

**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

Рядковой Елены Николаевны

**«Лапароскопическая резекция левых отделов ободочной кишки с трансанальной
экстракцией препарата»,**

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

от 12 февраля 2026 г.

Председатель диссертационного
совета 21.1.030.01, академик РАН,
доктор медицинских наук, профессор

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2026 г.

Присутствовали следующие члены диссертационного совета:

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

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Коллеги, добрый день! Хочу сообщить вам, что у нас поступила в диссертационный совет диссертация Рядковой Елены Николаевны «Лапароскопическая резекция левых отделов ободочной кишки с трансанальной экстракцией препарата» по двум научным специальностям 3.1.9. «Хирургия» и 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия». Хочу доложить Вам, что присутствует из 19 членов диссертационного совета все 19 – это редкое явление, потому что, наверное, у нас первое заседание диссертационного совета. Но поскольку у нас защита по двум специальностям («Хирургия», «Онкология, лучевая терапия»), то требуется ввести в заседание диссертационного совета нашего совета наших коллег по специальности «Онкология, лучевая терапия». И я хотел бы тогда предложить кандидатуры следующих введенных членов диссертационного совета (членов диссертационного совета 21.1.036.01 НМИЦ радиологии Минздрава России):

- 1) Старинский Валерий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор (НМИЦ радиологии Минздрава России);
- 2) Филоненко Елена Вячеславовна, доктор медицинских наук, профессор (МНИОИ им. П.А. Герцена НМИЦ радиологии Минздрава России);
- 3) Демидова Людмила Владимировна, доктор медицинских наук (МНИОИ им. П.А. Герцена НМИЦ радиологии Минздрава России).

И я бы попросил открытым голосованием проголосовать членов диссертационного совета нашего НМИЦ колопроктологии за то, чтобы ввести наших коллег в заседание диссертационного совета по двум специальностям. Пожалуйста. Кто за это? Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно.

Тогда позвольте нам начать заседание уже в таком расширенном составе. То есть, таким образом, у нас насчитывается сейчас 22 члена диссертационного совета, и присутствуют все, то есть стопроцентная явка.

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

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

Уважаемые коллеги! Соискатель Рядкова Елена Николаевна родилась в 1996 году, а в 2020 году с отличием окончила Ярославский государственный медицинский университет по специальности «Лечебное дело» и поступила в клиническую ординатуру по специальности «Колопроктология» на базе ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России. В 2022 году зачислена в клиническую ординатуру в нашем Центре. И с 2022 года поступила на работу в должности врача-колопроктолога в отделение онкологии и хирургии ободочной кишки.

В настоящее время соискатель подготовила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме: «Лапароскопическая резекция левых отделов ободочной кишки с трансанальной экстракцией препарата».

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

При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста составила 87,6%.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Есть ли вопросы к ученому секретарю? Если нет, спасибо.

Я должен сказать, что у нас научными руководителями являются: Сергей Иванович Ачкасов и Олег Иванович Сушков.

И соответственно назначена ведущей организацией Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы». А официальными оппонентами назначены: Сидоров Дмитрий Владимирович, доктор медицинских наук, заведующий онкологическим отделением № 7 «Онкологический центр № 1» (филиала ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ); и также Ефетов Сергей Константинович, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры факультетской хирургии № 2 имени Г.И. Лукомского ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

И я приглашаю выступить в течение 20 минут Е.Н. Рядкову. Пожалуйста.

Е.Н. Рядкова в течение 20 минут изложила основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

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

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: У меня тогда такой вопрос, чтобы стартовать. У Вас при характеристике пациентов было отмечено, что почти у половины из них были различные абдоминальные вмешательства. Во-первых, о какого рода вмешательствах идет речь? И еще раз я хотел бы уточнить, они каким-то образом влияли на возможность выполнения оперативного вмешательства с трансректальной экстракцией препарата?

Ответ: Спасибо, Юрий Анатольевич, за вопрос. Чаще всего это были пациенты после аппендэктомии и холецистэктомии, поскольку на этапе отбора пациентов мы должны были оценивать, возможно ли вообще выполнение лапароскопического вмешательства.

Пациенты, перенесшие лапаротомию, в принципе не могли быть включены в исследование, поскольку у большинства из них был отягощенный в этом отношении анамнез. Что касается аппендэктомии, холецистэктомии, анамнез этих вмешательств при экстракции какого-то значимого влияния не оказывал.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо. Пожалуйста, вопросы у членов диссертационного совета, присутствующих.
Пожалуйста.

К.м.н. Д.Г. Шахматов: У меня вопрос по дизайну исследования: при выборе дизайна почему был проведен анализ именно этой группы с трансанальным извлечением препарата, и проводилось такое внутренне сравнение у тех, у кого получилось, у кого не получилось, а, например, не сравнение просто, то есть сделать рандомизированное исследование с заведомо определенным уже способом экстракции препарата и формированием анастомоза? Это первый вопрос.

И в нем, может быть, подвопрос: те пациенты, у которых не получилось извлечь препарат – это пациенты, у которых была попытка с вскрытием просвета кишки интракорпорально или же, может быть, по данным интраоперационной ревизии у кого-то уже сразу было принято решение о невозможности экстракции препарата, и таким пациентам выполнялась более стандартная, более традиционная методика?

Ответ: Спасибо за вопросы.

Начнем с техники операции. Всем пациентам выполнялась попытка трансанальной экстракции, то есть, иными словами, до этого момента операция была идентична у всех 100 пациентов: мобилизация кишки, выбор границ резекции, перевязка границ резекции лигатурами, наложение кишечного жома выше проксимальной границы резекции, после чего действительно вскрывался просвет кишки, и осуществлялась попытка трансанальной экстракции препарата. В случае ее неудачи выполнялась минолапаротомия, и уже пересеченный препарат извлекался трансабдоминально.

В отношении возможного сценария рандомизированного исследования. Поскольку одной из задач мы выделили изучение кривой обучения данной методике, мы посчитали, что нужно ограничиться когортным исследованием, и как вариант рассмотреть рандомизированное исследование уже следующим этапом, когда мы поняли, какое количество операций нужно выполнить хирургам, чтобы владеть данной методикой.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Вы удовлетворены, получили ответы? (Да).

У меня такой технический вопрос: после того, как Вы осуществляли трансанальную экстракцию препарата, наверное, анастомоз формировался же сшивающим препаратом,

введенным через прямую кишку, и соответственно дальше Вы каким образом тогда накладывали кисетный шов на прямую кишку с тем, чтобы осуществить формирование анастомоза или Вы прошивали аппаратом, как технически Вы закрывали просвет?

Ответ: После неудачной попытки экстракции препарата выполнялась минилапаротомия. И поскольку мы не включали в исследование пациентов с опухолями прямой кишки, чаще всего никаких проблем с тем, чтобы наложить через минилапаротомный разрез кисетный шов на дистальную культю кишки, не было. То есть у всех пациентов формировался аппаратный циркулярный анастомоз, и закрытие просветов и проксимально, и дистально осуществлялось на кисетных швах.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: А что касается тех, у кого удалось выполнить экстракцию, тогда как у них закрывался просвет, где не было минилапаротомного разреза?

Ответ: Если же трансанальная экстракция удавалась, то после извлечения препарата из просвета прямой кишки извлекался стерильный контейнер, который мы использовали для защиты просвета остающейся кишки, и кисетный шов на дистальную культю накладывался интракорпорально. То же самое было и с проксимальным просветом – интракорпоральный кисетный шов.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Понятно, спасибо. Пожалуйста, еще вопросы.

Д.м.н. Е.А. Хомяков: Спасибо за доклад.

Елена Николаевна, скажите, пожалуйста, почему именно этот тип NOSES был выбран Вами?

И как Вы охарактеризуете группу пациентов, которым можно рекомендовать этот тип вмешательства на амбулаторном этапе, то есть идеальную модель пациента для этой технологии?

Ответ: Мы выбрали данный вариант NOSES, поскольку он никак не связан с полом пациента, что облегчает набор пациентов в исследование. Потому что при трансвагинальном извлечении мы смогли бы проанализировать только группу женщин. Что же касается разных вариантов NOSES, при новообразованиях левых отделов ободочной кишки мы извлекаем операционный препарат через открытый просвет фактически дистальной культы. Если бы мы делали подобное вмешательство при локализации опухоли в правых отделах, то нас бы это обязывало к выполнению ректотомии и дополнительному шву на прямой кишке. Иными словами, чтобы максимально избежать каких-то дополнительных вмешательств в виде ректотомии, кольпотомии, исключить факт влияния

пола на анализ данных, мы остановились на варианте, когда дистальная граница резекции является местом извлечения операционного препарата.

В отношении того, каких пациентов мы бы рекомендовали рассматривать для выполнения такого типа вмешательств, это пациенты с новообразованиями до 5 см, у которых по данным компьютерной томографии глубина инвазии не превышает T₃. Сюда мы бы также включили пациентов с доброкачественными, но эндоскопически неудаляемыми новообразованиями, с индексом массы тела до 35 кг/м². И дополнительно мы бы интраоперационно, естественно, оценивали перед попыткой экстракции окружность препарата, чтобы не осуществлять эту попытку в тех случаях, когда на интраоперационном этапе мы понимаем, что нас ждет неуспех, учитывая те данные, которые мы получили в результате исследования.

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

К.м.н. А.Ф. Мингазов: Оценивали ли Вы отдаленные онкологические результаты?

Ответ: В дизайне нашего исследования не были предусмотрены отдаленные результаты – ни онкологические, ни касающиеся качества жизни, поскольку это было обусловлено временем, за которое нужно выполнить исследование. Так как эта диссертационная работа в рамках аспирантуры и у нас есть некоторый лимит, и набор пациентов закончился в мае 2025 года, мы бы не смогли оценить у всех пациентов отдаленные результаты и получили бы не совсем корректные данные.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
У меня такой вопрос: все-таки значительная часть пациентов, которые были включены в Ваше исследование, они были после локального транскишечного удаления новообразований. При патоморфологическом исследовании выявлялись ли какие-то признаки остатков опухоли в лимфатической системе или в месте резекции? Не было ли этого ощущения, как иногда при трансанальной микрохирургии или после лучевой терапии, когда есть полный ответ, удаляется кишка, а там ничего не оказывается, и тут начинается разочарование? Были ли в Вашем материале такого рода разочарования, что выполненная операция оправдана, может быть, но, вместе с тем, не было признаков опухолевого процесса?

Ответ: У нас было 4 пациента, у которых как раз до нас была выполнена диссекция в подслизистом слое. Я напому, что мы включали пациентов с любыми новообразованиями в левых отделах ободочной кишки и в том числе рассматривали пациентов после эндоскопических резекций, когда мы получали аденокарциному с факторами негативного прогноза. И в одном случае действительно в удаленном патоморфологическом препарате

никаких признаков опухолевого роста выявлено не было, но, на наш взгляд, это не разочарование, а убеждение в том, что теперь мы окончательно стадировали заболевание для данного пациента.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Понятно, спасибо. Пожалуйста, Иван Васильевич.

Д.м.н. И.В. Костарев: Скажите, пожалуйста, у Вас в мультивариантном анализе ни наличие повышенного индекса массы тела, ни диаметр опухоли не сказались как факторы, но в то же время диаметра препарата свыше 16 см сказался, за счет чего? Этот диаметр, значит, за счет брыжейки жирной оценивался, то есть это пациенты именно с наличием повышенной жировой клетчатки в брыжейке? Это первый вопрос.

Ответ: Спасибо за вопрос. Действительно у части пациентов есть такая корреляция, что сама опухоль была небольшого размера, но при этом брыжейка была довольно выраженная. И в литературе примерно такие же данные описывались, при том некоторые авторы использовали разрезы брыжейки перед экстракцией. Но, естественно, учитывая, что у нас онкологические пациенты, мы не могли себе такого позволить, и это являлось лимитирующим фактором, поскольку брыжейка была мобилизована единым блоком с той частью кишки, которая удалялась.

Д.м.н. И.В. Костарев: Но в то же время у Вас есть пациенты с доброкачественными новообразованиями, у части которых тоже не удалось извлечь препарат, я насколько уловил – у 6 пациентов. И в этом случае почему у этих пациентов не удалось извлечь препарат?

Ответ: Здесь, в общем-то, такая же корреляция, что опухоль не всегда является лимитирующим фактором, и конституционные особенности, в том числе толщина брыжейки создает основной массив удаляемого препарата и может как раз быть лимитирующим фактором.

Д.м.н. И.В. Костарев: Но Вы при этом знали заранее, что это доброкачественное же образование, а объем лимфодиссекции здесь как-то сказывался? Потому что при злокачественном образовании Вы идете на один объем лимфодиссекции, соответственно брыжейка будет длиннее, если препарат будет больше, при доброкачественном образовании Вы могли бы обойтись меньше выраженной лимфодиссекцией.

Ответ: Я бы сказала, что объем резекции был примерно один и тот же. Поясню. Когда пациенты с доброкачественными новообразованиями госпитализируются для эндоскопической диссекции, и от коллег мы получаем информацию, что лифтинга нет, и мы не можем исключить в этом случае скрытую малигнизацию, то мы должны сделать операцию такую, как мы бы сделали при подтвержденном злокачественном новообразовании.

Д.м.н. И.В. Костарев: Вы делали какую лимфодиссекцию у пациентов – D3 или D2?

Ответ: Чаще D2, если никаких лимфоузлов по данным КТ и интраоперационной ревизии выявлено не было, то есть большинство пациентов такую резекцию перенесли.

Д.м.н. И.В. Костарев: Спасибо.

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

Пожалуйста, еще вопросы. Если вопросов нет, спасибо, Елена Николаевна.

Я попрошу дать характеристику диссертанту научному руководителю. У Вас тут два научных руководителя. Но, Сергей Иванович, сначала прошу Вас это сделать.

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

Елена Николаевна пришла к нам в ординатуру. И мы всегда, когда видим женщину, приходящую в колопроктологию, мы думаем, что она будет заниматься в подавляющем большинстве случаев общепроктологическими заболеваниями. Но Елена Николаевна сразу же сказала, что мне интересна абдоминальная колоректальная хирургия и тем самым привлекла наше с Олегом Ивановичем внимание к себе. И действительно в ординатуре она осталась в нашем отделении и продемонстрировала себя, как человек, который очень неравнодушен к больному, не боится сложных случаев и очень такой организованный. И эти качества по окончании ординатуры позволили нам опять-таки с Олегом Ивановичем, потому что я уже тогда уходил из отделения, Олег Иванович принимал этот отдел, предложить поступить в аспирантуру Елене Николаевне. И она поступила и взялась за очень непростую тему. Обратите внимание, тема такая не для сиюминутного употребления. Но я хочу, характеризуя Елену Николаевну, сказать о том, что она и в научном направлении демонстрирует дар провидения. Мы вчера с нашими коллегами были в Коммунарке, мы приобрели роботическую установку и учимся сейчас на роботической установке. Для того, чтобы посмотреть различные нюансы, детали этой операции, поехали в Коммунарку, где Александр Вячеславович продемонстрировал две блестящие операции на левых отделах толстой кишки, блестящая мобилизация, блестящая перевязка, работа с сосудами, блестящая резекция, блестящее формирование интракорпорального анастомоза. Но для того, чтобы осуществить экстракцию препарата, был сделан разрез, то есть то же самое, чтобы мы сделали и для формирования анастомоза. И тем самым у нас было ощущение, что нет еще одной необходимой составляющей для того, чтобы сделать операцию завтрашнего дня в хирургии, когда операция будет без разреза, с экстракцией препарата через естественные отверстия, с интракорпоральным анастомозом, и тогда роботическая операция продемонстрирует все свои преимущества.

И мне кажется, что этот первый шаг, первое исследование, которое сделала Елена Николаевна, она нам открывает возможности для того, чтобы сделать роботизированную операцию такой, какая она должна быть. Это только первый шаг, но я, характеризуя исследователя, хочу сказать, что она сейчас уже видит, как будет дальше развиваться хирургия.

Я даю положительную оценку Елене Николаевне. Еще от себя добавлю, что она очень коммуникабельный, очень такой, демонстрирующий эмпатию хирург, что на сегодняшний день очень важно для взаимодействия с пациентом и в коллективе.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо, Сергей Иванович. Олег Иванович, пожалуйста, несколько слов.

Д.м.н. О.И. Сушков: Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Надо сказать, что Сергей Иванович уже практически всё рассказал, поэтому я только от себя добавлю некоторые штрихи к портрету Елены Николаевны.

Мы знаем ее, может быть, чуть больше 5 лет или около 5 лет. Надо сказать, что за это время она стала полноправным членом коллектива, она является штатным сотрудником отделения, и надо сказать, что внесла такие положительные моменты в жизни мужского, собственно, коллектива, где и пользуется заслуженным уважением. Потому что все мы представляем, что такое мужская ординаторская, есть определенные проблемы с бытом. И Елене Николаевне удалось наладить его, но что хотелось бы отметить, что не самостоятельно всё делать за коллектив, а так организовать сотрудников, чтобы они поддерживали чистоту и порядок. Это один такой момент.

Второй момент. Надо сказать, что работать мне с ней было легко и просто, потому что она характеризуется, прежде всего, умением планировать свою работу, в том числе научную; целеустремленностью – была поставлена цель, и к нашей сегодня беседе с Евгением Александровичем по поводу защиты в срок, надо сказать, что просрочка составила 4 месяца, поэтому, я думаю, что с маленькой поправочкой можно сказать, что Елена Николаевна защищается в срок, то есть выполняет план.

И в завершение я буквально перед советом решил посмотреть, как же пациенты относятся к Елене Николаевне. Я знаю, что приходят, говорят, что очень хороший доктор, положительно характеризуют, и это всегда приятно, но формальное отображение этого я посмотрел в Интернете – 61 отзыв, все положительные.

Поэтому я со своей стороны тоже положительно характеризую Елену Николаевну. Судить о результатах работы вам. Всё.

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

Я попрошу Евгения Сергеевича предоставить членам диссертационного совета и присутствующим сведения об апробации, научных работах, отзывах. Пожалуйста.

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

Апробация диссертации прошла на расширенном заседании Ученого совета НМИЦ колопроктологии 23 сентября 2025 года.

На заседании диссертационного совета от 27 октября 2025 года (протокол № 16) избрана комиссия для проверки диссертации на соответствие специальностям в составе: докторов медицинских наук Д.В. Вышегородцева, А.А. Пономаренко, В.Н. Кашникова. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

Она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 01 декабря 2025 года (протокол № 18).

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 3 научные работы, в которых отражены основные ее моменты, 2 работы – в журналах, рекомендуемых ВАК.

Получены отзывы официальных оппонентов: это Ефетова Сергея Константиновича, доктора медицинских наук, доцента, профессора кафедры факультетской хирургии №2 имени Г.И. Лукомского Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, заведующего хирургическим отделением № 2 университетской клинической больницы № 4 Первого Московского государственного медицинского университета; и Сидорова Дмитрия Владимировича, доктора медицинских наук, заведующего онкологическим отделением № 7 «Онкологический центр № 1» – филиала Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городской клинической больницы имени С. С. Юдина 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 Леонтьевым Александром Владимировичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

И также получен отзыв на автореферат от Атрощенко Андрея Олеговича, кандидата медицинских наук, заведующего колопроктологическим отделением Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 67 имени Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы». Он также положительный и критических замечаний не содержит.

Другие отзывы на диссертацию и автореферат в диссертационный совет не поступали.

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

Поскольку у нас замечаний в поступивших документах нет, то я попрошу выступить в качестве официального оппонента Дмитрия Владимировича Сидорова. Пожалуйста.

(Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Во время выступления оппонентом высказан ряд замечаний-рассуждений по работе некритического характера следующего содержания:

В отношении объема выборки. В работе представлено проспективное одноцентровое исследование с участием 100 пациентов, общее количество хирургов 4 с разным объемом выполняемых операций (от 6 до 30, как указано в тексте диссертации). Такое разнообразие и разница в числе операций вполне может ограничивать мощность статистических выводов, особенно в части анализа кривой обучения, что очень важно для хирургов № 3 и № 4, что автором отмечено в своей работе.

В отношении оценки микробиологической контаминации при трансанальном удалении препарата. Был выявлен факт более частой и массивной контаминации брюшной полости в группе трансанального удаления, который хотя и не привел к увеличению инфекционных осложнений в данном исследовании, но, по мнению оппонента, это требует внимания и дальнейшего изучения на более крупных выборках для долгосрочной оценки риска, в частности, не сформируется ли в дальнейшем у этой группы больных большее число спаечных осложнений.

В отношении критериев отбора. Диссертантом предложен порог окружности препарата, составляющий 16,75 см. Безусловно, эта цифра требует внешней валидации, то есть подтверждения в других исследованиях, возможно, в других центрах, которые могут работать по аналогичной методике и либо подтвердят, либо как-то опровергнут эту цифру. А вопрос о том, можно ли на основе предоперационных данных КТ и МРТ с достаточной точностью прогнозировать этот интраоперационный параметр, все-таки остается открытым.

В отношении отдаленных онкологических результатов. Автор не ставил такой цели в своем исследовании, но, по мнению оппонента, будет достаточно интересно проследить судьбу этих пациентов и в дальнейшем сравнить безрецидивную и общую их выживаемость. Тогда работа однозначно приобретет значение онкологической.

В диссертации выявлен основной и значимый предиктор - окружность удаляемого препарата. Но, однако, возможно, именно его извлечения через анальный канал зависит не только от препарата, но и от длины и ширины туннеля, через который проводится

удаляемый препарат. Но эти факторы почему-то в работе оппонентом не найдены, и они никак не учитывались в работе:

- Диаметр и растяжимость прямой кишки и анального канала – даже компактный препарат может не пройти через узкий или ригидный анальный канал. Предоперационная оценка (пальцевое ректальное исследование, аноскопия) в работе носила исключительно качественный характер, но не количественный;
- Высота расположения анастомоза – чем дистальнее пересечена кишка, тем короче потенциально ректоанальный туннель. Автором указано, что параметр «расстояние от опухоли до дистального края резекции» анализировался как предиктор. Технически пересечение на уровне верхнеампулярного отдела или верхне- и среднеампулярного отдела прямой кишки, по мнению оппонента, создает разные условия для экстракции препарата;
- Диаметр просвета кишки на уровне пересечения напрямую ограничивает размер извлекаемого аппарата, но не измерялся интраоперационно;
- Анатомические особенности таза также не были учтены.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Спасибо, Дмитрий Владимирович. Елена Николаевна, есть дискуссионные вопросы, прошу вступить в дискуссию. Пожалуйста.

Е.Н. Рядкова: Дмитрий Владимирович, я благодарю Вас за уделенное время и довольно подробный анализ моей работы и общую положительную оценку работы.

Ваши замечания мы обязательно рассмотрим как для возможного анализа выборки пациентов и какого-то дополнительного исследования, также будем иметь в виду при планировании дальнейших исследований.

Спасибо!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Честно говоря, я ожидал, что Вы более обширно ответите. Дмитрий Владимирович, Вы удовлетворены таким ответом?

Д.м.н. Д.В. Сидоров: Да.

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

Я должен вам сообщить, что у нас Сергей Константинович Ефетов не смог по уважительной причине присутствовать лично и выступить в качестве официального оппонента. Но, согласно регламенту, мы должны тогда попросить Евгения Сергеевича зачитать отзыв, который мы получили от Ефетова Сергея Константиновича. Пожалуйста. (Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо, Евгений Сергеевич. Но я не услышал каких-то принципиальных замечаний.

Ученый секретарь Диссертационного совета к.м.н. Е.С. Суровегин: Принципиальных замечаний нет.

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

Кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, Денис Викторович Алешин.

К.м.н. Д.В. Алешин: Добрый день, уважаемые коллеги!

Совершенствование и развитие медицинских технологий делает всё более востребованной задачу ускорения восстановления пациентов после хирургического лечения и улучшения их физической и социальной реабилитации. И с этой точки зрения работа Елены Николаевны, которая посвящена анализу баланса между потенциальными преимуществами и потенциальными рисками такой перспективной технологии, как NOSES (трансанальное извлечение препаратов), и является, несомненно, актуальной.

На мой взгляд, дизайн исследования вполне соответствует поставленной задаче – сначала с помощью метаанализа сравнительных рандомизированных исследований автором продемонстрировано наличие преимуществ у этой технологии при сопоставимых с традиционной рисками; затем на собственном проспективном когортном исследовании также подтверждено наличие преимуществ, но помимо очевидных, связанных со снижением риска грыж, это еще и снижение риска инфекционных осложнений при опять же отсутствии какого-то увеличения риска осложнений; и помимо всего прочего, на основании исследования уточнены критерии отбора пациентов для этой технологии, что, на мой взгляд, является таким важным практическим выводом из этой работы.

Каких-то принципиальных замечаний у меня по самой работе не было. Мне кажется, что она и логически, и математически достаточно строго построена, и выдержан дизайн исследования. Поэтому и сама работа полностью соответствует всем критериям, предъявляемым к кандидатским диссертациям, а Елена Николаевна достойна присуждения искомой степени.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо. Кто еще хотел бы выступить? Пожалуйста.

Д.м.н., профессор В.В. Старинский: Уважаемый Юрий Анатольевич, Евгений Сергеевич, Елена Николаевна, уважаемые члены диссертационного совета! Я как представитель онкологического сообщества хотел бы несколько слов сказать по поводу данной работы, которую мы слушаем.

Надо сказать, что вообще лапароскопические, торакокопические всякие вмешательства сейчас находят большой отклик и большое внедрение как малоинвазивные доступы для проведения той или иной операции, того или иного вмешательства. Конечно, мы знаем о том, что это и короче пребывание, и быстрее выписываются больные, и меньше травматизация – всё это мы прекрасно понимаем.

И, конечно, в этой работе коснулась Елена Николаевна вместе со своими единомышленниками руководителями той проблемы, которая касается именно профиля данного учреждения. Поэтому когда мы говорим о том, что требуется какой-то навык и апробация на большем числе, может быть, подобных вмешательств, конечно, как этому учреждению колопроктологии, являющемуся профильным и, по-моему, чуть ли не единственным в стране, тем более, такого уровня это однозначно единственным и первым учреждением, то здесь мы ожидаем более широкого внедрения и инициативы для внедрения.

У меня есть небольшой вопрос, возможно, я не совсем понял, что при извлечении путем конверсии, лапаротомическим путем инфицированность была меньше, чем при лапароскопическом. Я не знаю, может быть, это связано с тем подбором как раз тех пациентов, которых коснулась конверсия, конверсия запланированная или вынужденная. Здесь я не совсем это понял. По крайней мере, естественно все эти вопросы могут встречаться и в последующем и будут дорабатываться.

Поэтому я считаю, что как раз работа, тема работы и хорошее освещение, подробное изучение, оно, конечно, заслуживает положительной оценки, безусловно. И я думаю, что такая оригинальная оценка хирургов, кто должен или кого допускать, я не знаю, как тут трактовать, к подобного рода операциям, имеющим уже навыки, такие требования – это оригинальный такой подход и поиск тех оценок, критериев. Мы знаем всегда, когда оцениваем, в какое учреждение следует направлять пациента, и где мы можем получать лучшие результаты – это учреждение, которое имеет навык не менее 50 различных вмешательств. Но с чего-то надо начинать. Мы знаем лапароскопические исследования по гинекологии, при абдоминальных всяких вмешательствах. В онкологии в данном случае это касается определенного такого расположения опухоли в ободочной кишке с левой стороны, где мы понимаем и частоту поражения, и возможные нюансы тех отделов, зон, которые поражаются.

Я считаю, что работу надо поддержать, она, безусловно, заслуживает одобрения.

Спасибо!

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

Спасибо, Валерий Владимирович. Елена Николаевна, пожалуйста, все-таки внесите ясность, что, почему. Возник вопрос у Валерия Владимировича. Пожалуйста.

Е.Н. Рядкова: Благодарю за высокую оценку нашей работы!

В отношении результатов микробиологического исследования стоит отметить, что у всех пациентов переход на минилапаротомию был незапланированный, то есть всем пациентам осуществлялась попытка трансанальной экстракции препарата, и только в случае, если она не получалась, мы переходили на минилапаротомию. Вопрос о том, что чаще обсемененность, в том числе высокой значимости, была выявлена в группе успешной трансанальной экстракции, возможно, связан с тем, что открытый просвет кишки на уровне дистальной границы резекции – в этом случае был довольно длительный промежуток времени, поскольку мы сюда вкладываем и период экстракции препарата, и последующее формирование межкишечных анастомозов интракорпорально как на дистальную, так и на проксимальную культю, что увеличивало время, в том числе именно поэтому в качестве анализа кривой обучения мы рассматривали период интракорпорального этапа, так как считаем, что он был наиболее значимым.

Д.м.н., профессор В.В. Старинский: Спасибо, я понял.

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

Спасибо, Валерий Владимирович. Кто бы еще хотел выступить в качестве неофициального оппонента?

Если нет, я, собственно, попрошу выступить с заключительным словом Елену Николаевну. Пожалуйста.

Е.Н. Рядкова: Многоуважаемые члены президиума и многоуважаемые коллеги! Я бы хотела поблагодарить всех за участие в данном исследовании на том или ином из его этапов.

И, прежде всего, отдельную благодарность выражаю Вам, Юрий Анатольевич, Сергей Иванович и Олег Иванович, как людям, благодаря которым я смогла провести данное исследование на базе федерального центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих.

Отдельную благодарность я хочу выразить сотрудникам отделения онкологии и хирургии ободочной кишки, поскольку они так же, как и я, принимали непосредственное участие в хирургическом лечении пациентов, в ведении этих пациентов до и после операции и помогли мне собирать полноценную развернутую информацию о том, как протекает до-, интра- и послеоперационный период, что позволило собрать полноценную информацию про каждого больного.

Но и всем остальным сотрудникам Центра я тоже искренне благодарна за помощь, которую вы оказывали при любой моей просьбе.

Спасибо!

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

Мы должны избрать счетную комиссию. У нас поступило такое предложение избрать членами счетной комиссии Ивана Васильевича Костарева, Станислава Викторовича Чернышова и Евгения Геннадиевича Рыбакова. Кто за такой состав комиссии? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Прошу приступить членов счетной комиссии к работе.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Уважаемые коллеги! Иван Васильевич, видимо, избран председателем счетной комиссии. И я попрошу его доложить результаты проведенной работы. Пожалуйста.

Д.м.н. И.В. Костарев: Уважаемые члены диссертационного совета, уважаемые коллеги! Протокол № 1 заседания счетной комиссии, избранной советом 21.1.030.01 от 12 февраля 2026 года. Состав комиссии: И.В. Костарев, Е.Г. Рыбаков, С.В. Чернышов. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Рядковой Елены Николаевны 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 – 22, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации – 21. Роздано бюллетеней – 22, осталось не розданных – 0, оказалось в урне – 22.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9. «Хирургия», 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия»: «за» - 22, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Я прошу утвердить протокол работы счетной комиссии. Кто за то, чтобы утвердить? Воздержались? (Нет). Против? (Нет).

/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Я хотел бы обратиться к членам диссертационного совета, всем роздан проект заключения. Есть ли замечания?

(Обсуждение проекта заключения)

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Других каких-то замечаний нет по проекту заключения? Если нет, то

позвольте мне зачитать констатирующую часть. Представленная к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем онкологии и хирургии, является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенное автором исследование содержит решение важной научной задачи – улучшение непосредственных результатов лечения у пациентов с новообразованиями, локализованными в левых отделах 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. Постановления Правительства Российской Федерации от 16.10.2024 г. № 62), а ее автор Рядкова Елена Николаевна заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9. «Хирургия» и 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия».

Кто за данный проект, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Есть ли замечания по ведению диссертационного совета?

Если нет, то позвольте завершить работу диссертационного совета и поздравить, конечно же, Елену Николаевну и соответственно научных руководителей с успешной защитой. Спасибо!

Председатель диссертационного
совета 21.1.030.01, академик РАН, доктор
медицинских наук, профессор



Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук



Е.С. Суровегин

12 февраля 2026 г.