

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

СТЕНОГРАММА

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

Минздрава России по защите диссертации

Куловской Дарьи Павловны

«Риск-ассоциированная модель скрининга колоректального рака»,
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальностям 3.1.9 «Хирургия», 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и
социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза»

от 11 сентября 2025 г.

Заместитель председателя диссертационного
совета 21.1.030.01

д.м.н., профессор

Ученый секретарь диссертационного совета,

кандидат медицинских наук



С.А. Фролов

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.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9.
8.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
9.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9.
10.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
11.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
12.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
14.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9.
15.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
16.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.

Дополнительно введенные члены диссертационного совета

17.	Иванова М.А.	доктор медицинских наук	3.2.3.
18.	Огрызко Е.В.	доктор медицинских наук	3.2.3.
19.	Ходакова О.В.	доктор медицинских наук	3.2.3.

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

Уважаемые коллеги! У нас защита кандидатской диссертации. И учитывая то, что у нас защита по двум специальностям – это «Хирургия» и «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза», то мы должны создать временный диссертационный совет с тремя введенными членами диссертационного совета по специальности «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза». Есть предложение ввести в состав совета следующих членов:

- Иванова Маиса Афанасьевна, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, главный научный сотрудник отдела общественного здоровья и демографии;

- Огрызко Елена Вячеславовна, доктор медицинских наук, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, главный специалист управления статистики;

- Ходакова Ольга Владимировна, доктор медицинских наук, доцент, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, начальник отдела научных основ организации здравоохранения.

Кто за то, чтобы ввести данных членов в наш совет, просьба проголосовать.

Таким образом, у нас создан временный диссертационный совет, в котором 22 члена. На заседании присутствует 19. Кворум есть. Так что мы вправе проводить защиту.

Защита у нас Дарьи Павловны Куловской «Риск-ассоциированная модель скрининга колоректального рака».

Работа выполнена на базе нашего учреждения.

Научные руководители: Юрий Анатольевич Шелыгин, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН; и Стародубов Владимир Иванович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН.

Официальные оппоненты: Федоров Евгений Дмитриевич, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Научно-исследовательского института клинической хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет); и Руголь Людмила Валентиновна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела научных основ организации здравоохранения Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-

исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущая организация – ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России.

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

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

Глубокоуважаемые коллеги! Соискатель Куловская Дарья Павловна родилась в 1990 году, а в 2014 году окончила Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова по специальности «Лечебное дело». В 2014 году проходила обучение в интернатуре по специальности «Хирургия» там же, по окончании которой в 2015 году поступила в клиническую ординатуру по специальности «Колопроктология» на базе Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России. В 2017 году поступила на работу в должности младшего научного сотрудника отдела высшего образования Государственного научного центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. С 2018 по 2020 гг. занимала должность ведущего специалиста отдела аспирантуры Государственного научного центра колопроктологии, а с 2020 по 2021 гг. – научный сотрудник группы по обеспечению телемедицинских консультаций отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи по профилю «Колопроктология» Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. С 2021 года по настоящее время работает руководителем группы по анализу качества и организации медицинской помощи по профилю «Колопроктология» на базе Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии.

В настоящее время Дарья Павловна подготовила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме: «Риск-ассоциированная модель скрининга колоректального рака».

Диссертация выполнена на базе Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России.

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

При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста составила 87%.

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

Вопросы к ученому секретарю по представленным документам? – Нет.

Тогда, пожалуйста, Дарья Павловна, 20 минут Вам.

Д.П. Куловская в течение 16 минут изложила основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов поблагодарил диссертанта за доклад и предложил членам диссертационного совета задавать вопросы по материалам диссертации.

Д.м.н. М.В. Алексеев: Дарья Павловна, целью Вашей работы обозначено улучшение показателей заболеваемости, выживаемости больных именно с колоректальным раком. Выводы посвящены в основном выявлению и удалению полипов. Объясните, Вы достигли, по Вашему мнению, той цели, которую Вы ставили в своей работе?

Спасибо.

Ответ: Спасибо, Михаил Владимирович. Суть скрининга заключается в том, чтобы, в первую очередь, выявить заболевание на ранней стадии. То есть, таким образом, мы повышаем выживаемость больных с колоректальным раком. Если мы вернемся к результатам нашего исследования, то как раз количество пациентов, выявленных на ранней стадии, составило 77%, а если мы берем I стадию, то таких пациентов было 23%. То есть, таким образом, для этих пациентов мы увеличиваем 5-летнюю выживаемость до 90%. Если мы говорим про заболеваемость, то в этом случае скрининг колоректального рака в том числе направлен и на вторичную профилактику рака толстой кишки путем удаления выявленных доброкачественных новообразований. И мы ожидаем в последующем снижение заболеваемости от данного заболевания.

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Удовлетворены? (Да). Пожалуйста, Станислав Викторович.

Д.м.н. С.В. Чернышов: Дарья Павловна, у меня два вопроса.

В одном из выводов Вы говорите о том, что обнаружение доброкачественных новообразований снижается, если есть боли в области заднего прохода, если в анамнезе были общепроктологические операции, я понимаю, что это скорее математика и статистика, Вы проводили логистическую регрессию, она очень интересно выглядит, но сами Вы анализировали, думали вообще, с чем это может быть связано, почему именно так? Может быть потому, что раз у пациентов был такой колопроктологический анамнез, например, они просто раньше делали колоноскопию, и поэтому у них, например, ничего и не нашли; или какие-то были другие причины?

И второй вопрос такой: внедрение этой анкеты для чего нужно – для того, чтобы попытаться стратифицировать пациентов на высокий и низкий риск. И мы понимаем, что там, где высокий риск, там точно надо делать колоноскопию, грубо говоря, хорошо собрать анамнез, и эта анкета просто позволяет легче и быстрее это сделать. А в группе низкого риска Вы

обязательно используете после анкетирования иммуноферментный тест. Есть ли в будущем такие планы, чтобы вообще эта анкета, она хорошо, скрупулезно разработана, чтобы она вообще заменила этот иммуноферментный тест? Это было бы проще делать на больших группах больных, как Вы это делали во всех областях.

Ответ: Спасибо, Станислав Викторович.

Что касается первого вопроса, то, конечно, мы основывались только на полученных данных. Более того, каждый фактор риска в опроснике работает в совокупности. Но если говорить о самостоятельных наблюдениях, да, Вы абсолютно правы – те лица, которые уже знали о том, что у них есть какие-то общепроктологические заболевания, а мы знаем, что в этом случае, как правило, направляют на эндоскопическое исследование, то мы считаем, что, действительно, Вы правы, это было связано с этим.

Что касается второго вопроса, то в настоящее время в соответствии с определенной чувствительностью и специфичностью, да, мы для того, чтобы исключить вероятность того, что мы пропустим какие-то новообразования, неважно злокачественные или доброкачественные, мы сейчас используем при низком риске фекальный иммунохимический тест. Но в дальнейшем, конечно, мы задумывались об этом, что применение, может быть, возможно, чуть доработанного опросника это бы очень упростило и сделало бы гораздо более эффективным в последующем проведение скрининга колоректального рака. Но это отдельная большая работа, я считаю.

Спасибо.

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:
Хорошо. Пожалуйста.

Д.м.н., доцент О.В. Ходакова: Уважаемая Дарья Павловна!

С позиции организационных аспектов Вы упоминали, когда обосновывали актуальность Вашего исследования, что действительно профилактическое направление является приоритетным, что скрининг может быть проведен при диспансеризации определенных групп взрослого населения, ссылаясь на Приказ № 404н. Скажите, пожалуйста, полученные Вами результаты, разработанный опросник, и в рамках первого этапа диспансеризации проводится анкетирование диспансеризуемых лиц, можно ли предложить какое-то организационное решение по интеграции Вашего опросника, может быть, в этап анкетирования первого этапа диспансеризации, и таким образом возможно изменить то, что мы называем клиентским путем прохождения диспансеризации на уровне первого и второго этапа? Это первый вопрос.

И второй вопрос: насколько мы поняли, было введено проведение этого скрининга в пилотных регионах, скажите, пожалуйста, каким-то образом это повлияло на сроки проведения этих процедур? То есть насколько доступнее стала эта манипуляция?

Спасибо.

Ответ: Спасибо за вопросы.

Что касается первого вопроса. Внесение изменений в приказ – это крайне длительный процесс, но, конечно, мы над этим работаем. Разработанная наша риск-ассоциированная модель и, в частности, разработанный опросник уже включен в методические рекомендации, которые опубликованы в марте 2025 года под редакцией академика Драпкиной Оксаны Михайловны совместно с нашим участием. И, конечно, в настоящее время в Приказе № 404н и в рамках диспансеризации всего два вопроса, которые можно отнести к скринингу колоректального рака лицам до 65 лет, и всего три вопроса из всего этого перечня тоже можно отнести к колоректальному раку лицам после 65 лет. Конечно, в последующем было бы здорово внести изменения, но это длительный процесс, мы пока над ним работаем.

По второму вопросу по поводу доступности и сроков оказания. Конечно, так как это было в рамках пилотного проекта, все мы понимаем, что во многих субъектах существует, в том числе кадровый дефицит и дефицит врачей-эндоскопистов, и иногда сроки ожидания могут быть увеличены. В рамках пилотных проектов мы применяли кадровые возможности, кадровый потенциал не только региона, но и выезжали наши сотрудники на командирование. Поэтому доступность была, то есть колоноскопия была сразу. Если мы видим факторы риска, то на колоноскопию пациент направлялся сразу же после проведения всех дополнительных диагностических исследований.

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Хорошо. Удовлетворены? (Да). Еще вопросы, пожалуйста. Евгений Геннадиевич.

Д.м.н., профессор РАН Е.Г. Рыбаков: Дарья Павловна, к сожалению, с самой анкетой ознакомиться из автореферата не получилось, было бы неплохо ее привести, но из того, что я там прочитал, у меня сложилось впечатление, что это не совсем скрининговая анкета, это анкета, которая направлена на выявление малосимптомных или вообще симптомных пациентов, поэтому она и хорошо работает. Я бы хотел услышать Ваш комментарий, насколько вообще правомочно это называть скрининговой анкетой, потому что скрининг – это, мы все знаем, у бессимптомных пациентов, которых ничего не беспокоит, и мы их начинаем обследовать. А здесь эта анкета, она позволяет выявить симптомных больных.

Ответ: Спасибо, Евгений Геннадиевич. Это отличный вопрос! Потому что действительно скрининг, Вы правильно заметили, проводится у бессимптомной когорты населения.

Однако, работа по скринингу – это не только выявление групп риска, но и повышение приверженности населения к прохождению обследований. Зачастую очень многие лица, у которых есть симптомы, но они не обращают на них внимания, не придают им значения. Поэтому анкетирование еще в том числе позволит повысить приверженность населения к прохождению скрининговых программ, заставит задуматься.

Д.м.н., профессор РАН. Е.Г. Рыбаков: Спасибо. Я

Ответ: Спасибо..

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

Хорошо. Еще вопросы? Пожалуйста.

К.м.н. С.Е. Грязнов: Грязнов Сергей Евгеньевич. Глубокоуважаемая Дарья Павловна! Прекрасное диссертационное исследование, спасибо! Два вопроса.

Анкета, разработанная Вами, имеет ли зарубежные аналоги или отечественные или это исключительно Ваше ноу-хау?

И второй вопрос: на каком этапе или вообще на каком-то этапе находится это анкетирование, этот скрининг по пути внедрения в первичное звено здравоохранения?

Спасибо.

Ответ: Спасибо, Сергей Евгеньевич.

Что касается разработанной нами анкеты. Это сугубо разработка нашего Центра.

По второму вопросу. Как я уже говорила, мы двигаемся по этому тернистому пути. Сейчас в настоящее время она включена в методические рекомендации по ведению скрининга колоректального рака в Российской Федерации под редакцией академика РАН Драпкиной Оксаны Михайловны. И в последующем, конечно, мы стремимся, чтобы она была внедрена повсеместно.

Спасибо.

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

Хорошо. Удовлетворены? (Да). Еще есть вопросы? Больше нет вопросов. Спасибо, Дарья Павловна.

У нас дальше слово научному руководителю. Учитывая, что у нас один научный руководитель присутствует, пожалуйста, Юрий Анатольевич.

Д.м.н., профессор, академик РАН Ю.А. Шельгин: На самом деле Владимир Иванович хотел приехать, но по уважительной причине не смог и просил сказать несколько слов, характеризуя нашего замечательного диссертанта, соискателя.

Конечно, мы, кто работает в Институте, за эти 10 лет уже с того момента, когда Дарья Павловна стала работать, более того, я считаю, что она нашла в себе силы, пришла учиться только колопроктологии, и так стандартно сразу становится колопроктологом и

оперирующим хирургом, но в процессе учебы здесь в нашем учреждении она открыла в себе и организационный дар. И думаю, что то, что это нашло применение, этот талант, именно талант, я по-другому никак не могу сказать, в той реализации, которая сейчас наблюдается, это, конечно же здорово, потому что, с моей точки зрения, я вспоминаю, я только «недавно» работаю – 49 лет, более трудоемкой работы я не видел, потому что это ведь продолжалось в течение 5 лет примерно, и для этого нужно было сагитировать огромное количество сотрудников, которые бы согласились поехать в эти путешествия, читая лекции, агитируя, ведь об этом Дарья Павловна так вскользь упомянула, но агитация шла и на таком уровне. Значительная часть и присутствующих здесь в зале выезжали в эти дальние командировки, хочу напомнить – это Магадан, это Хабаровский край, это Сахалин и т.д., Мурманск, и работали ведь с огромными предприятиями, с сотрудниками этих предприятий и, конечно же, это были многочисленные выезды. И это ведь, я считаю, сумасшедший был эффект, что согласились и наши эндоскописты участвовать в этом проекте. Потому что сегодня возникал вопрос: насколько это возможно внедрить в практику? Но шоу мастер-класс, я вспоминаю, я присутствовал сам, мы выезжал в малюсенький, вроде бы небольшой такой городок, Когалым называется, где штаб-квартира замечательной компании «Лукойл». И вроде бы какой-то там создан такой, например, там находился филиал Эрмитажа, и буквально раз в три месяца обновлялись экспозиции, и мы там были на экскурсии, фантастические просто были собрания; это опять же филиал Малого театра, ежемесячно труппа выезжала и давала там спектакли. И когда мы увидели великолепное оборудование в местной больнице, но когда говорили о том, что вроде бы опытный эндоскопист, что это невозможно сделать такое количество, положим, колоноскопий, и когда наши сотрудники показали, что 15 – это вообще шутя и, по сути дела, открыли глаза опытному специалисту эндоскописту, как это нужно делать. Потому что тут сидит в зале Виктор Владимирович Веселов, и это же его разработка как вводить эндоскоп. Я вспоминаю, когда приезжали классики эндоскопии из Японии, они такой техникой не обладали введения колоноскопа. И Виктор Владимирович, чтобы они тут не мучались, быстренько проводил эндоскоп и позволял уже нашим замечательным коллегам из Японии делиться своими знаниями уже конкретно в выполнении каких-то методик и еще чего-то.

И, собственно, дар Дарьи Павловны воодушевить, поехать и сделать эту огромную работу не только для того, чтобы накопить эти знания, но ко всему прочему очень важная идея. Только один факт, например, после такого выезда, видимо, результаты впечатлили, во-первых, в Оренбургской области, потому что было открыто целых три центра скрининговой колоноскопии с полным оборудованием кабинетов. То есть я к вопросу о том, что шла

пропаганда и на таком региональном уровне. И, конечно же, наши коллеги, у них координационный центр находится на базе онкологического диспансера, и сейчас не проходит ни одного съезда онкологов, чтобы не выступал главный онколог Оренбургской области с теми результатами, которые там достигнуты. Более того, не нужно далеко ходить, это, может быть, так совпало, но впервые в истории нашего Центра Сергей Иванович Ачкасов участвовал во Владивостоке в 10-м юбилейном Экономическом форуме. И когда во время заседания он произнес, воспользовавшись данными Дарьи Павловны, которые мы слышали, что у 46 сидящих в этом зале есть полипы, а может быть и рак, и сегодня не далее, как утром один из участников этого совещания попросился на колоноскопию, и найдена зубчатая аденома. Я к тому, что действительно это здорово!

Конечно, о научной ценности судить членам диссертационного совета, но я просто говорю о том, что этот дар Дарьи Павловны умение зажечь сотрудников, я не знаю, чтобы кто-то отказался поехать из наших сотрудников для участия в этих пилотных проектах. Поэтому я, конечно, даю только хорошую характеристику.

Более того, не скрою, я благодарен и Владимиру Ивановичу, когда он прочитал эти материалы, он совершенно четко, как глыба в организации здравоохранения, оценил перспективы этого исследования и, конечно же, внес огромные правки, советы в дизайн этого исследования, чему я, конечно, очень благодарен, что он поддержал эту работу. Но судить, еще раз говорю, что членам диссертационного совета.

Спасибо!

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:
Хорошо, спасибо. Далее ученый секретарь о документах, которые поступили в совет.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суwegeин: Уважаемые коллеги!
Апробация работы прошла на расширенном заседании Ученого совета Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России 28 апреля 2025 года.

На заседании диссертационного совета от 19 мая 2025 года (протокол № 9) избрана комиссия для проверки диссертации на соответствие специальностям в составе: докторов медицинских наук О.И. Сушкова, В.Н. Кашникова, И.В. Костарева. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

Она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 20 июня 2025 года (протокол № 11).

По теме диссертации в центральной научной печати опубликовано 6 научных работ, в которых отражены основные положения диссертации.

Получены следующие отзывы: это отзывы официальных оппонентов Руголь Людмилы Валентиновны, доктора медицинских наук, главного научного сотрудника отдела научных основ организации здравоохранения Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и Федорова Евгения Дмитриевича, доктора медицинских наук, профессора, главного научного сотрудника научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Научно-исследовательского института клинической хирургии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Также получен отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

И также получен отзыв на автореферат, подписанный кандидатом медицинских наук, заведующим колопроктологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ» Атрощенко Андреем Олеговичем. Он также положительный и критических замечаний не содержит.

Другие отзывы в диссертационный совет не поступали.

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

Учитывая, что замечаний по представленным документам нет, тогда, пожалуйста, официальные оппоненты. Пожалуйста Федоров Евгений Дмитриевич. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Оппонентом во время выступления высказан ряд замечаний непринципиального характера следующего содержания.

Первой главе, кроме того, что это обзор литературы, принято давать свое название. У диссертанта такого названия нет, глава называется просто «Обзор литературы».

Сложно не согласиться с тем, что при организации скрининга целесообразно создание координационных центров. Но организаторы здравоохранения на местах в регионах не знают, каким образом это делать. Поэтому было хорошо написать, где должны располагаться эти центры, какими полномочиями обладать, есть ли у них специальное финансирование для организации или они только осуществляют руководство.

Сложно безоговорочно согласиться с практической рекомендацией соискателя по проведению скрининговых эндоскопических исследований лишь в медицинских

организациях, обладающих круглосуточным стационаром, на случай лечения возникших осложнений. Во-первых, конечно, это был бы идеальный вариант, но тем самым резко ограничиваются вообще возможности скрининга в стране, тем более что исходя из диссертационной работы, у 83% пациентов в амбулаторных условиях было выполнено удаление доброкачественных образований во время проведения колоноскопии, и ни в одном случае в 6 регионах страны с учетом того, что вмешательства были выполнены разными людьми, не было ни одного осложнения, скорее это свидетельствует о том, что, наоборот, можно расширить показания к выполнению скрининговой колоноскопии, при этом у ЛПУ, выполняющего скрининговую колоноскопию, должен быть прямой договор с медучреждением, в котором будет проводиться лечение пациентов на случай возникновения осложнений при данной колоноскопии.

Вопросы по главе 5 «Хирургическое лечение»:

В работе 45% образований было удалено с помощью холодных биопсийных щипцов. Какие это были размеры этих новообразований? По существующим рекомендациям новообразования больше 3 мм не рекомендуют удалять холодными щипцами, потому что их единым блоком, начиная с размера 3-5 мм, удалить трудно, хотя перед хирургом стоит задача удаления единым блоком.

55% новообразований было удалено методом холодной эксцизии. Какого типа были эти образования по Парижской классификации? Какова патогистология образований именно в этой группе, не попали ли туда аденомы с тяжелой дисплазией, которые являются противопоказанием на сегодняшний день к удалению холодным методом? Согласно одному из последних приказов ДЗМ по онкологии, то там написано, что можно удалять холодным путем только образования на ножке, а широкое образование удалять не надо. Но это уже тема для отдельной работы.

Также оппонентом высказано следующее пожелание. В третьей главе подробно описан алгоритм разработки и валидации опросника, который был предложен соискателем. Номограмма существенно облегчает реальное клиническое применение. Если ее еще переложить на язык системы поддержки принятия врачебного решения, то это теоретически можно вообще автоматизировать, и введя исходные данные, система уже может обсчитывать и теоретически вызывать пациента, предлагая ему тот или иной метод, не тратя усилия врача, который за это отвечает.

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

Хорошо. Дарья Павловна, ответьте главному эндоскописту страны на нерешенные им вопросы.

Д.П. Куловская: Уважаемый Евгений Дмитриевич! В первую очередь, я очень благодарна, и зная Ваш очень напряженный график, очень благодарна, что Вы нашли время так глубоко погрузиться в работу, для меня это очень ценно. И более того, слушая Ваш отзыв, он не только очень значимый, но еще для меня был в некоторых моментах очень познавательным. Вы приводили такие очень значимые примеры.

Я, честно говоря, записывала все Ваши вопросы. Если позволите, я бы прокомментировала. В первую очередь, Вы сказали, что было бы неплохо внедрить каким-то образом, цифровизировать нашу анкету для помощника принятия решений. Могу сказать, что сейчас у нас идет такая работа совместно с коллегами из Республики Башкортостан – мы разрабатываем так называемый цифровой помощник врача. Он основан на примере чат-бота, когда анкетирование можно проходить удаленно, а результаты будут направлены уже в обработанном виде и с уровнем риска для специалиста (врача специалиста либо сотрудника координационного центра) для последующей оценки и приглашения и активного вызова пациента для дальнейшего углубленного обследования, если это необходимо.

По поводу обзора литературы. Очень благодарна Вам за данное замечание! Тут возразить нечего, это действительно справедливое замечание.

По координационным центрам. Это очень сложный вопрос, потому что все мы понимаем, что, в первую очередь, как и в целом проведение скрининга, всё упирается в финансирование. Какой путь мы видим сейчас? Действительно один из возможных вариантов: сейчас все медицинские организации проходят цифровизацию, везде есть медицинские электронные истории болезни и медицинские информационные системы (МИС), в которые погружены в том числе все результаты обследований и диспансеризации. Нередко я видела во многих регионах, где МИС работает на весь субъект, и то есть, например, даже сотрудники кабинета профилактики, если там будет ответственное лицо, которое это будет координировать, он может погрузиться и увидеть результаты обследований и диспансеризации по всему субъекту. Возможно, это один из таких путей. Но, конечно, если мы говорим о создании действительно полноценных координационных центров, который, вероятнее всего, будет посвящен не только скринингу колоректального рака, но и скринингу других онкологических заболеваний, тут вопрос сложный, он, конечно, упирается в финансирование. Но хотелось бы очень!

Что касается выполнения полипэктомии при условии, что в медицинской организации в наличии есть круглосуточный стационар. Конечно, когда мы проводили исследование, и мы несколько осторожничали и, более того, клинические рекомендации еще не вступили в силу, и мы не могли ни на что основательно опираться. Поэтому мы достаточно осторожно

предположили, что для исключения риска возможных осложнений было бы желательно, чтобы данная медицинская организация имела в своей структуре круглосуточный стационар. Но, я думаю, что с выходом обновленных клинических рекомендаций можно пересмотреть.

Д.м.н., профессор Е.Д. Федоров: Так что будем расширять показания.

Д.П. Куловская: Да, будем расширять показания.

И самый интересный для меня вопрос и самый сложный, честно говоря – это что касается методов удаления. В задачи нашего исследования это, по большому счету, не входило. У нас врачи-эндоскописты принимали решение самостоятельно, каким образом выполнять.

Д.м.н., профессор Е.Д. Федоров: Это я понимаю, да.

Д.П. Куловская: Скажите, пожалуйста, Евгений Дмитриевич, я, может быть, что-то упустила по комментариям?

Д.м.н., профессор Е.Д. Федоров: Нет, по-моему, мы всего коснулись.

Д.П. Куловская: В таком случае, Евгений Дмитриевич, я очень Вам благодарна, это действительно очень ценный для меня, что немаловажно, очень значимый отзыв! И все Ваши замечания и комментарии, конечно, мы будем учитывать. Спасибо Вам большое!

Д.м.н., профессор Е.Д. Федоров: Спасибо Вам!

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Хорошо. Тогда послушаем организатора здравоохранения. Пожалуйста, Людмила Валентиновна Руголь. (Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

В отзыве и выступлении оппонента содержатся замечания. Следует указать на наличие небольшого количества опечаток, отступление от требований ГОСТа при оформлении библиографического списка и списка опубликованных работ.

И также имеется ряд вопросов для научной дискуссии:

1. Разработанный Вами опросник для стратификации риска обнаружения новообразований толстой кишки должен быть внедрен повсеместно в практику участкового врача-терапевта?
2. Вы в свое исследование включали респондентов от 18 лет и старше. С какого возраста, по Вашему мнению, необходимо в обязательном порядке осуществлять предложенный Вами скрининг населения и что может препятствовать его реализации?

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Пожалуйста, ответьте.

Д.П. Куловская: Глубокоуважаемая Людмила Валентиновна! Я, в первую очередь, безмерно Вам благодарна за такой очень подробный, я бы даже сказала, в хорошем смысле слова, щепетильный анализ моей работы. Ваши замечания и в каких-то моментах, когда мы

с Вами общались, советы, они действительно во многом мне помогли. И это действительно очень большой ценный труд. Благодарю Вас за него!

По вопросам позвольте прокомментировать, пожалуйста.

По первому вопросу о целесообразности внедрения анкетирования в практику участкового врача-терапевта. Конечно, это было бы здорово при наличии возможности маршрутизации врачом участковым-терапевтом сразу на выполнение диагностических обследований, то есть на колоноскопию, при наличии факторов риска и в условиях высокого риска. Таким образом, мы бы избежали, может быть, «потери» пациента на каком-то этапе, когда пациент уходит от врача-терапевта, в дальнейшем ему нужно идти к врачу-хирургу, потом к врачу-колопроктологу, и только после этого, возможно, он дойдет до колоноскопии, а, возможно, он и передумает ее выполнять. Конечно, это здорово бы помогло и сократило бы путь обследования пациента.

По второму вопросу, с какого возраста в обязательном порядке необходимо проходить скрининговое обследование. И здесь мы не отходим от действующего Приказа № 404н. И мы действительно считаем, что лица старше 40 лет необходимо подвергать скрининговому обследованию. Если мы говорим о лицах 18 лет и старше, то есть другого возраста, более молодого, то, как показали результаты нашего исследования, те лица, которые были моложе 40 лет и были включены в исследование, у них тоже выявлялись доброкачественные образования. Но, как получилось по нашим данным, у всех этих лиц был отягощен наследственный анамнез. Поэтому если мы говорим об отягощенном наследственном анамнезе, то это уже показание к выполнению колоноскопии, а не скрининга и немножко другая история. Поэтому после 40 лет мы бы рекомендовали.

Людмила Валентиновна, еще пару слов позвольте сказать. Я немного волнуюсь, честно говоря, но я очень Вам благодарна. Спасибо Вам большое за участие и за Ваше согласие быть моим оппонентом! Спасибо!

Д.м.н. Л.В. Руголь: Спасибо! У меня сейчас возникла мысль, что этот опросник мы должны внедрить, наверное, как раз в практику диспансеризации, может быть, предварительных профилактических осмотров, чтобы выявлять как раз с отягощенным анамнезом, но уже обязательно это обследование после 40 лет. Возможно, выйти с предложением внести изменения в какие-то приказы. (Оглашает заключение отзыва).

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Спасибо, Людмила Валентиновна.

Теперь кто хочет выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, Станислав Викторович.

Д.м.н. С.В. Чернышов: Уважаемые коллеги, уважаемый председатель, Дарья Павловна!

Юрий Анатольевич в своем выступлении задал такую благостную атмосферу нашего сегодняшнего заседания. И мне хотелось как бы продолжить и сказать, что я перед Вами, Дарья Павловна, перед Вашими руководителями и теми сотрудниками, которые участвовали в этом исследовании, снимаю шляпу, потому что действительно в сегодняшнем докладе и в этих результатах как-то прозвучало не очень открыто, что ведь произведен колоссальный труд – тысячи респондентов были проанализированы, они были собраны, они были убеждены в том, что они должны участвовать в этом исследовании, это происходило практически во всей стране, и это действительно титанический труд. И говорю я это не голословно, потому что в свое время в 2008-2010 гг. наше учреждение участвовало в одном мультицентровом исследовании совместно с Институтом им. П.А. Герцена, где мы тоже исследовали чувствительность и специфичность лабораторных иммуноферментных тестов для поиска доброкачественных и злокачественных заболеваний толстой кишки. И я участвовал как организатор этого процесса. То есть в мои задачи входило сбор материала, обсуждение с пациентами-респондентами, которых мы включали в исследование. Действительно у Вас показана хорошая цифра, сколько Вы включили пациентов – практически 100%. У нас же тогда это было сложно сделать, не знаю, почему – то ли это было одно из первых таких исследований. Мы включили меньше половины пациентов, все отказывались. А всего лишь надо было немного поговорить и просто сдать небольшой образец своего кала. И действительно именно эта сторона работы она самая сложная. Да, пожалуйста, статистическая обработка, математический анализ, написание диссертации – вопросов нет, тоже всё красиво. Но эта «подводная часть айсберга» самая сложная.

Поэтому я Вас поздравляю, Вы получили хорошие результаты, они реализовались в Вашем труде. Поэтому Вы также мне импонируете как ученый, как доктор и как руководитель. Поэтому я поддерживаю эту диссертацию и буду голосовать «за».

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

Хорошо, спасибо, Станислав Викторович. Вы тоже хотите выступить в качестве неофициального оппонента. Пожалуйста, Виктор Владимирович.

Д.м.н., профессор В.В. Веселов: Глубокоуважаемые члены диссертационного совета, глубокоуважаемые оппоненты! Дискуссия у нас здесь шла с Евгением Дмитриевичем, она как раз только на пользу диссертационной работе.

Какое главное достижение этой диссертации и вообще этого метода? Никто сегодня не сказал, или я прослушал, или мы были заняты разговором по поводу диссертации, но рак толстой кишки при осмотре этих пациентов был выявлен примерно у 2% пациентов и 77,2% на I и II стадии. Вот в чем достижение этой работы!

Скрининг. Давайте относиться к слову «скрининг», к его дословному переводу «отбор, просеивание», а то, что это в медицинских показаниях там еще бессимптомные пациенты, давайте все сидящие в зале, только честно, поднимите мне руку, кто никогда не ощущал ни боли в животе, ни боли в заднем проходе. Только честно, кто? Я всегда ощущал и боль в животе, и т.д. У кого ни разу не было диареи и т.д.? Где вы найдете этих бессимптомных пациентов?! Но, вы знаете, находили, когда надо было построить все-таки норму тонуса толстой кишки, где можно было найти этих людей с нормальным тонусом толстой кишки? Конечно, 17-20-летние ребята, старшина их построил: - Хлопцы, кто не жаловался ни на что (образно говоря), всем касторовое масло, клизма и вперед на колоноскопию. Это была действительно норма. И тогда была как раз выявлена норма тонуса толстой кишки.

Единственное замечание. У нас как раз будет обсуждение проекта. Я сейчас дословно прочитаю, как вы к этим словам отнесетесь, может быть, их как-то изменить можно будет: «...установлено, что предложенная модель скрининга позволит снизить заболеваемость и повысить показатели выживаемости при колоректальном раке...». Последняя фраза – да. Но снизить заболеваемость – она сейчас повысит заболеваемость со страшной силой. У нас сколько этих центров эндоскопических в Москве только открылось, конечно, выявляемость возрастет. Но это не заболеваемость, это выявляемость, это несколько другое слово. А то, что опосредованно работа приведет к снижению заболеваемости – да, если будут много делать скрининговую эндоскопию с удалением этих полипов, которые, к сожалению, удаляют только одну часть этой аденокарциномы, то есть развитие рака из предшествующих аденом. А вот та вторая составляющая, которая, к сожалению, похоже побольше этой первой – это рак *de novo*, потому что 25 миллионов скрининговых колоноскопий, которые выполняются в Соединенных Штатах, привели к тому, что только чуть-чуть кривая заболеваемости пошла вниз. Но будем надеяться.

А так, работа великолепная, соискатель вообще прекрасный. Поэтому я буду голосовать за эту работу положительно.

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:
Спасибо. Пожалуйста, Ольга Владимировна.

Д.м.н., доцент О.В. Ходакова: Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Поскольку работа защищается по двум шифрам, в том числе и по шифру «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза», конечно, тот вклад, который автор предлагает в качестве организационной технологии, он тоже, безусловно, важен и в качестве научного продукта, то, что здесь было озвучено – это риск-ассоциированная модель проведения скрининга, по сути, с позиций организации здравоохранения – это организационная технология.

И Дарья Павловна когда сегодня в своем докладе говорила об актуальности, она упомянула о национальной цели, которая определена Указом Президента РФ № 309, и целевом показателе достижения ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году. И наш Институт, поскольку он является также НМИЦ по организации здравоохранения, он активно очень работает над тем научным поиском по применению именно системных организационных решений, направленных на увеличение потенциала ожидаемой продолжительности жизни.

Уважаемые коллеги! Было уже заявлено и в докладе, и у глубокоуважаемых оппонентов, что в структуре смертности населения на злокачественные новообразования приходится второе место, это практически традиционно для Российской Федерации, для субъектов есть, конечно, там вариации. Но на сегодняшний день задача увеличить именно потенциал, тот ресурс, который приходится на снижение прогностически неблагоприятных событий, то есть предотвратимых случаев смерти. И можно раскладывать возрастную структуру смертности по возрастным группам, в том числе в трудоспособном возрасте, мы сейчас это делаем, то есть не просто там от 18 до 65-66 лет, но в группе до 30, до 45 лет, до 60 соответственно лет видим этот прирост. И совершенно справедливо было замечено, что сейчас все системные мероприятия направлены именно на раннее выявление. Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» имеет одним из своих целевых показателей именно сейчас удельный вес выявления на первой стадии заболевания. И то, что у Вас прозвучало в качестве авторской находки скрининг и возможность раннего выявления – это, безусловно, всё работает на эту единую копилку.

Безусловно, из пожеланий то, что мы обсуждали в рамках Вашего ответа на вопросы, было бы прекрасно, если бы Ваш оригинальный опросник был интегрирован в анкетирование первого этапа диспансеризации определенных групп населения. Это не влечет за собой никаких финансовых дополнительных затрат, но позволяет получить очень такую качественную информацию, которая в последующем может быть использована для селективных решений.

Спасибо Вам огромное! Безусловно, буду поддерживать Вашу работу. Спасибо!

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

Спасибо, Ольга Владимировна. Еще кто-либо хочет выступить в качестве неофициальных оппонентов? Нет.

Тогда продолжим. Мы должны избрать счетную комиссию. Предложение такое: Иван Васильевич Костарев, Олег Иванович Сушков и Евгений Геннадиевич Рыбаков. Кто за эту комиссию? (Члены совета голосуют. Состав счетной комиссии утверждается единогласно).

Пожалуйста, комиссия может приступить к работе. А, Дарья Павловна, Вам заключительное слово.

/во время перерыва для тайного голосования/

Д.П. Куловская: Уважаемые коллеги! Прежде всего, завершить, конечно, хотелось бы словами благодарности. Я, откровенно говоря, очень волновалась перед началом. И сейчас у меня такое состояние, которое я хотела бы передать всем присутствующим в зале.

В первую очередь, я очень благодарна нашему Центру, я бы даже сказала, моему родному центру НМИЦ колопроктологии в лице его директора Сергея Ивановича Ачкасова. Выражаю огромную благодарность за возможность в проведении данного исследования, а также научным руководителям Владимиру Ивановичу Стародубову, Юрию Анатольевичу Шельгину. У Юрия Анатольевича есть такая способность – он может зарядить любого очень незаметным путем для того, чтобы каждый захотел работать всё еще больше и больше, и больше. Поэтому, конечно, мои научные руководители – это двигатели, без которых ничего бы не было осуществлено. Низкий поклон и большая искренняя человеческая благодарность за тот труд, за то колоссальное количество времени, которое было уделено мне и моей работе.

Конечно, большая благодарность всем членам диссертационного совета, безусловно, оппонентам, которые нашли время и так отнеслись к моей работе, подвергли ее тщательному анализу.

И что немаловажно, хотелось бы еще поблагодарить каждого сотрудника нашего Центра, потому что уже неоднократно, и я бы хотела действительно об этом сказать, эта работа – это коллективная работа, это командная работа. И я подозреваю, что каждый из сотрудников, так или иначе, принял в этом участие. Поэтому я безумно благодарна. Мне всего лишь посчастливилось переложить вот этот труд, который мы выполнили все с вами вместе, на бумагу. Поэтому, уважаемые коллеги, я всем очень благодарна!

Большое спасибо за внимание!

/перерыв для тайного голосования/

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

Пожалуйста, результаты. Евгений Геннадиевич избран председателем.

Д.м.н., профессор РАН Е.Г. Рыбаков: Сергей Алексеевич, уважаемые члены диссертационного совета, коллеги! Состав избранной комиссии: профессор Е.Г. Рыбаков,

доктор медицинских наук О.И. Сушков, доктор медицинских наук И.В. Костарев. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Куловской Дарьи Павловны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9. «Хирургия», 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза».

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 22 человек. На заседании присутствовало 19 членов совета, в том числе 18 докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации. Роздано 19 бюллетеней, осталось не розданных – 3, в урне – 19 бюллетеней.

Результаты голосования: «за» - 19, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:
Хорошо. Мы должны утвердить результаты счетной комиссии. Кто «за»? Против? Воздержавшихся? – Нет.

/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:
Членам совета был роздан проект заключения. Есть какие-либо замечания? (Нет).
Тогда позвольте мне зачитать резюмирующую часть данного заключения. Предъявляемая к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем хирургии и здравоохранения в целом, является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные автором исследования содержат решение важной научной задачи – снижение заболеваемости и повышение показателей выживаемости при колоректальном раке. Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствует 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 16.10.2024 г. № 62), а ее автор Куловская Дарья Павловна заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9. «Хирургия» и 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза».

То есть мы утверждаем данный проект заключения. Кто за то, чтобы данный проект заключения принять за основу? Против? Воздержавшихся? – Нет. (Члены совета голосуют, проект заключения диссертационного совета утверждается единогласно).

Замечания по ведению совета есть? (Нет).

Тогда нам остается только поздравить Дарью Павловну!

Заместитель председателя диссертационного
совета 21.1.030.01, доктор медицинских
наук, профессор

С.А. Фролов

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

11 сентября 2025 г.