

**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** № 3

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 26 февраля 2026 г.

Заместитель председателя  
диссертационного совета 21.1.030.01  
доктор медицинских наук

С.А. Фролов

Ученый секретарь диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2026 г.

Присутствовали следующие члены диссертационного совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
3.	Суровегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9.
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
5.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
6.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
8.	Капников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9.
9.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
10.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9.
11.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
12.	Родомаи Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9.
14.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
15.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9.
16.	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.	Руголь Л.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:

Добрый день! У нас заседание диссертационного совета. И учитывая то, что у нас защита планируется по двум специальностям, нам нужно создать временный совет на одну защиту с введением специалистов по специальности «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» в наше совет. У нас такие предложения поступили включить в состав совета специалистов из Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения по специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза»:

- Иванова Маиса Афанасьевна, доктор медицинских наук, профессор;
- Ходакова Ольга Владимировна, доктор медицинских наук, профессор;
- Руголь Людмила Валентиновна, доктор медицинских наук.

Кто за данное предложение, просьба проголосовать.

Таким образом, у нас из 22 человек временного совета присутствует 19. Кворум есть. Мы вправе проводить защиту.

У нас защита кандидатской диссертации Куловской Дарьи Павловны «Риск-ассоциированная модель скрининга колоректального рака» по двум специальностям 3.1.9. «Хирургия» и 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза».

Работа выполнена на базе Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии.

Научными руководителями являются: Шельгин Юрий Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, специальность 3.1.9. «Хирургия»; и Стародубов Владимир Иванович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, специальность 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза».

У нас сначала оппонентом планировался Евгений Дмитриевич Федоров, но по техническим причинам оппонент был заменен на Емельянова Сергея Ивановича. Таким образом, оппоненты: Емельянов Сергей Иванович, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой эндоскопической хирургии Научно-образовательного института непрерывного профессионального образования имени Н.Д. Ющука ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России; второй оппонент у нас Лисичкин Андрей Леонидович, доктор медицинских наук, директор АНО «Институт хирургии имени В.В. Войно-Ясенецкого».

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

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

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

Уважаемые коллеги! Соискатель Куловская Дарья Павловна родилась в 1990 году, 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» также в Университете им. И.М. Сеченова, по окончании которого в 2015 году поступила в клиническую ординатуру по специальности «Колопроктология» 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 ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, а с 2020 по 2021 гг. работала в должности научного сотрудника 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. С 2021 года по настоящее время работает руководителем группы по анализу качества и организации медицинской помощи по профилю «Колопроктология» Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии.

В настоящее время Куловская 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 подготовила пакет документов. 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:

Хорошо. Есть какие-то вопросы к ученому секретарю?

Если нет, тогда, пожалуйста, Дарья Павловна, Вам 20 минут.

Д.П. Куловская в течение 17 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.

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Тогда я, наверное, первый вопрос задам: Дарья Павловна, Вы провели пилотные проекты, есть какая-то информация, что в этих регионах продолжается обследование пациентов или закончился пилотный проект и закончилось исследование?

Ответ: Спасибо, Сергей Алексеевич. Да, после проведения пилотного проекта есть такой пример, как Оренбургская область, где в августе 2022 года было открыто 3 скрининговых центра, расположенные в разных городах – это в г. Оренбург и в г. Бузулук, которые по настоящее время функционируют. Также был выпущен нормативно-правовой акт, который регламентирует осуществление скрининга колоректального рака внутри субъекта.

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

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

Как показала Ваша работа, что это анкетирование работает, и получается, что когда Вы применяли анкету и там, и там, в группах высокого риска выявлялось очень много образований, а если это анкетирование использовать вообще и в группах низкого риска без гемокультеста, вообще это будет работать? Это же вообще, судя по Вашим данным, упрощает всю систему. Это первый вопрос.

И есть ли такие, например, планы эту анкету распространить и внедрить не только в тех субъектах нашей страны и в тех учреждениях, а именно, например, в первом звене поликлиническом, чтобы это вообще работало по Москве, по всей России? Возможно ли это?

Ответ: Спасибо, Станислав Викторович. Отвечу по порядку.

Что касается первого вопроса, то, конечно, в перспективе возможно потребуется некоторая доработка нашего опросника, то было бы, конечно, здорово и существенно снизило бы экономические затраты на проведение скрининга, если мы будем использовать метод анкетирования как основной метод стратификации. Но возвращаясь к результатам данного исследования и по результатам чувствительности и специфичности этих двух методов стратификации, мы пришли к выводу, что в настоящее время применение этих методов в совокупности позволит получить наиболее лучший результат и скрининг провести наиболее эффективно.

По второму вопросу, Станислав Викторович, это, конечно, крайне сложный вопрос, и действительно мы работаем в этом направлении. Например, в 2022 году были опубликованы сначала основные положения в методических рекомендациях, где мы также мы были соавторами – это от НМИЦ терапии и профилактической медицины. Затем в конце 2025 года были опубликованы методические рекомендации по скринингу в рамках диспансеризации. И мы двигаемся в этом направлении. Но, конечно, это процесс не такой быстрый для внедрения его повсеместно.

Спасибо, Станислав Викторович!

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

Член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор С.И. Ачкасов: Дарья Павловна, в Вашей работе прозвучало такое положение о том, что если во время скрининговой колоноскопии обнаруживались полипы числом менее 5 и размерами менее 1 см, то Вы выполняли одномоментное удаление их. Я знаю, что сейчас в клинических рекомендациях, посвященных полипам толстой и прямой кишки, так они называются, это положение прописано. Это положение в клинических рекомендациях возникло в результате Вашей работы и Вашего проведенного исследования или Вы пользовались теми работами, которые показали безопасность и эффективность такого способа санации полипов?

Ответ: Спасибо, Сергей Иванович. Действительно, так как разработчиками клинических рекомендаций, которые вышли в октябре прошлого года «Полип толстой кишки и прямой кишки», также соавторами являются сотрудники нашего Центра, поэтому, когда мы проводили исследование, мы опирались не только на анализ литературы, но и на собственный опыт, который был накоплен в стенах нашего Центра. И так сложилось, что чуть раньше были выполнены клинические рекомендации. Кстати, говоря, публикация данного исследования в списке литературы клинических рекомендаций, а чуть позже уже защита диссертационной работы.

Спасибо.

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

Д.м.н., профессор М.А. Иванова: Колоректальный рак – это общемировая глобальная проблема, о которой Вы только что говорили. У Вас после защиты диссертации есть ли какие-то планы в отношении дальнейшего продолжения работы, поскольку есть территории, где не настолько высоко поставлена работы, и чтобы люди могли иметь возможность обратиться, провести этот скрининг, о котором Вы только что говорили, в рамках каких-то проектов, грантов, либо каких-то научных исследований?

Спасибо.

Ответ: Майса Афанасьевна, спасибо за вопрос. Конечно, мы не останавливаем на этом свою работу, свою деятельность. Возможно, будут еще пилотные проекты. Но, конечно, мы бы хотели, чтобы внутри страны помощь для пациентов, для населения была одинакова везде как, например, небольшого села, так и крупного города. Поэтому, конечно, у нас в мечтах, если можно так сказать, чтобы это было экстраполировано на всю страну и доступно для каждого из жителей нашей страны.

Надеюсь, я ответила на Ваш вопрос. Спасибо.

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

Хорошо. Еще вопросы? Пожалуйста.

Д.м.н., доцент О.В. Ходакова: Уважаемая Дарья Павловна! В продолжение вопроса, нас все-таки как организаторов здравоохранения интересуют именно организационные технологии и процессы, которые в продолжение Вашего пилотного проекта могли бы быть тиражированы. И у Вас прозвучало в ответе на один из вопросов, ранее заданных, относительно того, что Вы участвовали в формировании методических рекомендаций вместе с НМИЦ терапии и профилактической медицины, и это касалось именно этапа проведения диспансеризации, то есть первого этапа. Скажите, пожалуйста, прорабатывался ли именно процесс, логистика, маршрутизация и функционал в рамках проведения первого этапа диспансеризации с учетом возможного внедрения Вашей риск-ассоциированной модели?

Спасибо.

Ответ: Ольга Владимировна, спасибо. В рамках данного исследования мы только обсуждали это, то есть это не касалось исследования. Но сейчас работа ведется. Это непростой вопрос, потому что у нас есть и наличие кадрового дефицита, как врачей-колопроктологов, врачей-хирургов, которые в рамках второго этапа заявлены, так есть некая очередность. Поэтому мы, конечно, прорабатываем эти организационные модели, но на текущий момент пока готового решения я не могу Вам озвучить.

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

Хорошо. Есть еще вопросы?

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суровегин: Можно мне короткий вопрос?

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

Пожалуйста.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суровегин: Дарья Павловна, спасибо за доклад. Вы использовали в своей работе фекальный иммунохимический тест для

определения кала на скрытую кровь, но мы знаем, что во многих регионах вместо количественного теста используют качественный. Скажите, пожалуйста, стоит ли в этих регионах заменить этот качественный тест на просто опросник, который Вы предлагаете?

Ответ: Спасибо, Евгений Сергеевич. Хороший вопрос. Мы все понимаем и знаем по литературе, что, конечно, преимущество перед количественным тестом фекальным иммунохимическим. И в целом мы всегда рекомендуем проводить именно его. Мы просто не сравнивали в настоящем исследовании именно качественный тест и эффективность анкетирования. Мы сравнивали только результаты количественного теста как наиболее эффективного из методов стратификации и анкетирования. Поэтому так по методу математическому я не могу Вам ответить на этот вопрос, потому что мы не сравнивали. Но если мы говорим о сугубо моих личных впечатлениях, то, вероятнее всего, конечно, это возможно в последующем, если провести небольшую работу.

Спасибо.

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

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Хорошо. Есть еще вопросы или достаточно? Достаточно. Хорошо. Пожалуйста, присаживайтесь, Дарья Павловна.

Слово предоставляется научному руководителю.

Д.м.н., профессор, академик РАН Ю.А. Шельгин: Уважаемые коллеги!

Мы давно работаем бок о бок, если мы говорим о членах нашего диссертационного совета и присутствующих здесь сотрудниках, Дарья Павловна еще со времен обучения в ординатуре, поскольку кафедра колопроктологии базируется на базе нашего учреждения НИИЦ колопроктологии. И уже тогда Дарья Павловна показала себя как очень организованный и способный врач. И самое главное, что в последующем, когда она сразу после окончания ординатуры была зачислена в штат Института, то я не могу сейчас представить себе, каким бы образом мы функционировали как национальный исследовательский центр, в функции которого входит организация работы нашей службы во всех регионах. И, конечно, Дарья Павловна, прежде всего, сейчас основной сотрудник, который организует все выезды в регионы. И насколько я знаю, первые выезды, которые состоятся в следующем месяце – это предполагается три выезда, и во всех трех Дарья Павловна возглавляет группу специалистов, обычно у нас выезжает 5 человек, и соответственно оказывает консультативную и организационную помощь в регионах. И я не представляю, откуда берутся силы, потому что у Дарьи Павловны есть семья – и муж, и ребенок. Но несмотря на все эти происходящие события она находит возможность заниматься активно и своей служебной работой, и вместе с тем мы знаем, что занимается и

находит время для проведения такой, я бы сказал, очень трудоемкой работы, поскольку это огромный труд – организовать проведение на базе многих промышленных предприятий в разных регионах, которые включают и Хабаровский край, и соответственно проходили и на Сахалине, то есть в разных абсолютно уголках нашей огромной страны.

Конечно, я не вправе сейчас оценивать научную ценность работы, но с точки зрения пастойчивости и организаторских способностей я до вашего сведения должен донести эти качества, которыми обладает Дарья Павловна. И, конечно же, я думаю, что все меня поддержат, что она достойна того, чтобы, если вы сочтете возможным, все-таки искомая степень была присуждена.

Спасибо!

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

Хорошо. Пожалуйста, Евгений Сергеевич, огласите документы, которые поступили к нам в совет.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суwegeин: Апробация работы прошла на расширенном заседании Ученого совета Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени 28 апреля 2025 года.

На заседании диссертационного совета от 01 декабря 2025 года (протокол № 20) избрана комиссия для проверки диссертации в составе: докторов медицинских наук О.И. Сушкова, Е.Г. Рыбакова, С.В. Черпышова. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

Она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 26 декабря 2025 года (протокол № 21).

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

Получены следующие отзывы: это отзывы официальных оппонентов Емельянова Сергея Ивановича, доктора медицинских наук, член-корреспондента РАН, заведующего кафедрой эндоскопической хирургии Научно-образовательного института непрерывного профессионального образования имени Н.Д. Ющука Российского университета медицины Минздрава России; и Лисичкина Андрея Леонидовича, доктора медицинских наук, директора АНО «Институт хирургии имени В.Ф. Войно-Ясенецкого». Они будут озвучены самими оппонентами.

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

доктором медицинских наук, профессором, академиком РАН Ревизишвили Амираном Шотаевичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

Также получен отзыв на автореферат, подписанный заведующим колопроктологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ», кандидатом медицинских наук 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: Есть вопросы к ученому секретарю? (Нет).

Если нет замечаний в отзывах, тогда, пожалуйста, приступим к обсуждению и выступлениям официальных оппонентов. Сергей Иванович, пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Оппонентом во время выступления высказано замечание непринципиального характера. Оппонент считает, что риск-ассоциированной модели, полученной в исследовании, больше подходит название «персонализированная модель», потому что это видно из всей работы, что это обследование персонализировано к пациенту.

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

Спасибо, Сергей Иванович. Дарья Павловна, пожалуйста, ответьте.

Д.П. Куловская: Сергей Иванович, если позволите, я прокомментирую. В первую очередь, я Вам очень благодарна за такой тщательный анализ моей работы и за положительный отзыв!

Что касается персонализированного скрининга вместо риск-ассоциированного. На мой личный субъективный взгляд, это отличная идея. Ведь анкетирование – это не только выявление, раннее выявление или как «просеивание через сито», но ведь анкетирование еще порой заставляет человека задуматься. Порой он свои симптомы, которые у него имеются, считает незначительными. А когда он отвечает на вопросы, и тем самым его повышается его приверженность к прохождению скрининговых обследований. И если назвать это тоже персонализированным, я думаю, для каждого человека будет гораздо приятнее осознавать, что это что-то персональное только для него. И мне кажется, это отличная идея. Спасибо Вам, Сергей Иванович!

И еще раз спасибо за положительный отзыв!

Член-корреспондент РАИ, д.м.н., профессор С.И. Емельянов: Спасибо!

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

Хорошо. Пожалуйста, Андрей Леонидович. (Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

В отзыве и выступлении оппонента имеется вопрос для научной дискуссии: Как экстраполировать результаты Вашего исследования на широкую популяцию, в частности, считаете ли Вы возможным включение разработанного опросника в программу диспансеризации определенных групп взрослого населения (в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»; с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 206н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований»)?

Также в выступлении оппонента высказано непринципиальное замечание о том, что с учетом того, что работа выполняется в том числе по специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза», следует более аккуратно относиться к понятийному аппарату, к терминологии: например, вместо «медицинское учреждение» следует писать «медицинская организация», вместо «колопроктолог» следует писать «врач-колопроктолог».

Д.И. Куловская: Андрей Леонидович, спасибо за такой подробный отзыв, я бы даже сказала, за очень тщательную проработку моей работы. Я тогда отвечу только на вопрос.

По поводу нормативно-правовых актов. Конечно, как я уже говорила, сейчас у нас ведется работа с прицелом на Приказ № 404н от 2021 года «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». И мы движемся в эту сторону, пусть и не так быстро, как хотелось бы, но уже есть методические рекомендации о проведении популяционного скрининга и также методические рекомендации о проведении скрининга в рамках диспансеризации.

Надеюсь, я ответила на Ваш вопрос. Спасибо.

Д.м.н. А.Л. Лисичкин: Спасибо за ответ. Я, конечно, думал, что Вы скажете, что Вы договорились с Бадмой Николаевичем о выходе постановления Госдумы, что это будет скоро в госмессенджере или в Госуслугах. Но такой ответ тоже отличный, устраивает. (Оглашает заключение отзыва).

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

Спасибо, Андрей Леонидович. Дарья Павловна уже отвечала на Ваши вопросы. Спасибо!

Кто хочет выступить в качестве неофициального оппонента? Сергей Иванович, пожалуйста.

Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор С.И. Ачкасов: Глубокоуважаемый Сергей Алексеевич, глубокоуважаемые коллеги!

Я не скрою, что слежу за этой работой с ее самого начала. Потому что сегодня в отзыве Сергея Ивановича прозвучало слово «государственный». И мне действительно кажется, что в этой работе просматривается государственный масштаб. Почему? Потому что проанализированы и представлены нам сегодня не результаты эндоскопического отделения Центра колопроктологии, а очень четко показано, как нам надо поступать для того, чтобы выполнить программу Президента по народосбережению. Эта программа подразумевает очень много факторов. И учитывая, что сегодня уже неоднократно звучало, что распространенность колоректального рака – это третья в структуре онкологической заболеваемости, а по смертности – вторая. А второй аспект – это то, что колоректальный рак очень легко диагностировать и очень легко лечить, и очень легко подвергнуть его вторичной профилактике – лечить легко, если он на ранних стадиях, а вторичная профилактика, мы знаем, что 90% колоректального рака развивается из полипов, соответственно выявление полипов, санация кишки является очень надежным механизмом профилактики (подчеркиваю, вторичной профилактики) колоректального рака.

Но в чем проблема? Проблема в том, что, если мы предложим всем сидящим здесь сделать ЭКГ, я уверен, что подавляющее большинство сейчас, выходя, сделает ЭКГ. Или, скажем, пройдите флюорографию – да, конечно же, пройдем флюорографию. Единственным надежным скрининговым методом диагностики полипов и колоректального рака является колоноскопия. Но этот метод, очень сложный для воплощения – население наше некомплаентно, оно не слышит и не хочет, и прячет, как страус голову в песок, если мы предлагаем сделать колоноскопию.

Сергей Иванович сегодня привел пример с японцами, где доплачивались средства для проведения колоноскопии на производстве, а Дарья Павловна просто в силу того, что у нее не было времени сегодня рассказать, а мы знаем, как проводились эти колоноскопии на организованной части населения в предприятиях: руководитель в таком добровольно-принудительном порядке обращался к сотрудникам со словами: «Если не сделаете колоноскопию, я вас к работе не допущу». А почему он так говорил? Потому что сделав колоноскопию руководителю, была обнаружена опухоль, и он понимал, что надо сделать колоноскопию.

И второй аспект, о котором я хотел бы сказать – это анкета. Казалось бы, анкета, копейки стоит листочек бумаги, там куча вопросов – но она кардинально изменила подход к скринингу. Потому что если мы, проведя анкетирование, скажем: «Иван Иванович, посмотрите, Вы находитесь в группе риска, Вам обязательно надо сделать колоноскопию», тогда он совершенно по-другому отнесется к нашим рекомендациям, не как в этом 404-м Приказе, который, к сожалению, как это поделкатнее сказать, не очень нас удовлетворяет,

нас он не очень удовлетворяет, потому что, во-первых, там колоноскопия подменяется ректоскопией, фекальный тест, к сожалению, работая с Дарьей Павловной, мы понимаем, что он очень плохо работает, обладает очень низкими характеристиками. И недавно Юрий Анатольевич с группой наших коллег ездил в Астрахань, где на практике увидел, что фекальный тест ничего не показал, анкетирование показало, и выполнение колоноскопии, согласно этой анкете, продемонстрировало наличие там нескольких случаев рака, в том числе, по-моему, одного доктора из этой больницы. То есть, получается, что анкета – дешевый и очень простой механизм для того, чтобы через крупное сито «просеять» тех, кому мы будем настоятельно рекомендовать делать колоноскопию.

И третий аспект, на котором я хотел остановиться. Мне кажется, что эта диссертация не ограничивается кандидатской диссертацией, в ней проглядывается, что надо сделать дальше. Сегодня уже звучало, что ни в коем случае не надо останавливаться. Не знаю, Вы это будете делать, или делать будут другие наши коллеги, но нашему Центру ни в коем случае останавливаться не нужно. Потому что я уже здесь вижу следующий аспект, который находится на грани колопроктологии и организации здравоохранения и, может быть, мы соберемся через какое-то время опять с вами вместе. Потому что, посмотрите, выявлены полипы различного размера, различного количества у различной категории пациентов. Что надо сделать? Надо их стратифицировать, маршрутизировать: кому мы можем сделать одномоментно полипэктомию при скрининговом исследовании; кому мы можем сделать в стационаре дневного (краткосрочного) пребывания; кого мы должны положить в стационар, потому что риски кровотечения, перфорации и посткоагуляционного синдрома и бог знает чего, высокие; а кому мы должны подготовить операционную, и если у нас нет лифтинга при выполнении диссекции в подслизистом слое, мы сразу же должны его перевести в операционную и выполнить или гибридную операцию или резекционный метод исследования. То есть я вижу очень хорошую докторскую диссертацию, которая будет также находиться на стыке колопроктологии и организации здравоохранения. Поэтому, Дарья Павловна, или Вы, или кто-то другой подхватит эстафетную палочку, и обязательно должны продолжить эту работу.

Я, конечно же, буду голосовать за присуждение Дарье Павловне степени кандидата медицинских наук.

Спасибо.

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

Спасибо. Кто еще желает? Виктор Владимирович, пожалуйста.

Д.м.н., профессор В.В. Веселов: Глубокоуважаемый Сергей Алексеевич, глубокоуважаемые коллеги!

Обратите внимание, как называется диссертация Дарьи Павловны, которую мы ждали давно и с удовольствием ее сейчас выслушиваем – «Риск-ассоциированная модель скрининга колоректального рака». Речь идет не о скрининговой колоноскопии, а о скрининге колоректального рака. Что такое скрининговая колоноскопия? Это 40-45 лет показание и ни на что не жалуемся – вперед на колоноскопию. А здесь идет речь о скрининге колоректального рака. Отсев? Нет, только отсев через сито. А что остается в сите? Это отбор – мы отсеиваем других и отбираем эту группу, которую надо специально обследовать (колоноскопия и т.д.). Самая благополучная ситуация, казалось бы, по скрининговой колоноскопии в Канаде – там очень много делается тестов кала на скрытую кровь, но при том, что благополучная – только 35% с положительным тестом соглашаются на колоноскопию, не хотят, и это благополучная ситуация. У нас-то гораздо хуже.

Прекрасны все наши выступления, и я слышу, что 90% рака толстой кишки развивается из предшествующих полипов. Хорошо, получается, уберем все полипы – рака не будет. Так ли это или не так? А давайте посмотрим, сколько делается скрининговых колоноскопий в Соединенных Штатах – 12 миллионов. За прошедшие годы уже пересмотрели этот возраст 40-45 лет. И где же эта кривая развития рака? Она только-только чуть-чуть пошла вниз. Все-таки, да, удаление полипов тех, которые 10 лет не удаляли, оно привело к тому, что кривая все-таки пошла вниз. А у нас она идет вверх. Сколько колоноскопий мы делаем у нас в стране, не скрининговых, а всех? Полтора миллиона сейчас, не скрининговых, а всех. А почему? А сколько нас эндоскопистов в стране, вы знаете? Было максимум тысяч 40 эндоскопистов, сейчас у нас где-то к 10 тысячам врачей подходит. Да, надо бороться с этой заразой колоректальным раком, да, создано 6 высокопоточковых (я их называю быстроскопии) центров, которые с восьми утра до десяти вечера ежедневно делают колоно- и гастроскопии. Поэтому, понимаете, это хорошо, конечно, что туда направляются пациенты. Так кого же туда направлять?

И эта работа вам ответила, вот вам анкета бесплатная, посмотрели, рассказали о себе и поняли, что эти пациенты риск-неассоциированные, то есть у них низкая степень развития этого рака, а эти пациенты риск-высокоассоциированные, их надо посмотреть. Главное – пациента запугать, я серьезно говорю – запугать надо. Пожалуйста, я курильщик заядлый. 15 лет тому назад бросил курить одномоментно. Почему? Куча экстрасистол и т.д., скорее всего, это от курения. Жить хочешь? Да. Всё, бросай курить. Бросил. Я полгода мучался, но я бросил. А как заставить пациента пойти на колоноскопию? Я не знаю. Вот, пожалуйста, перед вами объект исследования.

Возвращаюсь к скрининговой колоноскопии. Примерно 20 лет назад у моего ближайшего родственника была выявлена раковая опухоль, это был мой папа, которого Юрий

Анатолийевич оперировал. Спасибо, Юрий Анатолийевич, 20 лет жизни подарили моему отцу. В 74 года я увидел у своего отца громадную опухоль, уже стенозирующую, прооперировали, там III стадия была, и 20 лет он прожил уже без химиотерапии, безо всего. Когда ему было нужно сделать эту скрининговую колоноскопию? В 64 года, на 10 лет раньше. Мне делали колоноскопию в 63 года, и на том месте, где у папы была большая опухоль, у меня был большой полип, мы его ликвидировали. И я своим пациентам всем полипозителям проходить колоноскопию с интервалом 1-1,5 года, так меня жизнь научила, хотя это не входит ни в одни наши клинические рекомендации. А пообщавшись с японцами, скажу, что они так и советуют своим пациентам, потому что это тот срок, когда этот рак еще можно выявить на ранних стадиях, а он развивается как беременность за 9 месяцев. Я вам серьезно говорю об этом, это межклеточное взаимодействие. У него были полипы потом – 5 убрали, потом еще 4 убрали. И причем я, я думал, что недавно делал колоноскопию, а посмотрел – я уже 4 года не делал. Почему? Не знаю, чего-то не пошел на колоноскопию. Я чего боюсь подготовки? Нет, ерунда, я все препараты принимал. Поэтому мы как-то к своему здоровью относимся не совсем правильно. Недавно я все-таки пошел на колоноскопию, на гастроскопию, которую терпеть не могу – опять 6 полипов. И спасибо нашим рекомендациям, что можно эти полипы убрать, убрали амбулаторно. Причем все полипы дурацкие, есть такие дурацкие аденоматозные полипы, они маленькие, но с депрессией в центре, все эти 6 полипов убрали. Посмотрим. Я себя считаю этой моделью, которая, возможно, покажет, что именно действительно полипэктомия, возможно, способствует уменьшению количества рака толстой кишки.

Так вот эта простая работа состоялась, анкета разработана, и она позволила нам, и показали все выездные Ваши циклы, что она работает. И задача этой работы, задача этой анкеты – это выявить рак на ранней стадии. У 2% выявлен рак, причем у 80% - на ранних стадиях. Это работает. А то, что мы думаем по скрининг: как же так, ни на что не жалуешься и т.д.?! Относитесь к слову «скрининг», как я уже говорил, как к просеиванию или к отбору, вот и всё. А кто из нас или из тех, кому делали скрининговую колоноскопию, не имел жалоб на ЖКТ? Да все мы имели какие-то жалобы – где-то почесал, где-то еще чего-то и т.д.

И правильно совершенно стоит вопрос – это государственная работа. Но не только количество колоноскопий нам поможет. Господа хирурги, вы что бездельники? Вы до этого, пока не было этих высокопоточковых центров, вы что сидели, отдыхали, вам некого было оперировать? Ничего подобного, с раннего утра до позднего вечера оперировали. А здесь сейчас еще 6 центров вам дают громадное количество пациентов с раком. Растет, к сожалению, очередь на полипэктомию, растет очередь на операции по поводу рака.

Поэтому надо в государственном масштабе делать всё – и скрининг колоректального рака, и воспитывать большое количество хирургов, которые будут эти ранние раки оперировать. Так что могу сказать, что эмоциональное выступление, потому что очень хорошая работа. И я голосую двумя руками за нее.

Спасибо большое!

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

Хорошо. Пожалуйста, Людмила Валентиновна, от наших организаторов здравоохранения.

Д.м.н. Л.В. Руголь: Уважаемые коллеги! Я, наверное, как никто очень хорошо знаю диссертацию Дарьи Павловны, потому что работала в течение практически года рецензентом и знакома была с диссертацией уже на стадии готовности.

Что хотелось бы отметить ценного в этой работе? Мы как организаторы анализируем очень многое – и обеспеченность медицинским оборудованием, и обеспеченность кадрами, маршрутизацию пациентов, профессионализм врачей, как проходит прием в первичном звене. С чем мы столкнулись при широком внедрении цифровизации и электронной медицинской карты? Это уже не секрет, что у нас врачи первичного звена перестали беседовать с пациентами, они не собирают анамнез, они практически не смотрят пациентов. Мне самой очень часто приходится обращаться, и вижу, что нигде, исключая, конечно, федеральные медицинские организации, там всё это делают, не смотрят так, как положено, и не разговаривают с пациентом. Поэтому мы и пропускаем видимые формы рака и в том числе те, которые легко обнаружить, если нормально побеседовать с пациентом и изучить все его риски и своевременно направить на обследование.

Поэтому то, что предлагает Дарья Павловна – это анкета, нужно, конечно, и мы будем это иметь в виду и выходить с предложением, что она должна внедряться сейчас и в первичное звено здравоохранения, потому что как раз это восполнит тот пробел, когда, как я уже сказала, врачи при заполнении этой электронной медицинской карты, и видя там, копируя всё, что до того было написано, иногда и очень уже неактуальное, мы провели социологическое исследование с моей аспиранткой недавно и выявили, что 58% пациентов отмечают, что в этой электронной медицинской карте написано совсем не то, что они говорили врачу, написано то, что у них не измерялось, что их и не спрашивали, то есть информация недостоверная. Более 40% пациентов жалуются на то, что врач, по сути дела, не беседует и ничего им не объясняет. Поэтому то, что предлагает Дарья Павловна – это очень актуально в теперешнем современном мире, то, что поможет выявить на ранних стадиях опухоль толстого кишечника, которая занимает третье место в заболеваемости и второе место в смертности.

Что еще хотелось бы отметить? Как раз выявление на ранних стадиях этого рака позволяет ограничиться хирургическим методом лечения, зачастую не прибегая к химиотерапии. Почему это важно? Потому что тоже нами уже изучено, и у нас есть работа, которая сейчас проводится – исследование о том, что успешно леченные от рака пациенты зачастую умирают от осложнений химиотерапии и лучевой терапии, которые вызывают осложнения сердечно-сосудистой системы. И это как раз тоже очень важно выявить на ранних стадиях для того, чтобы действительно продлить жизнь этому пациенту, успешно вылечив его от этого грозного заболевания. Поэтому здесь очень много организационных моментов, которые необходимо дальше развивать и внедрить.

Поэтому естественно мы будем поддерживать эту работу и голосовать двумя руками «за».

Спасибо.

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

Спасибо. Пожалуйста, есть еще желающие выступить и высказаться по данной работе? Нет.

Тогда, пожалуйста, Дарья Павловна, Вам заключительное слово.

Д.П. Куловская: Что касается заключительного слова, то, конечно, завершить я хотела бы словами благодарности.

И в первую очередь, я благодарна этому Центру, я не боюсь этого слова, моему родному Центру – ИМИЦ колопроктологии во главе с его директором Сергеем Ивановичем Ачкасовым, и выразить большую благодарность в принципе за возможность проведения такого исследования и вообще за возможность стоять вот здесь.

Конечно, и безусловно я огромную признательность выражаю своим научным руководителям Владимиру Ивановичу Стародубову, Юрию Анатольевичу Шельгину и однозначно могу сказать, что, если бы не научные руководители, навряд ли это исследование было бы проведено.

Особые слова я бы хотела сказать Юрию Анатольевичу. Юрий Анатольевич – это такой человек, который абсолютно незаметным способом может выразить желание в человеке работать, исследовать, что-то делать всё больше и больше и желание делать всё лучше и лучше. И эта такая скрытая стимуляция, безусловно, очень работает. И, конечно, я очень благодарна за всё то, я даже не могу сосчитать, какое количество времени было уделено, я уже даже не могу сказать, сколько поездок было осуществлено не только мною и не только коллегами, но и лично Юрием Анатольевичем в те самые дальние регионы, будь то Сахалин, Хабаровск, Мурманск и т.д. За это я, конечно, безмерно благодарна и низкий поклон!

Конечно, безусловно всем коллегам нашего Центра, сейчас речь идет вроде бы об исследовании Куловской Дарьи Павловны, но на самом деле это исследование, если можно

так сказать, командное, очень много сотрудников нашего Центра – кто-то выезжал в регионы, врачи-эндоскописты, которые выполняли непосредственно эндоскопические исследования, проводили мастер-классы, врачи-хирурги, врачи-онкологи, которые осуществляли эти лекции. В целом это большая-большая коллективная работа. И мне просто посчастливилось переложить эту работу на бумагу и оформить в виде исследования. Конечно, не могу не отметить такого, можно я так скажу чуть-чуть по-простому, Человека с большой буквы – это Сергей Алексеевич Фролов. Все мои страдания, все мои какие-то стенания были адресованы Сергею Алексеевичу, он всегда находил слова поддержки и поддерживал меня все эти годы и продолжает поддерживать сейчас, за что я безмерно очень-очень сильно благодарна.

Конечно, мне было безумно приятно выслушать оппонентов и официальных, и неофициальных. Мне кажется, что у меня даже появился легкий румянец от такого большого количества лестных и приятных слов в свой адрес. Я очень вам благодарна и всем членам диссертационного совета за присутствие, за потраченное время на это.

И я могу завершить только словами благодарности: коллеги, всем большое спасибо за возможность быть здесь сегодня здесь и сказать вам об этом исследовании! Спасибо.

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

Хорошо, пожалуйста, можно присесть в зал.

И мы приступаем к голосованию. Для этого нам нужно избрать счетную комиссию. Поступило такое предложение: Иван Васильевич Костарев, Олег Иванович Сушков и Алексей Алексеевич Пономаренко. Кто «за», просьба проголосовать. Против? Воздержавшихся? – Нет. (Члены совета голосуют. Состав счетной комиссии утверждается единогласно).

Пожалуйста.

*/перерыв для тайного голосования/*

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

Пожалуйста, председателем Иван Васильевич выбран, сейчас он нам доложит результаты голосования.

Д.м.н. И.В. Костарев: Уважаемые члены диссертационного совета, уважаемые коллеги! Результаты голосования. Протокол № 3 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 26 февраля 2026 года. Состав избранной комиссии: члены диссертационного совета И.В. Костарев, О.И. Сушков, А.А. Пономаренко. 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. Присутствовало на заседании 19 членов совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации – 18. Роздано бюллетеней – 19, осталось не розданных – 3, оказалось в урне – 19.

Результаты голосования по возбуждению ходатайства по присуждению ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9. «Хирургия», 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза»: «за» - 19, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Мы должны протокол открытым голосованием. 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 ли какие-то замечания? (Нет).

И позвольте, я тогда прочитаю резюме совета по кандидатской диссертации Куловской Дарьи Павловны «Риск-ассоциированная модель скрининга колоректального рака». 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».

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

Тогда мы можем поздравить в очередной раз Дарью Павловну с присвоением ученой степени кандидата наук!

Есть ли какие-либо замечания по ведению диссертационного совета? – Нет.

Тогда всё. Спасибо всем!

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



26 февраля 2026 г.