетной комиссии. Пожалуйста.

Костарев И.В., д.м.н., доцент: Уважаемый Юрий Анатольевич, уважаемые члены диссертационного совета, коллеги! Протокол № 5 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 7 ноября 2024 г. Состав комиссии: И.В. Костарев, В.В. Веселов, Д.В. Вышегородцев. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Хомякова Евгения Александровича 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. Шельгин:

Я тогда попрошу проголосовать и утвердить результаты работы счетной комиссии. Кто за

то, чтобы утвердить результаты работы счетной комиссии? Кто против? (Нет).
Воздержался? (Нет).

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

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

И я хотел бы задать вопрос по поводу проекта заключения диссертационного совета: есть ли какие-то замечания?

(Обсуждение проекта заключения)

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

И тогда позвольте зачитать резюме проекта заключения по докторской диссертации Хомякова Евгения Александровича «Качество жизни больных новообразованиями прямой кишки после радикального хирургического лечения». 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 – оценки качества жизни больных новообразованиями прямой кишки после радикального хирургического лечения. 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, утверждённого Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (в ред. Постановлений Правительства РФ № 1690 от 24.09.2022), а сам автор Хомяков Евгений Александрович достоин присуждения искомой ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. «Хирургия».

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

Если возражений нет, то я прошу тогда высказать замечания по ведению диссертационного совета. Если их нет, то на этом заседание диссертационного совета завершено. Спасибо.

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

7 ноября 2024 г.

