

**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

Мингазова Айрата Фанилевича

«Предикторы колэктомии у пациентов со сверхтяжелой атакой язвенного колита»,
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 3.1.9 «Хирургия»
от 20 июня 2024 г.

Заместитель председателя
диссертационного совета 21.1.030.01
доктор медицинских наук

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук



С.А. Фролов

Е.С. Суворегин

Москва – 2024 г.

Присутствовали следующие члены диссертационного совета:

1	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
2	Суровегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9
3	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
4	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
5	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
6	Горский В.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
7	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
8	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9
9	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
10	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9
11	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
12	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9
13	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9

Заместитель председателя Диссертационного Совета д.м.н. С.А. Фролов:

Мы приступаем ко второй части нашего сегодняшнего заседания. У нас поступила диссертация Мингазова Айрата Фанилевича «Предикторы колэктомии у пациентов со сверхтяжелой атакой язвенного колита», представленная по специальности 3.1.9 «Хирургия».

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Сергей Иванович Ачкасов.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор Андрей Андреевич Гуляев и доктор медицинских наук, доцент Николай Николаевич Коротких.

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы».

Совет у нас 19 человек. Присутствует на заседании 13, то есть кворум есть. Мы вправе начать защиту.

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

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

Уважаемые коллеги! Соискатель Мингазов Айрат Фанилевич родился в 1994 году. В 2018 году завершил обучение в Самарском государственном медицинском университете по специальности «Лечебное дело». В том же году он поступил в клиническую ординатуру по специальности «Колопроктология» в НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих, а в 2020 году поступил в аспирантуру на кафедре колопроктологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. В 2021 году он поступил на работу в должности врача-колопроктолога, младшего научного сотрудника в отделение онкологии и хирургии ободочной кишки Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих.

В настоящее время соискатель Мингазов Айрат Фанилевич подготовил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Предикторы колэктомии у пациентов со сверхтяжелой атакой язвенного колита».

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

При проверке в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составила 84.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Есть вопросы к ученому секретарю по представленным документам? Если нет, тогда, пожалуйста, Айрат Фанилевич, Вам слово для предоставления материалов исследования.

А.Ф. Мингазов в течение 16 минут изложила основные положения диссертационной работы, иллюстрирую доклад слайдами.

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

К.м.н. Д.В. Алешин: Айрат Фанилевич, скажите, пожалуйста, почему в критерии проспективного исследования не включался уровень гемоглобина?

Ответ: Денис Викторович, этот фактор мы сочли не таким значимым в сравнении с эндоскопией и альбумином. И мы зачастую видели, что у пациентов с характерной эндоскопической картиной и при выраженной гипоальбуминемии все-таки сохранялись высокие показатели гемоглобина. И для того, чтобы оставить эту группу больных и исследовать их, мы включали их в исследование.

К.м.н. Д.В. Алешин: В отношении эффективности лечения по индексу Мейо почему именно 30% снижение, на основании чего Вы именно такой эффект принимали во внимание?

Ответ: Данное снижение 30% снижения индекса выбрано на основании клинических исследований в этой области. И это общепринятый фактор.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Пожалуйста, еще вопросы.

Аспирант отдела онкологии и хирургии ободочной кишки Б.Р. Каланов: Айрат Фанилевич, скажите, пожалуйста, как было установлено тотальное поражение язвенным колитом, если пациентам выполнялась только сигмоскопия?

Ответ: Всем пациентам при включении в исследование действительно выполнялась исключительно сигмоскопия ввиду высокого риска осложнений. Однако, всем тем пациентам, которые ответили на консервативную терапию, всем им выполнена контрольная колоноскопия, а в случае выполнения хирургической операции протяженность поражения оценивалась макроскопически, то есть при колоноскопии и макроскопически.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Иван Васильевич дальше.

Д.м.н., И.В. Костарев: Айрат Фанилевич, скажите, пожалуйста, среди 74 ретроспективно оцененных пациентов были ли пациенты, у которых развились осложнения в виде перфорации, дилатации, кровотечения? Или это были пациенты без этих осложнений со сверхтяжелой формой колита?

Ответ: Дело в том, что ретроспективный анализ был выполнен в 2017 году как раз в тот год, в котором был и введен в клинические рекомендации термин «сверхтяжелая атака

язвенного колита». И соответственно вся эта группа больных велась как тяжелая атака язвенного колита. Среди них острые хирургические осложнения были у 7 пациентов.

Д.м.н. И.В. Костарев: И второй вопрос тогда: оценивали ли Вы у них показатели, и отличались ли от тех пациентов, у которых не было хирургических осложнений?

Ответ: Такого субанализа выполнено не было. Но опираясь на данные проспективного исследования, следует отметить, что действительно у тех пациентов, и еще один вопрос. развились осложнения, у них эндоскопические изменения были либо более глубокие, либо более протяженные и соответственно в уровень гипоальбуминемии был значительно глубже.

Д.м.н. И.В. Костарев: И еще один вопрос: кто принимал решение о колэктомии? Это решение принимал хирург на основании полученных показателей, отсутствия улучшения этих показателей? И были ли пациенты, которые все-таки отказывались от хирургического лечения?

Ответ: В отношении всех пациентов, которые были в этом исследовании, все решения принимались совместным консилиумом с гастроэнтерологами, прежде всего, потому что ответное слово было за ними. И соответственно отказов от операции не было, потому что все случаи необходимости хирургического вмешательства были жизнеугрожающими, и мы беседовали с больными.

Д.м.н. И.В. Костарев: То есть Вы оценивали, что не происходит повышения альбумина, при этом состояние пациента оставалось примерно схожим с тем, каким он поступил, и принимали решение о колэктомии?

Ответ: Нет, здесь, прежде всего, оценивалось наличие или отсутствие клинического ответа, соответственно если клинический ответ у пациента отсутствовал, то вслед за этим анализировались его лабораторные показатели. И если мы совместно с гастроэнтерологом видели отсутствие клинического ответа вместе с усугублением тех показателей, которые мы анализируем, в этом случае принимали решение о хирургическом лечении.

Д.м.н. И.В. Костарев: Если был клинический ответ, о показатели оставались теми же, что в этом случае предпринималось?

Ответ: Если был клинический ответ, тогда пациент продолжал гормональную терапию в соответствии с рекомендациями до 7-х суток. Далее, если у него присутствовал клинический ответ также и на 7-е сутки, соответственно дальше снижалась дозировка гормональной терапии, и далее уже пациенты, вероятнее всего, выписывались.

Д.м.н. И.В. Костарев: Просто в ходе доклада про клинический ответ как-то на фоне анализа показателей он как-то затушевывается, поэтому все-таки была такая оценка клинического ответа?

Ответ: Да, конечно.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Иван Васильевич как раз предвосхитил мой вопрос, как все-таки принималось решение оперировать или нет. Действительно не присутствовало в слайдах, что наряду с предикторами учитывался еще и клинический ответ именно, тогда уже принималось решение. Так я понял?

Ответ: Да, всё верно, Сергей Алексеевич.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Спасибо. Пожалуйста, Дмитрий Геннадьевич.

К.м.н. Д.Г. Шахматов: Возможно, это не входило в Ваши материалы, но все-таки, может быть, прозвучало не так четко по поводу отслеживания результатов колэктомии и в таком случае Ваше отношение к этому. То есть колэктомия здесь поставлена во главу угла – это что, это какой-то отчаянный шаг, вынужденная мера или, наоборот, может быть, относиться к этой операции, как к благу для тех пациентов, которые обречены и всё равно будут подвержены этому вмешательству? Это первый вопрос.

И второй вопрос, тоже он немножко так в стороне, тем не менее, в настоящее время, уже проведя эту работу, нет ли у Вас ощущения, что возможны еще какие-то дополнительные критерии оценки, в частности, эндоскопическая картина, может ли она быть дополнительно с помощью, допустим, таких технологий, как обработка изображений, с помощью искусственного интеллекта продвинута? Или эта шкала UCEIS, которая использовалась, она выработала свой ресурс?

Вот такие два вопроса.

Ответ: Дмитрий Геннадьевич, отвечаю на первый вопрос. Все колэктомии в этой ситуации, подавляющее большинство, выполнялись по поводу urgentных состояний, и фактически это оценивалось как хирургия спасения. Что касается результатов, подавляющему большинству этих пациентов в условиях Центра были выполнены реконструктивно-восстановительные операции по формированию резервуара, и в подавляющем большинстве случаев закрыты стомы, и было достигнуто качество жизни приемлемого уровня.

Что касается второго вопроса, да, конечно, одним из самых лежащих на поверхности аспектов является более глубокая оценка эндоскопических изменений, а именно здесь в исследовании это анализировалось очень дихотомно, то есть, есть обширные язвенные дефекты либо их нет. Однако, вероятно, существенное значение имеет также имеет обширность (я имею в виду протяженность) этих изменений, диаметр этих язвенных дефектов, глубина язвенных дефектов. И, конечно, в этом отношении системы искусственного интеллекта смогли бы нам в этом помочь. И что касается также этого вопроса, важно сказать, что в нашей практике в наших клинических рекомендациях

рекомендуется оценивать эндоскопическую картину в соответствии со шкалой Schroeder, однако, она не совсем отвечает нашим требованиям, и вот эта шкала UCEIS только-только входит в нашу практику.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Пожалуйста, еще вопросы.

Д.м.н. И.В. Костарев: Еще один вопрос я хотел бы спросить. Удалось ли снизить летальность, учитывая все эти показатели, в сравнении с ретроспективной группой, с теми 74 пациентами, которые были прооперированы и оценены ретроспективно?

Ответ: Всё дело в том, что проспективное исследование было сугубо наблюдательным. То есть, фактически возможно в той группе присутствовали те же самые больные и, к сожалению, летальность осталась на том же самом уровне. То есть здесь в этом исследовании мы смотрели всего лишь за результатами, которые происходят с этими больными. Возможно, при выполнении дальнейших исследований в случае внедрения какой-то более оправданной тактики ведения этих больных, скорее всего, мы сможем снизить этот показатель.

Д.м.н. И.В. Костарев: Не свидетельствуют ли эти показатели о том, что мы опоздали, и что, возможно, надо было брать раньше этих пациентов? Если не удалось снизить летальность, то программируемая оценка показателей что дает в этом случае?

Ответ: В этой ситуации в нашем исследовании, к сожалению, погибло 2 больных, и оба пациента погибли в результате развития у них острых осложнений язвенного колита в виде дилатации, и погибли они уже от хирургических осложнений. Здесь одним из таких наиболее весомых факторов, которые мы уже видим сейчас в результате выполненной работы, и которые, конечно, хотелось бы оценить в дальнейшем – это фактор времени от момента возникновения и обострения, то есть именно самой тяжелой атаки. Возможно, если начать гормональную терапию раньше, то вероятно мы сможем улучшить исходы. А что касается сверхтяжелой атаки язвенного колита, то целью этого исследования было показать необходимость создания конкретных алгоритмов и системы по ведению этих больных. И, возможно, дальнейшие исследования ответят на Ваш вопрос, но пока нет, к сожалению.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Еще вопросы есть? У меня один тогда. Наряду с клинической картиной и лабораторной эндоскопический контроль в динамике лечения Вами применялся? И с каких суток он целесообразен?

Ответ: Сергей Алексеевич, эндоскопический контроль выполнялся, однако, эндоскопический контроль выполняется уже как раз-таки после достижения пациентом 7-х суток. И если на 7-е сутки отсутствует ответ и ухудшаются лабораторные показатели, то

данному пациенту или же инициировалась терапия второй линии, или же они оперировались. А всем остальным, как правило, выполнялась контрольная колоноскопия для оценки динамики изменений, и также это являлось в том числе в ряде случаев фактором, который влиял на принятие решений.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Еще есть вопросы? Пожалуйста, Олег Иванович.

Д.м.н. О.И. Сушков: Айрат Фанилевич, скажите, пожалуйста, а все-таки в отделении сверхтяжелой атаки язвенного колита в настоящий момент есть такая потребность?

Ответ: Это очень глубокий философский вопрос. Что касается в целом ведения этой группы больных, данное исследование показало, что данная группа больных характеризуется аномально высокими показателями развития у них острых осложнений язвенного колита, а также высокой частотой гормональной резистентности. Такая потребность есть, учитывая такое особое положение этих больных. Потому что важно отметить, что в нашем исследовании хирургическое вмешательство было выполнено 68% больных во время их госпитализации, и этот показатель сохранился в течение 12 месяцев. То есть определенно есть группа больных, которая характеризуется особой тяжестью этого заболевания. И именно предложенные нами критерии позволяют выделить эту форму для того, чтобы нам применить к ним более агрессивный подход в лечении, прежде всего, с более ранней оценкой эффективности. И надо сказать, что в результате выполненного исследования в клинические рекомендации уже сейчас введены данные о том, что эффективность терапии по отношению к пациентам со сверхтяжелой атакой язвенного колита следует оценивать каждые сутки, то есть уже есть более агрессивный подход в лечении этой группы больных.

Д.м.н. О.И. Сушков: Правильно ли я понял, что точки оценки 3 и 7 суток это в принципе суррогатные точки, и пациенты оценивались, может быть, неформально в течение всего периода нахождения?

Ответ: Да, конечно, мы оценивали этих пациентов каждые сутки, потому что иногда зачастую эти пациенты находились либо в гастроэнтерологическом отделении и иногда сразу в хирургическом, а иногда и в отделении интенсивной терапии, поэтому естественно осуществлялся ежесуточный контроль.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Еще есть вопросы или достаточно? Достаточно. Пожалуйста, садитесь.

Слово предоставляется научному руководителю.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. С.И. Ачкасов: Глубокоуважаемый Сергей Алексеевич, глубокоуважаемые коллеги! Мне достаточно легко характеризовать Айрата Фанилевича, потому что, когда я с ним познакомился, я был руководителем отдела, он

пришел в ординатуру, я сразу обратил на этого молодого человека внимание, потому что он продемонстрировал хорошее базовое медицинское образование, он сразу взялся за процесс обучения, и я увидел, что он хочет стать не просто врачом, а хочет стать хорошим врачом. А дальше он продемонстрировал желание заниматься научными исследованиями, и как мне представляется, очень преуспел в этом плане. Потому что было организовано необычное исследование мультицентровое, зарегистрировано на ClinicalTrials.gov, долго мы бились насчет дизайна исследования. И он принимал во всем этом активное участие, демонстрируя очень выраженную инициативу. Более того, когда он увидел, что ему недостаточно знаний по медицинской статистике, он пошел на курсы медицинской статистики. Когда он увидел, что ему недостаточно знаний английского языка, он пошел на курсы английского языка. Уже было понятно, что он пойдет в аспирантуру. И в аспирантуре ему недостаточно было знаний по онкологии, и он закончил вторую клиническую ординатуру по онкологии. Мне это очень импонирует, потому что я вижу, что человек самосовершенствуется. Это касается его деловых качеств.

Что касается его человеческих качеств, он очень порядочный, воспитанный человек, хороший семьянин и пользуется уважением у врачей, у медицинского коллектива и у пациентов.

Поэтому я даю положительную характеристику диссертанту.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо, спасибо. Слово ученому секретарю для представления дополнительных документов, поступивших в совет.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суровегин: Уважаемые коллеги! Апробация диссертации прошла 30 декабря 2023 года на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отдела общей колопроктологии и отдела онкологии и хирургии ободочной кишки Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, также кафедры колопроктологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования.

На заседании диссертационного совета от 7 марта 2024 г. (протокол № 2) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук Кашникова В.Н., доктора медицинских наук, профессора РАН Рыбакова Е.Г. и доктора медицинских наук Чернышова С.В.

Диссертация была принята к защите на заседании диссертационного совета 17 апреля 2024 года (протокол № 3). Она получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

По теме диссертации соискатель имеет 4 научные печатные работы, в которых отражены основные положения диссертации.

Получены следующие отзывы: это отзывы официальных оппонентов Гуляева Андрея Андреевича, доктора медицинских наук, профессора, главного научного сотрудника отделения неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы; и Коротких Николая Николаевича, доцента кафедры специализированных хирургических дисциплин Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Они будут озвучены чуть позже.

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

Получен также отзыв на автореферат кандидата медицинских наук, заместителя главного врача по медицинской части по работе Центра колопроктологии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Государственная клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения города Москвы» Виноградова Юрия Алексеевича. Он также положительный и критических замечаний не содержит.

Других отзывов на диссертацию и автореферат не поступало.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Есть ли какие-то вопросы по дополнительным документам, представленным в совет? Если нет, тогда, пожалуйста, официальный оппонент Андрей Андреевич Гуляев. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Пожалуйста, ответьте официальному оппоненту.

А.Ф. Мингазов: Глубокоуважаемый Андрей Андреевич! Хотелось бы выразить огромную благодарность за Ваш выполненный анализ и такое многогранное исследование данной работы. Спасибо!

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: По объективным причинам второй оппонент Коротких Николай Николаевич у нас не смог приехать. Поэтому

Евгений Сергеевич зачитает его отзыв. (Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Раз замечаний и вопросов нет, тогда отвечать не на что.

Пожалуйста, кто хочет выступить в качестве неофициального оппонента?

К.м.н. Д.В. Алешин: Добрый день, уважаемые коллеги! Актуальность исследования, на мой взгляд, конечно, несомненна и с точки зрения пациентов, поскольку цель именно в снижении риска таких, в том числе фатальных осложнений, и для системы здравоохранения, безусловно, с точки зрения попытки снижения затрат на дорогостоящее и, возможно, бесполезное лечение этих самых пациентов.

Диссертация, несомненно, обладает многочисленными достоинствами. И в том числе мне очень понравился и дизайн диссертации – такой дизайн исследования сложный, но в то же время продуманный и логичный, и то, что исследование ретроспективное вытекает из метаанализа, а проспективное исследование призвано проверить результаты ретроспективного.

И практическая значимость исследования тоже, на мой взгляд, очень велика, причем опять же как для пациентов, так и для системы здравоохранения. Потому что в том числе то, что это возможно не прозвучало в докладе, но результат исследования таков для пациента, что все-таки несмотря даже на наличие сверхтяжелой атаки язвенного колита 30% пациентов, в общем-то, в конечном итоге могут избежать хирургического лечения благодаря достижению современной в основном биологической терапии, что, на мой взгляд, для пациентов это такой очень важный результат, то есть проверка 100%-ной вероятности колэктомии для сверхтяжелой атаки язвенного колита, выявленной в ретроспективном исследовании, в результате в проспективной части реализована только в 70% случаев. И на мой взгляд, это очень важно и это такой существенный практический результат этой работы.

Поэтому, на мой взгляд, работа, безусловно, соответствует всем требованиям, предъявляемым к диссертациям, а Айрат Фанилевич достоин присуждения звания кандидата медицинских наук.

Спасибо.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Спасибо. Следующее у нас, пожалуйста, заключительное слово.

А.Ф. Мингазов: Я хотел бы выразить слова огромной благодарности своему руководителю и собственно директору Центра Сергею Ивановичу Ачкасову, также Юрию Анатольевичу

Шельгину и руководителю отдела Сушкову Олегу Ивановичу за предоставленную возможность выполнить эту работу в стенах этого учреждения.

Также огромное спасибо всему коллективу отдела онкологии и хирургии ободочной кишки. И также отдельная благодарность коллективу отделения гастроэнтерологии.

Спасибо!

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. для дальнейших наших действий нам нужно избрать счетную комиссию. Поступило предложение избрать счетную комиссию в таком составе: Костарев Иван Васильевич, Чернышов Станислав Викторович и Рыбаков Евгений Геннадиевич. Кто за данный состав счетной комиссии? */проводится голосование, члены Диссертационного Совета единогласно утверждают состав счетной комиссии/*

Пожалуйста, комиссии можно приступить к работе. У членов совета есть проект заключения, можно посмотреть, пока идет голосование, чтобы внести свои замечания.

/перерыв для тайного голосования/

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Всё готово. Пожалуйста, Иван Васильевич.

Д.м.н. И.В. Костарев: Протокол № 3 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 20 июня 2024 г. Состав избранной комиссии: И.В. Костарев, С.В. Чернышов, Е.Г. Рыбаков. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Мингазова Айрата Фанилевича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия». Состав диссертационного совета утвержден в количестве 19 человек. Присутствовало на заседании 13 членов совета, в том числе докторов медицинских наук по рассматриваемой диссертации – 12. Роздано бюллетеней – 13. Осталось не розданных бюллетеней – 6. В урне оказалось 13 бюллетеней.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия»: «за» - 13, «против» - нет, недействительных бюллетеней – нет.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: Хорошо. Мы должны утвердить результаты работы счетной комиссии открытым голосованием. Кто «за»? Против? Воздержавшихся? Нет.

/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н. С.А. Фролов: По поводу заключения, которое было роздано, есть какие-то замечания у членов диссертационного совета? (Замечаний не поступило).

Тогда позвольте, я зачитаю резюмирующую часть. Представленная к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем хирургии, является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенное автором исследование содержит решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения больных со сверхтяжелой атакой язвенного колита.

Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым 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. Постановлений Правительства РФ №335 от 21.04.2016 г., № 748 от 02.08.2016 г.), а сам автор Мингазов Айрат Фанилевич достоин присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия».

Кто за данный проект заключения диссертационного совета, просьба проголосовать. Против? Воздержавшихся? Нет. (Проект заключения утверждается единогласно).

Если нет замечаний по ведению совета, то нам остается только поздравить Айрата Фанилевича с его сегодняшней успешной защитой.

Заседание совета объявляется закрытым.

Заместитель председателя
диссертационного совета 21.1.030.01,
доктор медицинских наук



С.А. Фролов

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

20 июня 2024 г.