

**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 № 1**

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

Минздрава России по защите диссертации

Мухина Ивана Анатольевича

**«Оценка функции анального сфинктера до и после геморроидэктомии»,
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальностям 3.1.9 «Хирургия», 3.3.3. «Патологическая физиология»
от 03 апреля 2025 г.**

Председатель диссертационного
совета 21.1.030.01
академик РАН, д.м.н., профессор

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2025 г.

Присутствовали следующие члены диссертационного совета:

1.	Шелыгин Ю.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.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
5.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
6.	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
8.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
9.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9.
10.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
11.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9.
12.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
14.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9.
15.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
16.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9.
17.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.

Дополнительно введенные члены диссертационного совета

18.	Панина М.И.	доктор медицинских наук	3.3.3.
19.	Чаусова С.В.	доктор медицинских наук	3.3.3.
20.	Пономарева Н.В.	доктор медицинских наук	3.3.3.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Коллеги, добрый день! Я хотел напомнить, что у нас предполагается заседание диссертационного совета для защиты диссертации по двум специальностям «Хирургия» и «Патологическая физиология». В связи с этим по процедуре мы должны ввести в наш диссертационный совет 3 члена диссертационного совета по специальности «Патологическая физиология»:

1) Панина Марина Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры патофизиологии и клинической патофизиологии Института биологии и патологии человека ФГАОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет);

2) Чаусова Светлана Витальевна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой общей патологии медико-биологического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет);

3) Пономарева Наталия Васильевна, доктор медицинских наук, заведующая лабораторией возрастной физиологии мозга и нейрокибернетики ФГБНУ «Научный центр неврологии».

Я хотел бы тогда попросить проголосовать членов диссертационного совета за то, чтобы ввести 3 введенных членов диссертационного совета. Кто за данное предложение, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Таким образом, наш диссертационный совет сейчас насчитывает 22 члена, потому что у нас базовый диссертационный совет при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии» состоит из 19 человек, сейчас у нас, таким образом, вместе 22 члена диссертационного совета. Присутствует в настоящий момент 20 членов диссертационного совета. У нас кворум есть. И, таким образом, мы с вами имеем право провести заседание.

И я напомню, что поступила в диссертационный совет и представлена к защите на соискание ученой степени кандидата наук работа «Функция анального сфинктера до и после геморроидэктомии» по двум специальностям 3.1.9. «Хирургия» и 3.3.3. «Патологическая физиология» Мухина Ивана Анатольевича.

Научным руководителем является Вышегородцев Дмитрий Вячеславович, который идет у нас как научный руководитель по специальности «Хирургия», и Фоменко Оксана Юрьевна как научный руководитель по специальности «Патологическая физиология».

Официальными оппонентами назначены решением диссертационного совета: доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Стойко и кандидат медицинских наук Индейкина Лилия Хасанбековна.

Ведущей организацией у нас является ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России.

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

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

Уважаемые коллеги! Соискатель Мухин Иван Анатольевич родился в 1990 году, а в 2013 году окончил Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова по специальности «Лечебное дело» и в дальнейшем поступил в клиническую ординатуру по специальности «Колопроктология» на базе Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. В 2015 году зачислен в клиническую аспирантуру также на базе Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. Закончил аспирантуру в 2018 году.

В 2018 году также он поступил на работу в должности врача-колопроктолога консультативной поликлиники нашего Центра.

В настоящее время соискатель Мухин Иван Анатольевич подготовил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме: «Функция анального сфинктера до и после геморроидэктомии».

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

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Есть ли вопросы по документам и биографии? Если нет, тогда, пожалуйста, Иван Анатольевич, Вам предоставляется 20 минут с тем, чтобы изложить основные положения выполненной Вами работы. Пожалуйста.

И.А. Мухин в течение 16 минут изложил основные положения диссертационной работы, иллюстрируемый доклад слайдами.

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

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: У меня тогда такой вопрос, чтобы остальные могли подумать члены диссертационного совета. Я хотел бы, чтобы Вы уточнили, все-таки проведение реабилитации с включением БОС-терапии, тиббиальной нейростимуляции, электростимуляции – это всё включалось в комплекс для всех пациентов? Это проводилось одномоментно или непоследовательно? И тогда расскажите, как это всё раскладывалось, какие показания были к проведению? БОС-терапия, я так понимаю, проводилась всем. Остальные два метода, все-таки я еще раз хочу

подчеркнуть, они проводились вместе или это потом назначалось в результате того, что не было достигнуто желаемого эффекта?

Ответ: Юрий Анатольевич, спасибо большое за вопрос! Консервативная реабилитация включала в себя проведение на ежедневной основе как БОС-терапии, так и электрической, так и тиббиальной стимуляции. Проводилась она всем пациентам без исключения.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Это проводилось как? Расскажите, каким образом? Вы заканчивали сеанс БОС-терапии, которая, я так понимаю, продолжалась 30 минут.

Ответ: Да.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Затем Вы брали, проводили тиббиальную нейростимуляцию в течение какого времени? А затем уже электростимуляция. Или как? Вот эту последовательность не могли бы нам рассказать?

Ответ: Да, это всё было последовательно после окончания БОС-терапии. Фактически сразу проводилась тиббиальная нейромодуляция 30 минут и затем электрическая анальная стимуляция, это всё одним блоком.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Примерно через какой период времени (это следующий вопрос) после окончания оперативного вмешательства в среднем в какие сроки это выполнялось? И соответственно это был только один курс в течение 15 дней или потом, если было неэффективно, повторялись эти курсы?

Ответ: Юрий Анатольевич, спасибо большое за вопрос! Всем пациентам проводился один курс последовательно соответственно с последующей оценкой функциональных результатов. Простите, можно вопрос еще раз повторить?

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Повторные курсы не назначались? Ведь не у всех Вы пациентов даже с впервые выявленной клинически недостаточностью достигли успеха, то есть Вы у половины выявили этот эффект после такого однократного курса в течение 5 сеансов, а у тех, где не были достигнуты эффекты, требовалось ли проведение повторных курсов? Или Вы не имели такой возможности или считали, что это уже не приведет ни к какому эффекту?

Ответ: Юрий Анатольевич, средние сроки обращения в целом в среднем у нас составляли примерно через 3-4 месяца после проведенного оперативного лечения, после окончательной, естественно, эпителизации ран. Всем пациентам после проведенного курса консервативной реабилитации, у кого не удалось достигнуть в полной мере ликвидации клинических проявлений недостаточности анального сфинктера, назначался

дополнительно комплекс лечебно-физкультурных мероприятий, который в среднем назначался на 3 месяца, с последующим обращением к нам с целью оценки уже эффекта. Однако, при анкетировании данной группы пациентов нами было отмечено, что в принципе их устраивало текущее качество жизни. И последующие курсы стимуляции уже в дальнейшем не проводились. То есть несмотря на периодическое недержание газов пациенты устраивало качество жизни, они больше к нам не приходили.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Спасибо. Пожалуйста, вопросы. Сначала с гостей все-таки. Пожалуйста.

Д.м.н., профессор М.И. Панина: Уважаемый Иван Анатольевич! Вы обследовали 500 больных, 60% из них были пациенты мужского пола, и в группу риска с субклинической формой недостаточности анального сфинктера тоже попали пациенты мужчины, примерно одна треть, то есть 18 человек. И Вы проводите анализ этиологических факторов, которые привели к этой исходной функциональной недостаточности анального сфинктера. И оказалось, что у большей части мужчин этиология осталась невыясненной. Уточните, пожалуйста, если у женщин Вы проводили тщательный опрос и акушерско-гинекологический анамнез собирали, то каким образом Вы пытались выяснять этиологические факторы у пациентов мужчин?

И вторая часть этого вопроса: по Вашему мнению или по данным литературы, что же включает перечень этиологических факторов, которые могут привести к исходной функциональной недостаточности анального сфинктера?

Ответ: Спасибо большое! У всех мужчин, которые были включены в исследование, у них естественно оценивался индекс массы тела, предшествующее оперативное лечение, исходно сниженное внутрианальное давление, что могло повлиять в дальнейшем на развитие недостаточности анального сфинктера в послеоперационном периоде. Эти основные факторы соответственно нами были оценены.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Наверное, я тут переведу, извините, вопрос. Он ведь состоит в том, что Вам легко удалось выявить факторы риска у женщин, поскольку известно, видимо, Вы ориентировались, я Вам так предположение мое высказываю, ориентировались, прежде всего, но мы знаем и по литературе, что чаще всего факторами риска недостаточности являются именно роды, которые осложнялись различными разрывами промежности и т.д., соответственно Вы так легко выявляли эти факторы. А у мужчин что Вы анализировали? Какие вопросы Вы задавали? Какие гипотезы, почему? Я правильно ведь перевожу?

Д.м.н., профессор М.И. Панина: Совершенно верно!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Вопрос таким образом сформулирован.

Ответ: Опять-таки основные факторы, которые мы оценивали у лиц мужского пола – это возраст, предшествующее оперативное лечение, наличие сахарного диабета, нарушение мозгового кровообращения, индекс массы тела, наличие рубцовых изменений в том числе оценивалось. Это основные моменты, которые подлежали нашему анализу.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Ранее перенесенное, наверное, оперативное вмешательство, об этом же нужно было сказать.

Д.м.н., профессор М.И. Панина: Да, он сказал.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Сказал? Хорошо, ладно. Вы удовлетворены ответом теперь?

Д.м.н., профессор М.И. Панина: Да, спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Спасибо. Пожалуйста, еще вопросы. Александр Юрьевич.

Д.м.н. А.Ю. Титов: Иван Анатольевич, Вы занимались этой группой пациентов, конечно, погрузились в эту тему достаточно подробно, что видно из доклада. А все-таки какая тактика, по-Вашему, лечения пациентов с геморроем 4 стадии при наличии латентной недостаточности анального сфинктера? Как тактически с ними поступать, может быть, кого-то не оперировать?

Ответ: Александр Юрьевич, спасибо большое за вопрос! На самом деле это очень важно, поскольку нами была выявлена достаточно существенная группа пациентов исходно с латентными нарушениями. И нами же было выявлено, что как раз-таки латентные нарушения представляют наибольший риск в плане развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера. Соответственно к данной группе пациентов, у которых исходно имеется снижение внутрианального давления, подходить нужно очень аккуратно. Почему? Потому что, если у них геморрой 4 Б стадии, у нас вариант лечения геморроя 4 Б стадия – это геморроидэктомия. Но опять-таки с пациентом нужно будет проговаривать, что имеются определенные риски в плане развития недостаточности анального сфинктера. Риск составляет в среднем около 25%. Тактика нами несмотря на выявление латентных нарушений никак не менялась – мы этих пациентов оперировали и затем в дальнейшем наблюдали.

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

Д.м.н. Н.В. Пономарева: Иван Анатольевич, спасибо, интересная работа. Скажите, пожалуйста, Вы не оценивали влияние глюкозы в крови, то есть сахарный диабет, как осложнение, не мог сказываться на развитие недостаточности анального сфинктера?

Спасибо.

Ответ: Спасибо большое! Мы эти моменты опять-таки оценивали, но в нашем исследовании данный фактор не показал каких-либо статистически значимых результатов.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.

Ю.А. Шельгин: Хотя теоретически можно предполагать, конечно, и есть такие работы. Но в данном случае, я так понимаю, что это не достигло статистически значимых значений, наверное, так.

Пожалуйста, Иван Васильевич.

Д.м.н. И.В. Костарев: Иван Анатольевич, скажите, пожалуйста, у Вас в структуре перенесенных ранее вмешательств у 17 пациентов была открытая геморроидэктомия, и соответственно анализировали ли Вы у этих пациентов – исходно было снижение давления в анальном канале до операции, и повлияло ли это в последующем на развитие недостаточности? Это первый вопрос.

Ответ: Мы проанализировали данную группу пациентов. Стоит отметить, что они были прооперированы в многопрофильных стационарах, и соответственно спустя какое-то время к нам обратились. У 10 пациентов, а это были лица мужского пола, и на фоне тяжелой физической работы они отметили появление жалоб. И также в эту группу вошли 7 женщин, у которых ранее были роды, и на фоне соответственно естественных родов произошло усугубление геморроя, они обратились к нам. При анализе функциональных результатов у 5 пациентов отмечалось снижение показателей внутрианального давления. Однако, в дальнейшем в послеоперационном периоде ни у кого из данной группы не выявлено развития недостаточности анального сфинктера.

Д.м.н. И.В. Костарев: В таком случае еще скажите, как продолжение, всё ж таки далеко не во всех клиниках можно исходно сделать сфинктерометрию или профилометрию до вмешательства, если все-таки мы имеем пациентов, у кого подозрение на снижение функциональности сфинктера, какое альтернативное вмешательство Вы предложите при 4 Б стадии геморроя или все-таки будете делать это вмешательство с последующей реабилитацией?

Ответ: Опять-таки мы с пациентом должны проговорить все варианты лечения, мы должны оценить стадию заболевания. Если это 4 А стадия, когда имеется разграничение между наружными и внутренними геморроидальными узлами, в этом случае мы можем предложить проведение дезартеризации геморроидальных узлов, что, по данным ряда

авторов, более щадяще сказывается на функцию запирающего аппарата прямой кишки. При 4 Б стадии опять-таки мы здесь ограничены тем, что данной категории пациентов выполняется геморроидэктомия. И с пациентами мы должны проговаривать, что есть опять-таки риски развития определенных осложнений, которые могут потребовать проведения дальнейшей консервативной реабилитации.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.

Ю.А. Шельгин: А все-таки по данным литературы, Вы ведь ее тщательно анализировали, возможно ли, предположим, операцию Лонго предложить такого рода даже при 4 Б стадии? В принципе ведь в литературе такие данные есть. И в таком случае насколько приемлемо в такой группе риска применять эту операцию? Я как пример привел.

Ответ: Опять-таки мы должны оценивать все жалобы пациента. Возможно применение операции Лонго, но риск рецидива составляет более 50%. Также стоит тщательным образом анализировать жалобы, что же все-таки пациента беспокоит – либо это выделение крови, либо это действительно дискомфорт от выпадения узлов, потому что также при 4 Б стадии возможно проведение малоинвазивного лечения, а именно склерозирование геморроидальных узлов, что примерно в 26% дает определенную эффективность и при этом не приводит к развитию недостаточности анального сфинктера.

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

Спасибо. Пожалуйста, еще вопросы. Пожалуйста, Евгений Сергеевич.

К.м.н. Е.С. Суровегин: У меня два коротких вопросов.

Первый вопрос: почему Вы выбрали такой метод операции, как геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем всем пациентам? Я думаю, что Вы ответите на него.

И второй вопрос: я не увидел информацию, были ли у пациентов отдаленные какие-то осложнения (длительно незаживающие раны), и как это коррелировало с функцией анального сфинктера?

Ответ: Выбор методики обоснован тем, что ультразвуковой скальпель все-таки обладает более щадящим действием на окружающие ткани и, по данным ряда авторов, опять-таки наименее снижается внутрианальное давление после данной методики. Соответственно с этой целью мы ее использовали. Также геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем приводит к снижению сроков госпитализации пациентов.

Что касается отдаленных осложнений, то у 31 пациента нами к 45-му дню были выявлены длительно незаживающие раны, нами была скорректирована консервативная терапия. И соответственно в среднем к 75-м суткам после проведения оперативного лечения удалось достигнуть полной эпителизации раны. У данной категории пациентов, у которых были длительно незаживающие раны, опять-таки нами не отмечено развития послеоперационной

недостаточности анального сфинктера. И также к 45-му дню при выполнении УЗИ ректальным датчиком у 1 пациента был выявлен задний неполный внутренний свищ, что потребовало дальнейшего оперативного лечения. Была проведена операция также в нашей клинике, и примерно на 35-е сутки удалось добиться полной эпителизации раны.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Вы удовлетворены ответами?

К.м.н. Е.С. Суровегин: Спасибо большое!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Спасибо. Пожалуйста, есть ли еще вопросы среди присутствующих, среди членов диссертационного совета? Если нет, тогда спасибо.

И мы хотим предоставить слово научным руководителям, у нас целых два научных руководителя. Поэтому я тут, извините, уже без гендерного такого отличия, потому что все-таки основная научная специальность – это «Хирургия», тогда, Дмитрий Вячеславович, прошу Вас выступить и охарактеризовать Вашего подопечного. Пожалуйста.

Д.м.н. Д.В. Вышегородцев: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Ивана Анатольевича мы знаем уже довольно давно. Он к нам пришел в 2013 году, то есть уже 12 лет как он работает в нашем Институте, на сегодняшний день он постоянный сотрудник врач-колопроктолог. Он закончил ординатуру. И уже на первых своих этапах он проявил трудолюбие, которое было отмечено всеми сотрудниками, освоил почти все методики хирургических операций общепроктологических, снискал доверие Института, закончил аспирантуру и, в общем-то, погрузился в научную работу.

Надо сказать, что для выполнения этой работы ему потребовалось глубокое погружение в патологическую физиологию, что он блестяще выполнил.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Давайте мы оставим какую-то информацию Оксане Юрьевне.

Д.м.н. Д.В. Вышегородцев: Да, прошу прощения. Но все-таки есть к нему небольшое замечание – по-моему, он слишком затянул с этой научной работой, очень много переделывали, переписывали, корректировали. Но, как говорит известная мудрость, дорогу покоряет идущий, и наконец-то Иван Анатольевич пришел к сегодняшнему дню.

Сегодня он представляет на ваш суд эту работу. И, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, вы должны оценить эту работу.

Спасибо.

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

Д.м.н. О.Ю. Фоменко: Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Я тогда, позволяю, упущу ту часть, которую Дмитрий Вячеславович уже сказал, потому что его слово было первым. И несмотря на то, что большая часть работы – это, конечно, хирургия, мы не отрицаем, но для меня работа Ивана Анатольевича представляет колоссальный интерес, и я очень тепло к ней отношусь даже несмотря на тот длительный период общения, который можно было бы, конечно, и сократить.

Суть заключается в том, что очень четко проведено в работе клиническое значение функциональных методов исследования даже при таком заболевании, как геморроидальная болезнь. И нам важно понять, что функцию запирающего аппарата надо оценивать до проведения оперативных лечений. Прогностически это очень важно и впоследствии будет подводить к персонализированному подходу в лечении пациентов, что улучшит качество их жизни.

И вторая, наверное, часть, которая для меня более перспективна и более интересна, Наталия Васильевна, это к Вам, потому что я думаю, что только благодаря этой работе и благодаря Вашему вопросу, который попал абсолютно в корень, патогенез функциональной недостаточности становится чрезвычайно интересным. И, безусловно, в рамках этой работы он не должен был быть охвачен, поскольку это бы увело нас дальше и, может быть, и запутало. Но мы прекрасно понимаем, что даже у пациентов с таким распространенным заболеванием, как геморрой, казалось бы, всё ясно и всё просто, мы должны понимать, что изначально может быть функциональная недостаточность, ее генез – это пудендальная нейропатия. У пудендальной нейропатии генез многогранен, мы должны изучать проблемы нарушения иннервации на уровне мышц тазового дна, а также вопросы МРТ пояснично-крестцового отдела с выявлением соответствующих возможных изменений.

Таким образом, эта работа имеет дальнейший научный выплеск, дальнейшее понимание, казалось бы, на том уровне, когда уже всё ясно. И это очень важно, это очень ценно, и важно, что Иван Анатольевич эти вопросы смог каким-то образом обнажить.

Поэтому работа сделана. Мне кажется, она клинически и научно очень важна. И я надеюсь, что это будет иметь подтверждение в дальнейшем у пациентов колопроктологического профиля.

Большое спасибо!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Оксана Юрьевна, конечно, Вы раскрыли всю глубину работы. Но в основном, я в дальнейшем обращаюсь к научным руководителям, Вы должны только охарактеризовать исполнителя данной работы, но никак не сложности, проблемы и т.д. Потому что тут уж судить членам диссертационного совета и присутствующим. Я прошу,

извините, что я об этом говорю, но очень коротко прозвучало, что справился, я перевожу тогда Ваше выступление, если это позволительно и позволят члены диссертационного совета, и все-таки очень тщательно подходил к анализу литературы и хотел максимально раскрыть. Это трудолюбие – это очень хорошая черта. Я правильно перевел?

Д.м.н. О.Ю. Фоменко: Абсолютно правильно! И трудолюбие, и возможность доведения до конца этой работы. Спасибо.

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

Теперь я хотел бы предоставить слово ученому секретарю с тем, чтобы сообщить о тех отзывах и т.д., что находятся у нас в деле. Пожалуйста.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суровегин: Уважаемые коллеги! Апробация диссертации прошла на заседании Ученого совета Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России 19 июля 2024 года.

При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста составила 74%. На заседании диссертационного совета от 25 ноября 2024 года (протокол № 12) избрана комиссия для проверки диссертации на соответствие специальности. Комиссия состояла из докторов медицинских наук Титова А.Ю., Костарева И.В. и Пономаренко А.А. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите. Она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 27 января 2025 года (протокол № 2).

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 4 научные работы, в которых отражены основные положения выполненной диссертации.

Получены следующие отзывы: это отзывы официальных оппонентов Стойко Юрия Михайловича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой хирургии с курсом хирургической эндокринологии Института усовершенствования врачей Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и Индейкиной Лилии Хасанбековны, кандидата медицинских наук, заведующей лабораторией функциональной диагностики заболеваний кишечника Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы». Они будут озвучены самими оппонентами.

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

Вишневого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, подписанный академиком РАН, профессором, доктором медицинских наук Ревитшвили Амираном Шотаевичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

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

Другие отзывы в диссертационный совет не поступали.

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

Я попрошу официального оппонента Стойко Юрия Михайловича тогда огласить свое заключение и официальный отзыв. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

В отзыве оппонента содержатся следующие вопросы:

1. Чем обусловлен выбор геморроидэктомии именно у пациентов 4 Б стадии в модифицированной классификации хронического внутреннего геморроя?
2. Какое место в лечении геморроя 4 Б стадии отводится малоинвазивным методам, и рассматривали ли Вы их в лечении пациентов 4 Б стадии?

Также во время выступления оппонентом было высказано пожелание в связи с недостаточным количеством учреждений, которые владеют методиками послеоперационной коррекции недостаточности анального сфинктера, особенно у пациентов с геморроем 4 Б стадии, для реализации данной диссертационной работы выполнить методическое пособие в этой части.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Спасибо, Юрий Михайлович. Пожалуйста, Иван Анатольевич.

И.А. Мухин: Глубокоуважаемый Юрий Михайлович! Спасибо Вам большое за глубокий анализ данной работы.

И позвольте ответить на Ваши вопросы.

Хотелось бы отметить, какое место занимают малоинвазивные методы лечения геморроидальной болезни. Здесь естественно мы ориентируемся, в первую очередь, на клинические рекомендации, которые однозначно нам регламентируют, что наиболее эффективно использование данных методик при 1-3 стадии геморроидальной болезни, при 3-4 стадии возможно использование малоинвазивных вмешательств, а именно возможна дезартеризация геморроидальных узлов, либо при развитии железодефицитной анемии мы

можем проводить склерозирование внутренних геморроидальных узлов, однако, операцией выбора, тем не менее, остается геморроидэктомия.

В нашем исследовании склерозирование было проведено 7 пациентам, но опять-таки в дальнейшем пациенты к нам обратились с определенными жалобами, что потребовало уже радикального лечения.

Д.м.н. профессор Ю.М. Стойко: Спасибо.

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

Тогда позвольте мне предоставить слово Лилии Хасанбековне. Пожалуйста. (Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Оппонентом во время выступления заданы следующие вопросы уточняющего характера:

1. Чем соискатель руководствовался при выборе диагностического инструментария для оценки недержания?
2. Почему именно группа пациентов с 4 Б стадии геморроидальной болезни была выбрана для оценки?

И.А. Мухин: Глубокоуважаемая Лилия Хасанбековна! Спасибо Вам большое за подробный анализ работы!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Вы сначала все-таки на вопросы ответьте, а потом уже всё остальное. Извините, что я Вас перебил.

И.А. Мухин: Как вариант дообследования возможно проведение сфинктерометрии. Однако, мы планировали динамическое наблюдение за пациентами как на 10-е, так и на 45-е сутки, когда у пациентов имеется рана в анальном канале. И нужно понимать, что диаметр датчика, который используется при сфинктерометрии, он в среднем в 5 раз больше, чем диаметр датчика, который используется при профилометрии. Соответственно мы думали о качестве жизни пациентов в этот момент.

И касательно того, почему же мы анализировали данную группу пациентов с геморроем 4 Б стадии. Потому что при начальных стадиях геморроидальной болезни возможно использование других методов лечения, как склерозирование, лигирование, лазерные технологии, а при 4 Б стадии уже выполняется радикальная операция, а именно геморроидэктомия. И нам было интересно оценить как раз-таки функциональные результаты в данной группе.

Спасибо.

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

А теперь поблагодарите всё ж таки, если других вопросов нет.

И.А. Мухин: Лилия Хасанбековна, благодарю Вас за подробный анализ работы. Спасибо Вам большое!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Лилия Хасанбековна, спасибо Вам огромное!

К.м.н. Л.Х. Индейкина: Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, Леонид Алексеевич.

Д.м.н., профессор Л.А. Благодарный: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Работа Ивана Анатольевича подкупает своей практической ценностью. Потому что все прекрасно знают, что недостаточность анального жома является краеугольным камнем колопроктологии, на котором сталкиваются и решаются многие проблемы, к сожалению, до настоящего времени не очень оптимально. Поэтому эта проблема очень важна, потому что она имеет как клинические, как социальные, так и психологические факторы. И очень хорошо, что Иван Анатольевич взял большую группу одномоментных больных, провел проспективное исследование и доказал, что субклиническая недостаточность анального сфинктера при геморрое 4 Б стадии не такое уж редкое явление и требует определенных мероприятий. Потому что это очень важно, и мало кто в практической медицине обращает на это внимание, и после этого у пациентов случаются различные осложнения.

Пятьсот человек – это достаточно большая группа больных, в которой проведен многофакторный анализ с регрессией этих пациентов, что позволила сделать математическая составляющая этой работы, которая тоже мне очень импонирует, потому что это доказывает правильность решения этих 3 уровней пациентов, которые исследовал Иван Анатольевич.

И, в общем-то, очень хорошо показаны результаты этой работы и необходимость тех клинических реабилитационных мероприятий, которые предлагает Иван Анатольевич последовательно в решении этой проблемы – это БОС-терапия, тиббиальная стимуляция, которые оказывают достаточно положительное влияние и дают достаточно хорошие результаты при послеоперационной недостаточности, которая имеет большое значение и занимает второе место после послеродовой недостаточности в общей популяции пациентов с недостаточностью анального сфинктера.

Поэтому это всё имеет огромное значение. Я думаю, это будет иметь большое значение при внедрении в практическое здравоохранение. Все эти данные надо внедрять, и они нам позволят улучшить результаты лечения наших пациентов.

А сам диссертант заслуживает ученой степени кандидата медицинских наук, а диссертация может быть представлена в Высшую аттестационную комиссию для оценки этой работы.

Благодарю за внимание!

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

Пожалуйста, Иван Анатольевич.

И.А. Мухин: Леонид Алексеевич, благодарю Вас также за подробный анализ работы.

Спасибо!

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

Кто бы еще хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Будьте добры, Марина Ивановна.

Д.м.н., профессор М.И. Панина: Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, Иван Анатольевич! Представленное нашему вниманию диссертационное исследование, конечно же, выполнено на актуальную тему. Работа выполнена на большом объеме клинического материала, и диссертант применял высокоинформативные, но при этом малотравматичные методы исследования, что очень важно.

Статистическая обработка проведена корректно, и применялся метод статистического анализа с элементами моделирования, что и позволило диссертанту выявить новые данные, которые имеют значение в том числе и для патофизиологии. То есть обозначены этиологические факторы, я бы их назвала, первого рода, которые привели к исходной функциональной недостаточности к субклинической и даже клинической форме до операции, такие как пол, возраст, перенесенные заболевания, среди которых был назван сахарный диабет, сосудистые катастрофы, а у женщин, конечно же, это осложненные роды, которые в свою очередь привели к появлению причины второго рода, то есть к снижению давления внутри прямой кишки, и это привело впоследствии к появлению осложнений и в послеоперационном периоде среди пациентов этой группы риска.

Работа имеет и практическое значение для хирургии и колопроктологии, потому что позволяет определиться с выбором операции, с объемом оперативного лечения и позволяет прогнозировать риски осложнений, которые возникают в послеоперационном периоде.

Поэтому я считаю, что работа соответствует всем критериям, которые предъявляются к диссертационным работам на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а сам автор заслуживает присвоения ему искомой степени по специальностям «Хирургия» и «Патологическая физиология».

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

Спасибо огромное, Марина Ивановна!

И.А. Мухин: Марина Ивановна, благодарю Вас за подробный анализ моей работы. Спасибо большое!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.

Ю.А. Шелыгин: Пожалуйста, кто бы еще хотел выступить по поводу работы? Если нет желающих, то по регламенту мы должны предоставить заключительное слово нашему диссертанту. Пожалуйста, Иван Анатольевич.

И.А. Мухин: В первую очередь хотел бы поблагодарить научного руководителя Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии, доктора медицинских наук, академика РАН Шелыгина Юрия Анатольевича и руководство нашего Центра за предоставленную возможность проведения работы.

Также хочу выразить большую благодарность отделению общей колопроктологии во главе с профессором Кузьминовым Александром Михайловичем, заведующему, доктору медицинских наук Вышегородцеву Дмитрию Вячеславовичу, моему научному руководителю.

Также отдельная благодарность моему второму научному руководителю Фоменко Оксане Юрьевне и всем сотрудникам лаборатории физиологии.

Также хотелось бы поблагодарить оппонентов.

И отдельная благодарность всем членам диссертационного совета за то, что сегодня нашли возможность присутствовать на защите диссертации.

Спасибо!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.

Ю.А. Шелыгин: Спасибо.

Следующий крайне важный момент – мы должны избрать счетную комиссию. И предлагается такой состав: Иван Васильевич Костарев, Алексей Алексеевич Пономаренко и Олег Иванович Сушков. Кто за такой состав комиссии, прошу проголосовать. Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно.

В таком случае прошу членов счетной комиссии приступить к работе.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.

Ю.А. Шелыгин: Насколько я понимаю, счетная комиссия избрала председателя. Иван Васильевич, прошу Вас.

Д.м.н. И.В. Костарев: Уважаемые члены диссертационного совета! Протокол № 1 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 03 апреля 2025 г. Состав комиссии: И.В. Костарев, О. И. Сушков, А.А. Пономаренко. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Мухина Ивана Анатольевича на

соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9 «Хирургия» и 3.3.3. «Патологическая физиология».

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 22 человек. Присутствовало на заседании 20 членов совета, в том числе докторов медицинских наук по профилю диссертации – 19. Роздано бюллетеней - 20. Осталось не розданных – 2. В урне оказалось – 2.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9 «Хирургия» и 3.3.3. «Патологическая физиология»: «за» - 20, «против» - нет, недействительных бюллетеней нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Я прошу членов диссертационного совета утвердить результаты работы счетной комиссии. Кто за то, чтобы утвердить? Кто «против»? (Нет). Кто воздержался? (Нет.).

/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Тогда позвольте в таком случае зачитать проект заключения в виде резюме по кандидатской диссертации «Функция анального сфинктера до и после геморроидэктомии». Предъявляемая к защите диссертация посвящена одной из актуальной проблем колопроктологии и является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные автором исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения пациентов с геморроем. Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую 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. Постановлений Правительства Российской Федерации от 16.10.2024 г.), а ее автор Мухин Иван Анатольевич заслуживает присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9. «Хирургия» и 3.3.3. «Патологическая физиология».

Я прошу тогда открытым голосованием членов диссертационного совета проголосовать за данный проект заключения. Кто «за»? Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно.

Я хотел бы уточнить, есть ли замечания по ведению диссертационного совета? Если нет, то позвольте заседание диссертационного совета завершить. Спасибо!

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук

12

19