

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

**СТЕНОГРАММА**

заседания № 3 специализированного совета по приему кандидатских и докторских  
диссертаций 21.1.030.01 по защите диссертации

**Муратова Ильгиза Ильдусовича**

**«Качество жизни и результаты лечения больных, оперированных по поводу рака  
ободочной кишки с выполнением расширенной лимфодиссекции»,**  
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук  
по специальностям 3.1.9 «Хирургия» и 3.1.6 «Онкология, лучевая терапия»

01 июня 2023 г.

Председатель диссертационного  
совета 21.1.030.01

доктор медицинских наук, профессор, академик РАН

Ученый секретарь диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук



Ю.А. Шельгин

Е.С. Суровегин

Москва – 2023 г.

Присутствовали следующие члены Диссертационного Совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
3.	Суровегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
5.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
6.	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
8.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
9.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9
10.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
11.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9
12.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
13.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
14.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9
15.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
16.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
Дополнительно введенные члены диссертационного совета			
17.	Демидова Л.В.	доктор медицинских наук	3.1.6
18.	Пирогов С.С.	доктор медицинских наук	3.1.6
19.	Филоненко Е.В.	доктор медицинских наук	3.1.6

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Коллеги, добрый день! Я хотел доложить вам, что в диссертационный совет нашего Центра принята к защите диссертация Муратова Ильгиза Ильдусовича «Качество жизни и результаты лечения больных, оперированных по поводу рака ободочной кишки с выполнением расширенной лимфодиссекции» по двум специальностям 3.1.9 «Хирургия» и 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия».

Научными руководителями являются: д.м.н. Сергей Иванович Ачкасов и д.м.н. Олег Иванович Сушков.

Соответственно в качестве официальных оппонентов назначены: доктор медицинских наук Мамедли Заман Заур оглы; и Ярцев Петр Андреевич, доктор медицинских наук, профессор.

Ведущей организацией назначено государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы».

Докладываю, прежде всего, что у нас 19 членов ученого совета, но поскольку защита идет по двум специальностям, то у нас предлагается ввести в качестве онкологов специалистов членов, временно введенных в диссертационный совет:

- 1) Демидова Людмила Владимировна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела лучевой терапии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России;
- 2) Филоненко Елена Вячеславовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий Центром лазерном и фотодинамической диагностики и терапии опухолей МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России;
- 3) Пирогов Сергей Сергеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом эндоскопии отделения МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

Они все являются членами диссертационного совета ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

Таким образом, у нас всего образовалось 22 члена диссертационного совета, из них присутствует 19. Поэтому кворум есть. Давайте мы проголосуем, готовы ли мы работать дальше. Кто за то, чтобы начать работу заседания диссертационного совета, пожалуйста. (Единогласно).

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

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

Глубокоуважаемые коллеги! Соискатель Муратов Ильгиз Ильдусович родился 3 января 1991 года в селе Толбазы Аургазинского района Республики Башкортостан. В 2009 году окончил Толбазинский лицей № 1, в 2015 году окончил с отличием Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России по специальности «Лечебное дело». С 2015 по 2016 гг. проходил обучение в интернатуре по специальности «Хирургия» на базе Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России. С 2016 по 2018 гг. проходил обучение в клинической ординатуре по специальности «Колопроктология» в Государственном научном центре колопроктологии имени А.Н. Рыжих. В 2018 году прошел профессиональную переподготовку по специальности «Онкология» на базе Российского университета дружбы народов Минздрава России. И с 2018 по 2021 гг. проходил обучение в аспирантуре на базе Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. С октября 2018 по апрель 2022 гг. работал врачом-колопроктологом в Национальном медицинском исследовательском центре имени А.Н. Рыжих, а с апреля 2022 года по настоящее время работает врачом-колопроктологом Центральной клинической больницы с поликлиникой Управделами Президента Российской Федерации.

За время прохождения аспирантуры соискатель подготовил диссертацию на тему: «Качество жизни и результаты лечения больных, оперированных по поводу рака ободочной кишки с выполнением расширенной лимфодиссекции».

При проверке в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составила 80,88%.

В диссертационный совет соискатель подготовил пакет документов, представленных в диссертационный совет. Все они соответствуют требованиям ВАК, предъявляемым к кандидатским диссертациям.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Есть ли какие-то вопросы к Евгению Сергеевичу по поступившим документам, по биографическим данным и по той информации, которой обладает ученый совет? Если нет, то позвольте мне предоставить слово Ильгизу Ильдусовичу. Пожалуйста, Вам 20 минут для изложения основных результатов Вашего исследования. Пожалуйста.

Муратов И.И. в течение 19 минут изложил основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

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

Пономаренко А.А., д.м.н.: Во-первых, хотелось бы, чтобы Вы проиллюстрировали видеоматериалом, так было бы более понятно и наглядно, чем отличается Д2 и Д3 лимфодиссекция, как в некотором стандарте. Но это как пожелание некоторое. Не схематично, а небольшой видеоролик был более нагляден. Это больше, как ремарка.

1) Второй момент. Меня больше интересует вопрос – Вы получили существенные различия в Д2 и Д3 лимфодиссекции по качеству жизни. Скажите, как Вы определяли, имеет ли клиническую значимость та разница в баллах, которую Вы получили при Д2 и Д3 лимфодиссекции? Потому что при логистической регрессии, у Вас только наличие стомы, по сути, определяет качество жизни.

2) И второй момент здесь. Есть ли в этой шкале качества жизни приемлемые уровни, то есть какое количество баллов относится к хорошему уровню, к удовлетворительному или неудовлетворительному?

Ответ: Глубокоуважаемый Алексей Алексеевич! Спасибо за вопросы.

1) Первый вопрос. Выявленные различия по симптомам в плане ухудшения частоты дефекации, ухудшения проявления эректильной дисфункции, не влияли на общий уровень качества жизни, что и демонстрирует анализ оценки общего качества жизни. Общее качество жизни у пациентов в динамике улучшалось. В раннем послеоперационном периоде пациентов беспокоило, то, что у них частая дефекация, но в отдаленном послеоперационном периоде через 12 месяцев эти же пациенты просто приспосабливались к тому, что им требовалось ходить в туалет несколько раз, и для них было нормально ходить в туалет больше, чем другие люди. В отношении развития эректильной дисфункцией стоит упомянуть, что медиана возраста как в основном группе, так и в контрольной группе была больше 60 лет в среднем. Поэтому у части пациентов на дооперационном периоде уже имелись проблемы с эрекцией, что и показано в исследовании – 14 пациентов до операции имели эректильную дисфункцию. В раннем послеоперационном периоде количество пациентов с эректильной дисфункцией статистически значимо увеличивалось, но в отдаленном послеоперационном периоде через 12 месяцев больных это уже не беспокоило. Единственный пациент, у которого были выраженные проблемы и его это беспокоило – это пациент 42 года, у которого наблюдалась ретроградная эякуляция. Пациент проходил курс консервативного лечения у уролога по месту жительства с положительной динамикой.

2) По поводу второго вопроса. Повторите, пожалуйста.

Пономаренко А.А., д.м.н.: Все-таки не совсем понятно, у Вас получена разница в степени выраженности уровня качества жизни при Д2 и Д3 лимфодиссекции. Имеет ли данная разница в баллах какое-либо клиническое значение для пациента или нет? Есть ли такие градации, например, что у Вас разница между группой 1 и группой 2, допустим в 15 баллов и это клинически имеет значение; или, например, 5 баллов разницы Вы статистически значимые различия получили, но имеет ли эта разница клиническое значение? Как она определяется?

Ответ: Глубокоуважаемый Алексей Алексеевич! Спасибо еще раз за вопрос! Есть референсные значения по опроснику оценки качества жизни онкологических больных. И в этих методических рекомендациях прописано, что изменение уровня баллов на 10 единиц является клинически значимым как в положительную, так и в отрицательную сторону. Если меньше 10 – соответственно это клинически не выражено.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Алексей Алексеевич, Вы удовлетворены ответом? (Да). Что касается видеороликов, я думаю, что такие записи есть. И если Алексею Алексеевичу интересно, то в целом возможно это показать. Но, наверное, я попросил бы Вас в удобное для Алексея Алексеевича время тогда продемонстрировать видеозаписи Д2 и Д3 лимфодиссекции.

Пожалуйста, еще вопросы. Пожалуйста, Олег Владимирович. Олег Владимирович Головенко, пожалуйста.

Головенко О.В., д.м.н.: Скажите, пожалуйста, в чем причина увеличения степени выраженности диареи в 2 раза у пациента с лимфодиссекцией Д3 по сравнению с лимфодиссекцией Д2?

Ответ: Глубокоуважаемый Олег Владимирович! Спасибо за вопрос. Увеличение частоты развития диареи у пациентов после правосторонней гемиколэктомии – тут нужно отмечать именно этот объем операции. Почему? Потому что, во-первых, само выполнение расширенного объема лимфодиссекции может оказывать неблагоприятное воздействие на нервные сплетения – это один фактор, который может вызывать развитие диареи. Второй фактор – это удаление правых отделов толстой кишки, удаление тонкой кишки и соответственно илеоцекального отдела и баугиниевой заслонки. Соответственно удаление кишки приводит к тому, что повышается количество желчных кислот в толстой кишке, это увеличивает перистальтику кишечника и соответственно развитие диареи – это второй фактор.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Но все-таки, извините, я уж тогда дополню этот вопрос. И у тех, и у других при Д2 и при Д3 удалялись правые отделы примерно с одинаковой частотой. И поэтому, наверное, это не совсем корректное объяснение. Наверное, все-таки именно то, что больше риск развития диареи, я так предполагаю, но Вы, пожалуйста, тогда акцентируйте на этом внимание, может быть связан именно с повреждением нервной системы. Пожалуйста, еще раз прокомментируйте. Потому что аргумент, что удалены правые отделы – извините, это неубедительно звучит, потому что это было и в группе Д2 ЛД, и в группе Д3 ЛД. Тогда вопрос, пожалуйста, уточняющий: были ли различия в объемах удаляемой именно кишки (участка подвздошной кишки, восходящей, поперечно-ободочной) между группой Д2 и группой Д3? Пожалуйста.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Спасибо большое за вопрос! Между группами не было выявлено статистически значимой разницы: в протяженности удаленной толстой кишки она составила в группе Д3 27 см, в группе Д2 – 24 см; в протяженности удаленной тонкой кишки тоже не было получено статистически значимой разницы: в группе Д3 она составила 15 см, в группе Д2 -14 см. Но разница заключается в том, что при Д3 лимфодиссекции мы как раз имеем термическое воздействие на нервное сплетение, что скорее всего и повлияло на получение статистически значимой разницы в степени выраженности диареи в исследуемых группах.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: это, наверное, гипотеза все-таки, но она, мне кажется, действительно наиболее вероятна.

Пожалуйста, еще вопросы. Пожалуйста, Елена Вячеславовна Филоненко.

Филоненко Е.В., д.м.н., профессор: Спасибо большое! Уважаемый Юрий Анатольевич, уважаемые коллеги! У меня следующий вопрос. Ильгиз Ильдусович, в практических рекомендациях я здесь вижу, что Вы рекомендуете информировать больного о том, какие могут быть последствия у него после определенных объемов хирургического лечения. Но я понимаю, Вы же пояснили, что если это какая-то сексуальная дисфункция, то пояснили, что бороться с ней, как я понимаю, нельзя особенно, если пациенты здесь возрастные и информирования здесь, возможно, достаточно. Но на слайдах (слайды №№ 11-12) я также видела, что возникают и тревожность, и другие моменты, связанные с психоэмоциональной сферой. Все-таки, как Вы считаете, надо ли разрабатывать какие-то технологии для того, чтобы помочь этим больным? Например, конечно, если мы говорим про тревожность и ряд еще других состояний, наверное, работа с психологом была бы полезна для этих пациентов. Как Вы считаете, для практических рекомендаций Вы не

рекомендуете какие-то мероприятия по снятию этих состояний, которые возникают после определенных объемов операций, как я пояснила, на примере работы с психологом и т.д., там, где это можно как-то лечить эти последствия? В автореферате Вы не рекомендуете психологическую поддержку пациентам, рекомендуете только информировать. Не надо ли применять какие-то лечебные технологии? Спасибо.

Ответ: Глубокоуважаемая Елена Вячеславовна! Спасибо за вопрос. Стоит отметить, что в отношении тревожности физического, ролевого, когнитивного, эмоционального и социального функционирования у пациентов через 30 дней и 12 месяцев после операции наблюдалось статистически значимое улучшение. Да, они испытывали повышенную тревожность и эмоциональную подавленность после того, как пациентам просто поставили диагноз рак. Для каждого пациента это даже сейчас звучит как приговор, если врач напрямую ему говорит, что у вас рак такой-то стадии, предварительно не подготовив пациента, не побеседовав с ним. После операции, когда они это перенесли, хирурги обычно говорят, что мы всё удалили, у вас рака в организме нет. Вот эта фраза для пациента может звучать, как «всё, я вылечился, я здоров». Это не исключает того, что потом пациентам, конечно же, нужно будет и психологическая поддержка при прогрессировании заболевания, при проведении химиотерапии. Но здесь больше психологическая поддержка должна идти от врача, который занимается этим пациентом, от хирурга, который его оперирует, а не потом от психологов, к которым он приходит.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Но все-таки у меня тогда, пожалуйста, в дополнение этого вопроса. По Вашим данным мы видим, что в период времени через 30 дней есть явное статистически значимое различие в эмоциональном функционировании у пациентов, которые перенесли именно ДЗ лимфодиссекцию. Опять же чем это объясняется – все-таки тем, что это больший объем оперативного вмешательства, или это обусловлено, с Вашей точки зрения, все-таки возникшими учащениями стула; или проявлением какого-то ухудшения именно сексуальных каких-то нарушений? С чем это может быть связано именно в этот период времени?

Ответ: В раннем послеоперационном периоде это может быть связано как раз-таки с проявлением...

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Здесь уже, извините, раннего нет, у Вас эти явления появились, указано только в один период времени, я обращаю Ваше внимание, этап наблюдения через 30 дней. Объясните, в какие



промежутки времени Вы определяли эти все показатели, то есть в этот именно период – через 30 дней, или через 30, 32, 35? Потому что дальше, мы уже видим, через 12 месяцев данных проявлений уже нет.

Ответ: Ровно через 30 дней после операции мы проводили анкетирование, обзванивали пациентов, либо приглашали их на контрольный осмотр к нам и соответственно там уже выявляли те или иные изменения.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Простите, я расширю тогда свой вопрос. Какая-то все-таки корреляция здесь была между, допустим, разницей эмоционального функционирования и неблагоприятными явлениями с Вашей точки зрения?

Ответ: Да, это было связано с тем, что у части пациентов ухудшалось качество жизни в плане развития диареи, развития эректильной дисфункции, а часть пациентов через 30 дней после операции были еще со стомой, а стома статистически значимо влияла на качество жизни.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Это-то я понимаю, но Вы напрашиваетесь на вопросы. Вопрос еще один: тогда стома чаще накладывалась в группе Д3 или Д2? Тогда, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Потому что, да, стома – это фактор риска, Вы это указали. Еще раз повторяю вопрос: формирование стомы было чаще в группе Д3, чем в группе Д2?

Ответ: Статистически значимой разницы получено не было при формировании стомы как в группе Д3, так и в группе Д2 лимфодиссекции.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Тогда Ваше объяснение здесь тоже не совсем мне кажется корректным. Да, стома фактор, но тогда почему эти различия? Скорее всего, то, что Вы первым назвали – это, прежде всего, чаще встречались нарушения стула, то есть более учащенная дефекация. И с моей точки зрения, это такой вопрос, конечно же, явно связанный с этим.

Ответ: Да, это связано именно с развитием частой диареи, частого стула и развитием эректильной дисфункции.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Хорошо. Пожалуйста, еще вопросы. Пожалуйста, профессор Горский Виктор Александрович.

Горский В.А., д.м.н., профессор: Корректно ли спрашивать об эректильной дисфункции на 30-е сутки у человека, который имеет стому и у него усиленная дефекация?

Ответ: Глубокоуважаемый Виктор Александрович! Спасибо за вопрос. Да, корректно. Некоторые пациенты прямо в день выписки даже спрашивают, когда они могут начать половую жизнь.

Горский В.А., д.м.н., профессор: Задает, вопрос – он не понимает, я говорю о корректности в этом плане.

Ответ: Корректно.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Пожалуйста, Иван Васильевич Костарев.

Костарев И.В., д.м.н.: 1) Ильгиз Ильдусович, скажите, пожалуйста, все-таки в группе, где выполнялась ДЗ лимфодиссекция, в скольких случаях выявлялись метастазы в апикальные лимфоузлы, и у скольких пациентов они были подтверждены морфологически?

2) И соответственно второй вопрос сразу задам: все-таки Ваши рекомендации по отношению к Д2 или Д3, кому все-таки нужно выполнять эту операцию? Они есть в Ваших выводах. Но чтобы Вы конкретно рекомендовали после Вашего исследования?

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! Спасибо за вопросы.

1) По поводу первого вопроса. Наши данные совпали с результатами других исследований: при поражении правых отделов ободочной кишки поражение апикальных лимфатических узлов было до 4% случаев; при поражении левых отделов ободочной кишки – до 1% случаев.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Дальше продолжайте отвечать, вопрос-то был шире, не только то, как часто поражались эти лимфоузлы, эти группы. Но и в конечном итоге, с Вашей точки зрения, ведь Вы сами при метаанализе и обзоре литературы показывали, что совершенно различные получены данные о целесообразности: некоторые яро верят в том, что лимфодиссекция должна быть парадигмой, стандартом, методом выбора; другие говорят, что не нужно расширять объем ЛД, вполне достаточно Д2. Вы к какой группе сторонников ЛД относитесь? Вот сейчас Вы провели это исследование, Вы провели метаанализ, включая в том числе получение отдаленных результатов показателей пятилетней выживаемости и т.д. Тогда все-таки еще раз нам повторите. Я расшифровываю вопрос Ивана Васильевича, то есть на первую часть Вы ответили, а на вторую умолчали. Пожалуйста, ответьте Ивану Васильевичу.

Ответ: Я бы рекомендовал выполнение расширенной лимфодиссекции только тем пациентам, у которых на дооперационном этапе, по данным инструментальных методов исследования, а именно лучевых, были выявлены подозрительные поражения 253, 203, 213, 223-й группы лимфатических узлов. Если поражение этих лимфатических узлов не

наблюдалось, то достаточно будет выполнить пациентам Д2 лимфодиссекцию, так как по отдаленным результатам статистически значимых различий на данный момент получено не было.

Костарев И.В., д.м.н.: Тогда в продолжение вопроса: сколько было в таком случае пациентов у Вас, у которых было подозрение, по данным инструментального исследования, в группе Д3 из Вашей группы?

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Имеется в виду, по данным предоперационного обследования?

Костарев И.В., д.м.н.: Да, предоперационного обследования.

Ответ: Которые потом не подтвердились?

Костарев И.В., д.м.н.: Нет, вообще и целом. Были ли проведен данный анализ у пациентов?

Ответ: Да, были такие пациенты. Наши специалисты описывали увеличенные группы лимфатических узлов с подозрением на метастатическое поражение при Д3 лимфодиссекции – это было процентов 10.

Костарев И.В., д.м.н.: При Д2 лимфодиссекции не было?

Ответ: До 5% описанных подозрительных на поражение мтс ЛУ.

Костарев И.В., д.м.н.: И вопрос тогда: какая судьба у этих пациентов после Д3 лимфодиссекции?

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: То есть, во-первых, еще раз тогда уточните, чтобы это у нас было зафиксировано в протоколе, у какого числа из тех, у кого было подозрение на поражение этих групп лимфатических узлов при предоперационном обследовании (магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии), и у какого числа пациентов поражением ЛУ подтвердилось после морфологического исследования этих групп лимфатических узлов? И соответственно каковы показатели выживаемости при поражении уже подтвержденном морфологическом этих узлов? Пожалуйста.

Ответ: Если мы берем только 253-ю, 213-ю, 203-ю, 223-ю группу лимфатических узлов, которые были подозрительны на дооперационном этапе, то при левых отделах подтверждено было у 1% пациентов, при правых отделах – у 4%. По отдаленным результатам, если мы их отследим, то в группе Д3 лимфодиссекции у 7 пациентов было выявлено в отдаленные сроки распространение заболевания в виде выявления метастазов в легких, в печени, и у 1 пациента развился перитонеальный карциноматоз, местных рецидивов не было. При Д2 лимфодиссекции было выявлено у 8 пациентов

прогрессирование заболевания: у 2 пациентов – это метастазы в легких, у 5 – метастазы в печени, также у 1 пациента наблюдался перитонеальный карциноматоз. И в группе Д2 лимфодиссекции был зарегистрирован 1 случай местного рецидива – это было левостороннее поражение, у пациента были на дооперационном и послеоперационном этапе поражены группы лимфатических узлов, но не было визуализировано 253-й группы, в послеоперационном периоде у него развился местный рецидив.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: И?!..

Ответ: Пациент был оперирован у нас, в результате исследования патоморфологического препарата местный рецидив не был связан с метастазами в лимфатических узлах, местный рецидив был в брыжейке.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: То есть это что – карциноматозный узел был или что?

Ответ: Нет, это не карциноматозный узел, это был опухолевый депозит с прорастанием в кишечную стенку.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Понятно. И то есть нужно подытожить, что всё равно Вы не видите различий в частоте, получается. Прогрессирования заболевания как в группе Д3, так и в группе Д2 статистически значимо не различалась. Но я так понимаю, что Вы все-таки сейчас не в силах нам ответить, вошли ли в это число те больные, у которых метастазы находились в лимфоузлах, как раз входящих в зону резекции. Но, наверное, я Вас попрошу тогда в последующем – посмотрите все-таки эту деталь. Сейчас, наверное, вряд ли Вы скажете, потому что это общий ответ, и мы эти данные уже видели. Но просто действительно вопрос крайне интересный: а что же было у тех больных, у которых выполнена эта диссекция? Но вместе с тем, конечно, с моей точки зрения, здесь тоже убедительно показано, что у нас, по сути дела, в основном прогрессирование заболевания не было связано с поражением лимфатической системы, скорее всего. Хорошо.

Пожалуйста, еще вопросы. Искляки? Я не вижу желающих. Тогда спасибо.

Пожалуйста, я попрошу, не знаю, Сергей Иванович, к Вам, наверное, обратимся – пожалуйста, дайте характеристику диссертанту.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены президиума и диссертационного совета! Муратов Ильгиз Ильдусович закончил с отличием институт, как вы слышали. И по большому счету, мне кажется, ту планку, которую он поставил перед собой, он держал на протяжении и ординатуры, и аспирантуры, которую проходил на базе нашего отделения, когда я был

научным руководителем этого отделения. Когда он прошел клиническую ординатуру, у нас было инициировано мультицентровое исследование по ДЗ лимфодиссекции. Я подбирал человека, который бы педантично, вплоть до того, что занудливо изучал и собирал материал для того, чтобы у нас не было так называемых отклонений из-за потери данных. Вы видите, что очень много статистических данных в исследовании приведено. И я подумал, что можно остановиться на кандидатуре Ильгиза Ильдусовича, потому что он соответствовал всем этим требованиям. Он очень добросовестный, исполнительный.

И вопрос вы задавали относительно сексуальной дисфункции. Конечно, это очень деликатная тема, и всегда нужно, чтобы между врачом и пациентом сложились доверительные отношения. И вот Ильгиз Ильдусович в этом отношении, мне кажется, очень хорошо контактировал с больными, что они могли говорить ему о тех или иных отклонениях, которые возникают после ДЗ лимфодиссекции, особенно при операциях на левых отделах – это и ретроградная эякуляция, и эректильная дисфункция. Деликатные темы, но они все очень четко и добросовестно были отражены.

Мне кажется, что он справился с этой работой. Конечно же, вам судить об ее ценности и о том, насколько она выполнена.

Он чуть-чуть вышел за сроки аспирантуры, там были объективные причины. Поэтому можно было бы ему такое замечание сделать, что хорошо бы во время сроков учебы в аспирантуре защититься, но у него это не получилось. Будем считать, что это самое большое замечание, которое я могу в его адрес высказать.

В целом я характеризую его как положительного человека.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо. Олег Иванович, но мы Вам тогда не будем давать слов, я думаю, что исчерпывающая информация получена в плане характеристики нашего соискателя.

Пожалуйста, я хотел бы попросить Евгения Сергеевича представить нам сведения о полученных отзывах и других документах. Пожалуйста.

Ученый секретарь специализированного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: Уважаемые коллеги! Апробация представленной диссертации прошла на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отдела онкопроктологии и отдела онкологии хирургии ободочной кишки ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России 07 декабря 2022 года, протокол № 11.

На заседании диссертационного совета от 02 февраля 2023 г. (протокол № 1) избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук, профессора

Кузьмина А.М., доктора медицинских наук Кашникова В.Н. и доктора медицинских наук Чернышова С.В.

Диссертация получила положительное решение и была принята к защите на заседании диссертационного совета 10 марта 2023 г. (протокол № 4).

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

Получены отзывы официальных оппонентов доктора медицинских наук Мамедли Замана Заур оглы, заведующего онкологическим отделением хирургических методов лечения № 3 (колопроктологии) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России; и доктора медицинских наук, профессора Ярцева Петра Андреевича, заведующего научным отделением неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения города Москвы. 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.

Также получен один отзыв на автореферат:

- из ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, подписанный доцентом кафедры специализированных хирургических дисциплин, доктором медицинских наук Коротких Николаем Николаевичем. Он положительный.

Других отзывов в диссертационный совет не поступало.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор: Есть ли вопросы к Евгению Сергеевичу? (Нет вопросов). Спасибо.

И поскольку замечаний не было, и соответственно у нас не требуется каких-либо ответов. И я тогда хотел бы попросить выступить Мамедли Замана Заур оглы в качестве официального оппонента. Будьте добры. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо. Пожалуйста, ответьте.

Муратов И.И.: Глубокоуважаемый Заман Заурович! Я Вас искренне благодарю за подробное рассмотрение моей диссертационной работы. Я очень рад, что мне довелось с Вами познакомиться лично и пообщаться. Спасибо Вам большое!

Мамедли З.З., д.м.н.: Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: А можно воспользоваться уже вне защиты, какое Ваше отношение, и как часто Вы в своей практике используете ДЗ лимфодиссекцию? Это все-таки входит в некий стандарт конкретно в Вашем уважаемом учреждении и у Вас в отделении? Или же Вы все-таки подходите с таким подходом, что, когда есть подозрение, и Вы только в этом случае используете такой объем лимфодиссекции?

Мамедли З.З., д.м.н.: Юрий Анатольевич, спасибо за вопрос. В качестве подозрения нет ни одного метода, который на дооперационном этапе мог бы нам эту информацию дать. Потому что по данным крупнейших европейских и онкологического исследований таких данных нет. В Северной Америке делали отдельное исследование и сравнивали результаты патоморфологии с данными КТ на дооперационном этапе – абсолютно не сходится. Более того, один был интересный анализ, когда сравнили результаты заключений, то, что дает рентгенолог, и потом просто взяли истории, раздали людям, и сказали: напишете N+ или N-. Оказалось, что, если писать просто методом «подкидывания монетки», больше попаданий было в N+, чем по данным рентгенологов. То есть, если по данным МРТ при раке прямой кишки у нас есть объективные критерии, когда можно сказать, что узел поражен или не поражен, то по данным КТ при раке ободочной кишки этого нет. Поэтому к любому пациенту с раком ободочной кишки надо подходить так, чтобы отдельно выделять как-то группу риска, у которых есть поражение лимфоузлов – это невозможно ни на интуитивном уровне, ни по данным КТ. То, что делается в нашей клинике – мы соблюдаем принцип мезоколонэктомии. Потому что никто не может сказать, что такое Д2 – для одного Д2 это 1 см отступить, для другого Д2 это 1,5 см отступить. Поэтому мы соблюдаем принцип мезоколонэктомии. А вот эта 253 группа так называемая форма «бабочки» по поводу нижней брыжеечной артерии, надо ее понимать, что это M1. То есть мы называем это Д3, понятно, что мы должны изначально в плане лечения ставить этого больного как M1 и лечить его как M1. Поэтому принцип мезоколонэктомии он соблюдается всегда: верхняя брыжеечная вена всегда визуализирована. И мы ее всегда визуализируем не с точки зрения онкологии, технически и хирургически это легче. Мы выходим на основание vena colica, и дальше рассекая по ходу движения верхней брыжеечной вены, выходим на все нужные нам сосуды (правую,

основание средней). Это технически удобно. Вот и всё. Поэтому мы ее всегда визуализируем, клипируем сосуды у основания. Но заходить на медиальную поверхность, убеждая себя в том, что забрав эти лимфоузлы, мы спасем больного – надо понимать, что мышление хирурга не должно идти впереди мышления онколога. Надеюсь, что я ответил на Ваш вопрос.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Да, вполне определенно. Спасибо большое! И у нас, к сожалению, по уважительной причине не смог приехать профессор Ярцев Петр Андреевич. И я тогда попрошу Евгения Сергеевича, как это положено по регламенту, полностью зачитать отзыв официального оппонента Ярцева Петра Андреевича. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо, Евгений Сергеевич. Поскольку существенных замечаний не было, я хотел бы предложить, есть ли желающие выступить в качестве неофициальных оппонентов? Пожалуйста, Станислав Викторович Чернышов.

Чернышов С.В., д.м.н.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, уважаемые коллеги! Действительно мы все знаем, что сейчас существует очень много исследований, которые направлены на изучение именно онкологической эффективности различных объемов лимфодиссекции при раке ободочной кишки. И при этом мы знаем, что часть результатов уже получена, часть результатов мы еще ожидаем.

И сегодня, когда началась дискуссия, и были вопросы, то мы тоже так невольно как-то переместились тоже на онкологическую составляющую лимфодиссекции при раке ободочной кишки. Но я хотел бы отметить, что все-таки, наверное, один из основных сообщений данной диссертации – это влияние объема лимфодиссекции на качество жизни. И мы немного об этом забыли. И я хотел бы сказать, что нам, как хирургам, нельзя забывать, когда мы планируем объем операции на ободочной кишке, включая Д3 лимфодиссекцию или ограничиваясь Д2 лимфодиссекцией, мы должны понимать этот основной месседж о том, что качество жизни очень сильно изменяется у больных с расширенным объемом. И соответственно, если нет показаний, то, наверное, рутинно эту методику выполнять не стоит не потому, что кто-то не владеет ей из хирургов, а именно потому, что мы забываем о наших больных.

Поэтому я бы сказал, что работа очень интересная, очень хорошо сформирована, хороший репрезентативный материал, рандомизированная, проспективная, актуальная, своевременная и не безынтересная. Поэтому я ее поддерживаю.



Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо. Пожалуйста, Ильгиз Ильдусович, уточните, действительно мы забыли тут все о судьбе больных, с точки зрения неофициального оппонента. Мне кажется, что нет, не забыли, все это исследование было направлено именно на это. Пожалуйста.

Муратов И.И.: Глубокоуважаемый Станислав Викторович! Благодарю Вас за тот вклад, который Вы сделали на всем процессе выполнения этой работы.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я прошу прощения, все-таки Вы отвечаете неофициальному оппоненту конкретно по Вашей работе. Выразить благодарность Вам будет представлено еще специальное слово. Я напоминаю, что идет запись, есть регламент, есть выступления неофициальных оппонентов. Пожалуйста, конкретно, по существу, высказанного в выступлении Станислава Викторовича Чернышова. Пожалуйста.

Муратов И.И.: Диссертационная работа в основном была посвящена изучению качества жизни пациентов. Потому что качество жизни по некоторым данным стоит на втором месте по оценке результатов лечения именно онкологических заболеваний после безрецидивной выживаемости и общей выживаемости, то есть непосредственно онкологических результатов. Поэтому нашей целью было как раз-таки выявить влияние объема лимфодиссекции на качество жизни и постараться помочь дальше нашим пациентам в выборе того или иного метода лечения рака ободочной кишки.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Хорошо. Спасибо. Кто бы еще хотел выступить в качестве неофициального оппонента? (Нет желающих).

Тогда нам необходимо выбрать счетную комиссию. У нас такие предложения поступили выбрать членами счетной комиссии: Владимира Николаевича Кашникова, Олега Владимировича Головенко и Дмитрия Вячеславовича Вышегородцева. Кто за такой состав счетной комиссии, прошу проголосовать. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Тогда я попрошу комиссию приступить к работе. Пожалуйста.

Как раз наступил тот сладостный момент заключительного слова. Пожалуйста, пока работает счетная комиссия, Ильгиз Ильдусович, пожалуйста, можете выразить свои эмоции по этому поводу. Пожалуйста.

Муратов И.И.: Выражаю искреннюю благодарность научному руководителю НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рьжих, профессору, академику Российской академии наук

Юрию Анатольевичу Шельгину за предоставленную возможность выполнить настоящее исследование.

Выражаю искреннюю большую благодарность моим научным руководителям профессору, члену-корреспонденту Российской академии наук Сергею Ивановичу Ачкасову и доктору медицинских наук Олегу Ивановичу Сушкову за неоценимую и постоянную помощь как в разработке научного исследования, так и на всех этапах проведения и написания данного исследования, благодарю за все ваши конструктивные советы и ценные замечания в работе над диссертацией.

Хочу также выразить огромную благодарность и признательность всему коллективу отдела онкологии и хирургии ободочной кишки и отдела онкопроктологии за тот неоценимый вклад, который они внесли, пока выполнялась данная диссертационная работа. Спасибо вам, что вы на всем этапе выполнения этой работы помогли мне.

Хочу также отдельно поблагодарить сотрудников и руководителя лаборатории патоморфологии Ольгу Александровну Майновскую за то, что мы плодотворно работали в течение трех лет.

Также хочу выразить благодарность ученому секретарю Евгению Сергеевичу Суровегину и членам диссертационного совета за дискуссию и внимание.

Особую благодарность еще раз выражаю оппонентам за внимательное рассмотрение и оппонирование моей работы.

От всей души благодарю свою семью за оказанную поддержку и терпение.

Спасибо за внимание.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо большое!

*/перерыв для тайного голосования/*

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Пожалуйста. Я так понимаю, что Владимира Николаевича выбрали председателем счетной комиссии. Пожалуйста, Владимир Николаевич.

Кашников В.Н., д.м.н.: Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, коллеги, гости! Разрешите зачитать вам протокол счетной комиссии. Протокол № 3 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 01 июня 2023 г. Состав комиссии: председатель – д.м.н. В.Н. Кашников, профессор О.В. Головенко, д.м.н. Д.В. Вышегородцев. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Муратов Ильгиза Ильдусовича

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9 «Хирургия» и 3.1.6 «Онкология, лучевая терапия».

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 22 человек. Присутствовало на заседании 19 членов совета, в том числе докторов наук – 18. Роздано бюллетеней – 19. Осталось не розданных – 3. В урне оказалось также 19 бюллетеней.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9 «Хирургия» и 3.1.6 «Онкология, лучевая терапия»: «за» - 19, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Коллеги, я прошу тогда проголосовать и утвердить или отвергнуть протокол счетной комиссии. Пожалуйста, кто за то, чтобы утвердить протокол работы счетной комиссии? Воздержались? (Нет). Против? (Нет).

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я должен поздравить тогда Ильгиза Ильдусовича с присуждением ему степени кандидата медицинских наук и пожелать дальнейших успехов. Пожалуйста, можно похлопать. (Аплодисменты). Спасибо.

И мы должны еще принять проект заключения нашего совета. И я с вашего позволения прочту только заключительную часть по кандидатской диссертации «Качество жизни и результаты лечения больных, оперированных по поводу рака ободочной кишки с выполнением расширенной лимфодиссекции». Предъявляемая к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем хирургии, колопроктологии и онкологии, является самостоятельным и законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные диссертантом исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения и качества жизни больных раком ободочной кишки.

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 РФ № 335 от 21.04.2016, № 748 от 02.08.2016), а сам автор Муратов Ильгиз Ильдусович достоин присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9 «Хирургия» и 3.1.6 «Онкология, лучевая терапия».

Кто готов внести какие-либо правки в проект заключения? Если нет, то давайте мы открытым голосованием проголосуем. Кто за то, чтобы принять данный проект заключения диссертационного совета? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

На этом тогда позвольте завершить заседание ученого совета. Есть ли какие-то замечания по его ведению? Прошу их высказать сию секунд под запись. Если нет, то спасибо огромное за работу!

Председатель диссертационного  
совета 21.1.030.01, доктор медицинских  
наук, академик РАН

Ученый секретарь диссертационного совета  
21.1.030.01, кандидат медицинских наук



Ю.А. Шельгин

Е.С. Суровегин

01 июня 2023 г.