

**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 № 7**
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»

Минздрава России по защите диссертации

Сагидовой Марины Ибаковны

**«Применение ботулинического токсина типа А в лечении хронической анальной
трещины без ее иссечения»,**

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

по специальности 3.1.9 «Хирургия»

от 25 июня 2026 г.

Председатель

диссертационного совета 21.1.030.01

доктор медицинских наук,

профессор, академик РАН

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	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	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
13	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9
14	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
15	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9

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

Ю.А. Шельгин: Уважаемые члены диссертационного совета! Хочу доложить вам, что из 19 членов у нас присутствует 15. Отсутствует соответственно профессор В.А. Горский, доктор медицинских наук Алексей Алексеевич Пономаренко, доктор медицинских наук Андрей Владимирович Федоров и Чернышов Станислав Викторович, доктор медицинских наук. Все отсутствуют по уважительной причине – находятся в отпуске. Таким образом, у нас присутствует 15 членов, кворум есть.

И позвольте открыть работу диссертационного совета, в который поступила диссертационная работа Сагидовой Марины Ибаковны на тему: «Применение ботулинического токсина типа А в лечении хронической анальной трещины без ее иссечения» по специальности 3.1.9 «Хирургия».

Научным руководителем является доктор медицинских наук Мудров Андрей Анатольевич. Официальными оппонентами назначены: доктор медицинских наук, доцент, заведующий отделением абдоминальной хирургии и онкологии (II) Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» Беджанян Аркадий Лаврентьевич; и доктор медицинских наук, профессор, заведующий 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 Стойко Юрий Михайлович.

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

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 Сагидова Марина Ибаковна родилась в 1994 году, а в 2018 году окончила Дагестанский государственный медицинский университет по специальности «Лечебное дело» и поступила в клиническую ординатуру по специальности «Колопроктология» в Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации. В 2022 году зачислена в клиническую аспирантуру в Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. В 2023 году поступила на работу в должности младшего научного сотрудника в отдел общей и

реконструктивной колопроктологии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России.

В настоящее время Сагидова Карина Ибаковна подготовила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме: «Применение ботулинического токсина типа А в лечении хронической анальной трещины без ее иссечения».

Соискатель представил пакет документов. Все они соответствуют требованиям ВАК, предъявляемым к кандидатским диссертациям.

При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста составила 81,8%.

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

Ю.А. Шельгин: Есть ли какие-то вопросы по биографии, по документам? (Вопросов не поступило). Если нет, спасибо, Евгений Сергеевич.

Пожалуйста, Карина Ибаковна, Вам предоставляется возможность представить основные положения Вашей диссертационной работы. Пожалуйста.

К.И. Сагидова в течение 10 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 задавать вопросы по материалам диссертации.

Д.м.н. О.И. Сушков: Несколько вопросов.

Карина Ибаковна, скажите, пожалуйста, у Вас, если я правильно заметил в слайдах, у трети пациентов развились осложнения в основной группе и в контрольной. А какие это были осложнения?

Ответ: Если мы не берем во внимание, что развитие интрасфинктерного свища это осложнение самой процедуры, то случались в 2 случаях в каждой группе тромбоз наружных геморроидальных узлов, транзиторная недостаточность анального сфинктера, которая снижалась уже к 60-м суткам и составила 11 и почти 18%.

Д.м.н. О.И. Сушков: Я понял. То есть Вы внесли нежелательные события и фактически интрасфинктерные свищи всё вместе посчитали. Я понял.

Скажите, а правильно ли я понял, что основным фактором незаживления раны Вы посчитали сохранившийся спазм внутреннего сфинктера и в основной, и в контрольной группе?

Ответ: Да.

Д.м.н. О.И. Сушков: А с чем Вы связываете в основной группе – не туда ввели ботулотоксин или недоучли какие-то обстоятельства? Что, на Ваш взгляд, произошло?

Ответ: Дело в том, что даже у тех пациентов, которые у нас были зарегистрированы как пациенты с сохраняющимся спазмом, в каждом случае было зарегистрировано некоторое снижение давления по сравнению с исходными данными. Но так как они не достигли референсных значений, мы их отнесли в группу сохраняющегося спазма. Также, если у пациентов на одном из каналов датчика выявлялся локальный спазм, мы его также оставляли в группе сохранения спазма. Вероятнее всего, некоторое снижение давления и улучшение перфузии ткани в этих условиях было достаточным для того, чтобы трещина заживала.

Д.м.н. О.И. Сушков: Еще последний вопрос: скажите, пожалуйста, данные же опубликованы в принципе в журнале, не считаете ли Вы необходимым, может быть, внести изменения в клинические рекомендации и метод введения ботулотоксина у пациентов с дефектом анодермы, то есть анальной трещины сделать в качестве метода выбора?

Ответ: Несомненно, у определенной, строго отобранной категории пациентов это будет хорошим...

Д.м.н. О.И. Сушков: Без сосочков и бугорков?

Ответ: Да, которые проявляются выпадением и т.д.

Д.м.н. О.И. Сушков: Спасибо.

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

К.м.н. Р.Ю. Хрюкин: У меня такой вопрос: может быть, я прослушал, а те пациенты, у которых рана не зажила на 60-сутки, какая дальнейшая у них судьба была?

Ответ: Всем пациентам, у которых фиксировалась длительно незаживающая рана, мы провели УЗИ анального канала. У 5 пациентов в группе монотерапии, у 3 пациентов в группе с иссечением трещины были интрасфинктерные свищи прямой кишки. Все свищи были иссечены и зажили в срок 60 суток после операции. Также в дальнейшем всем остальным пациентам, у кого сохранялась длительно незаживающая рана, мы назначали средства со стимуляторами репарации ткани, и в срок до 90 суток раны зажили у 2 пациентов в группе монотерапии и у 8 пациентов в группе с иссечением трещины. Также в каждой группе наблюдалось по 1 пациентке с диагностированной интраректальной инвагинацией. В группе монотерапии рана у пациентки заживление произошло через 6 месяцев после инъекции ботулотоксина. А в группе с иссечением трещины послеоперационный дефект сохранялся в течение года, однако, она от дальнейшего обследования и оперативного вмешательства отказалась ввиду того, что у нее не было никаких клинических проявлений. И дополнительные оперативные вмешательства потребовались 5 пациентам из группы монотерапии и 3 пациентам из группы с иссечением

трещины. Также 1 пациент из группы с иссечением трещины у нас на дальнейшее обследование не являлся, и поэтому данных о нем у нас нет.

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

Ю.А. Шельгин: Карина Ибаковна, я в дополнение к этому вопросу о тех пациентах, у которых в последующем Вы выявили интрасфинктерные свищи: они не были диагностированы до начала лечения или они развились уже как осложнение лечения, как Вы можете ответить?

Ответ: Отвечая на вопрос, осложнение ли это лечения – нет. Потому что введение препарата было вне зоны самого дефекта. А в последующем все свищи по локализации своей были именно в зоне дефекта, то есть это некорректное заживление либо дефекта, либо послеоперационной раны, в области которой сформировался свищевой ход.

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

Ю.А. Шельгин: Извините, я тогда не уловил, то есть это относится к контрольной группе развитие этих интрасфинктерных свищей?

Ответ: Это 3 человека контрольной группы и 5 человек основной.

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

Ю.А. Шельгин: С контрольной понятно. Но получается, если Вы говорите об основной группе, где Вы не иссекали – какая рана? Там дефект – просто есть трещина. И, таким образом, скорее всего, я склонен больше к этому, не были диагностированы свищи в предоперационном периоде, потому что в ином случае трудно, конечно, представить, как они могли возникнуть. Понятно, еще раз говорю, что, когда иссекалась трещина, что она некорректно заживала, плохо контролировалась и т.д.

Ответ: Я бы тут, наверное, уточнила, что во всех случаях основной группы это были не истинные интрасфинктерные свищи, а это были подкожно-подслизистые свищевые ходы, которые сформировались в зоне дефекта.

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

Ю.А. Шельгин: Понятно. Хорошо. Пожалуйста. Иван Васильевич.

Д.м.н. И.В. Костарев: Учитывая вопрос Юрия Анатольевича, тоже вопрос. Учитывая, что трещина не иссекается, когда иссекается трещина, часто бывает, что интраоперационно находится свищ уже во время иссечения, а тут трещина не иссекалась, возможно, наверное, это и являлось причиной, что они не были выявлены, как вопрос и комментарий, может это быть так. Вопрос такой: учитывая, что в рамках дизайна исследования выбранная дозировка 80 ЕД ботулинического токсина – это 2 флакона «Ксеомина», я понимаю, что это в дизайне исследования, исходно утвержденном, Вы его придерживались, на сегодняшний день, на

Ваш взгляд, стоит ли придерживаться этой дозировки? Или, возможно, достаточно 1 флакона 50 ЕД? Это первый вопрос.

Ответ: На сегодняшний день, я думаю, что можно пациенту, у которого ранее не была использована терапия такого формата, можно начать с 40 ЕД действия.

Д.м.н. И.В. Костарев: А почему не с 50 ЕД? Во флаконе 50 ЕД.

Ответ: Или с 50 Ед. Потому что на базе нашего Центра мы изучали именно дозировку 40 ЕД, поэтому я на нее и ссылаюсь.

Д.м.н. И.В. Костарев: То есть, на Ваш взгляд, можно было бы сейчас ограничиться?

Ответ: Возможно, да.

Д.м.н. И.В. Костарев: И вопрос в отношении отдаленного периода не полностью затронут в диссертации. Были ли, уже, может быть, приходили пациенты из основной группы к Евгению Евгеньевичу, у которых в отдаленном периоде произошел рецидив трещины?

Ответ: В рамки нашего исследования это не входило, поэтому какой-то точный ответ я Вам дать не могу. Но я думаю, что Евгений Евгеньевич на этот вопрос ответит вернее.

Д.м.н. И.В. Костарев: То есть таких данных пока что нет в отдаленном периоде?

Ответ: Пока что нет.

Д.м.н. И.В. Костарев: Спасибо.

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

Ю.А. Шельгин: Пожалуйста, еще вопросы. Пожалуйста.

И.И. Дадашев: Скажите, пожалуйста, как Вы оценивали заживление?

Ответ: Оценка заживления происходила на каждой контрольной точке, то есть она включала в себя визуальный осмотр, пальцевое ректальное исследование и всегда аноскопию.

М.А. Захаров: Карина Ибаковна, скажите, пожалуйста, различался ли вид анестезии у пациентов в сравниваемых группах?

Ответ: Да. Пациентам основной группы мы проводили оперативное вмешательство под медикаментозной седацией и местной анестезией, а пациентов контрольной группы мы оперировали под спинальной анестезией.

М.А. Захаров: Спасибо.

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

Пожалуйста, еще вопросы. Пожалуйста.

Д.м.н. А.Л. Беджанян: Карина Ибаковна, скажите, пожалуйста, по результатам работы, получается, в целом лучше результаты при монотерапии, каким больным Вы бы все-таки сделали бы иссечение трещины в дополнение к ботулинотерапии?

Ответ: В дополнение?

Д.м.н. А.Л. Беджаниян: Да.

Ответ: Я бы сказала, что это должна быть обязательно строго отобранная категория пациентов, то есть это пациенты, у которых нет фиброзных полипов анального канала, которые выпадают, нет сторожевых бугорков больших размеров. И тогда, я предполагаю, что эта процедура будет эффективна.

Д.м.н. А.Л. Беджаниян: Спасибо.

И второй вопрос тоже по дозировке: все-таки если речь пойдет о включении в клинические рекомендации, Вы все-таки считаете 80 ЕД такой универсальной дозировкой? Или все-таки необходимо исследовать, индивидуализировать, может быть, по данным профилометрии или массы тела и т.д.?

Ответ: В рамках нашего исследования мы, конечно, не определяли показания для какой-то определенной дозировки действия ботулотоксина. Я, наверное, отвечу на вопрос, почему вообще 80 ЕД. То есть какого-то унифицированного протокола дозировки препарата ни в национальных, ни в международных рекомендациях не существует. Но на базе Центра колопроктологии было исследование, которое сравнивало 10 ЕД и 40 ЕД ботулотоксина. По данным этого исследования, получили увеличение частоты эпителизации послеоперационной раны, и при этом такое 4-кратное увеличение дозировки не привело к увеличению частоты, послеоперационных осложнений, в том числе и развитие недостаточности анального сфинктера. А если мы берем общемировой опыт, то дозировка варьирует от 5 до 200 ЕД. И мы выбрали просто усредненное значение, которое было бы больше 40 ЕД для того, чтобы в том числе попытаться улучшить результаты предыдущего исследования. Но если мы говорим о том, какую дозировку выбрать, и если мы будем опираться на последние агрегированные данные, которые существуют в литературе, то считается, что дозировка от 10 до 50 ЕД считается оптимальной для первого сеанса терапии пациентов, у которых не было предыдущего лечения.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Аркадий Лаврентьевич, Вы удовлетворены ответом? (Да). Пожалуйста, еще вопросы имеются? Пожалуйста.

К.м.н. М.М. Омарова: Карина Ибаковна, скажите, пожалуйста, почему в Ваше в исследование не были включены пациенты с геморроем II-IV стадии? И почему включали пациентов с 2 трещинами?

Спасибо большое!

Ответ: Спасибо. Мы не включали пациентов с геморроем, который требовал бы сочетанного оперативного вмешательства. Потому что также, по данным рандомизированного клинического исследование расширение объема оперативного

вмешательства, а именно операция по поводу хронической анальной трещины, осложненной интрасфинктерным свищом или сочетанное хирургическое вмешательство по поводу геморроя, увеличивало сроки эпителизации послеоперационной раны. И это согласуется с общемировой литературой. Поэтому для чистоты исследования мы таких пациентов не включали. Что касается включения пациентов с 2 трещинами, то мы это делали сознательно. То есть, в первую очередь, это обеспечивало репрезентативность выборки. То есть на практике к врачу-колопроктологу нередко обращаются пациенты с 2 трещинами, и это создает ту самую целевую популяцию тех пациентов, которые обращаются, и тогда мы эти методы лечения могли бы применять и для этих пациентов тоже. А если бы мы их не включали, то это сузило бы наши возможности. И, наверное, еще скажу, что мы применяли достаточно консервативный метод оценки эффективности. И в случае, если у пациента наблюдались 2 трещины, и только одна из них зажила, то он фиксировался как незаживший пациент. То есть мы не завышали эффективность намеренно.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Я думаю, что достаточно, наверное, вопросов. Спасибо.

Пожалуйста, я предоставляю слово научному руководителю Андрею Анатольевичу Мудрову. Пожалуйста.

Д.м.н., доцент А.А. Мудров: Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Карина Ибаковна является нашей ученицей, она пришла к нам сразу после института в клиническую ординатуру. Здесь важно подчеркнуть, что это, наверное, наиболее мотивированные наши ученые – наши ученики. После ординатуры она сделала перерыв, поработала в практическом здравоохранении. И только потом, наверное, поняла, что жить без науки не может, и она вернулась к нам уже в аспирантуру. За это время она себя проявила как прекраснейшей врач, крайне талантливый, тщательный исследователь, написала прекраснейшую работу. И я, честно говоря, горжусь, что я тоже участвовал в этой работе как научный руководитель.

Мне кажется, что тема крайне актуальна. И лично мне кажется.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Андрей Анатольевич, насчет темы – это абсолютно не входит в задачу во время представления нашего соискателя, потому что это судить только членам диссертационного совета. Поэтому прошу характеризовать как ученого, как исполнителя. Извините, что я Вас прерываю, но я еще раз обращаю Ваше внимание.

Д.м.н., доцент А.А. Мудров: Продолжая характеристику как ученого, мне кажется, что Карина Ибаковна полностью осветила данную непростую тему.

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

В таком случае я попрошу ученого секретаря представить нам сведения об апробации, научных работах, отзывах и других документах. Пожалуйста.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суровегин: Уважаемые коллеги! Апробация диссертации прошла на расширенном заседании НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России 17 сентября 2025 года. Она получила положительную оценку.

На заседании диссертационного совета от 27 марта 2026 года (протокол № 5) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе докторов медицинских наук Вышегородцева Д.В., Сушкова О.И., Чернышова С.В. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

Она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 24 апреля 2026 года (протокол № 9).

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 2 научных работы, в которых отражены основные положения выполненной диссертации. Все они входят в список, рекомендуемый ВАК.

Получены следующие отзывы: это отзывы официальных оппонентов: Беджаняна Аркадия Лаврентьевича, доктора медицинских наук, доцента, заведующего отделением абдоминальной хирургии и онкологии № 2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского»; и 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. Они будут озвучены самими оппонентами.

Также получен отзыв ведущей организации – Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», подписанный академиком РАН И.Е. Хатьковым. Он положительный и будет озвучен чуть позже.

Также получен отзыв на автореферат, составленный врачом-колопроктологом ГБУЗ «Городская клиническая больница № 62 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ», кандидатом медицинских наук Додицей Алексеем Николаевичем. Он положительный, критических замечаний не содержит.

Другие отзывы в диссертационный совет не поступали.

И я сейчас зачитаю отзыв ведущей организации – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы» о научной и практической ценности диссертационной работы Сагидовой Марины Ибаковны «Применение ботулинического токсина типа А в лечении хронической анальной трещины без ее иссечения», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия. (Зачитывает отзыв).

Заключение: диссертационная работа Сагидовой Марины Ибаковны «Применение ботулинического токсина типа А в лечении хронической анальной трещины без ее иссечения», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия», является завершенной, самостоятельно выполненной научно-квалификационной работой, содержащей решение актуальной научной задачи – оценке эффективности применения ботулинического токсина типа А в качестве монотерапии в лечении хронической анальной трещины, имеющей существенное значение для специальности 3.1.9 «Хирургия». По актуальности, научной новизне, практической значимости, объему и методическому уровню диссертация полностью соответствует требованиям п. 9 Положения о порядке присуждения ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации № 842 от 24 сентября 2013 года (в действующей редакции постановления Правительства Российской Федерации), предъявляемым к кандидатским диссертациям, а ее автор Сагидова Марина Ибаковна заслуживает присуждения искомой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия». Ведущая организация подтверждает, что соискатель не является ее сотрудником и не имеет совместных научных работ по теме диссертации, подготовленных на базе ведущей организации.

Диссертационная работа и отзыв заслушаны, обсуждены и одобрены на заседании колопроктологического отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», протокол № 5 от 08 мая 2026 года. Отзыв составлен заведующим колопроктологическим отделением Центра им. А.С. Логинова Даниловым Михаилом Александровичем.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Евгений Сергеевич, спасибо. Я думаю, что, наверное, вопросов нет.

Пожалуйста, я попрошу в качестве официального оппонента Аркадия Лаврентьевича Беджаняна, доктора медицинских наук, доцента. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

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

Поскольку замечаний нет, мы тогда продолжим и попросим выступить в качестве официального оппонента Юрия Михайловича Стойко, доктора медицинских наук, профессора. (Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

В ходе выступления оппонентом высказано пожелание о включении используемой в работе методики с применением ботулинического токсина типа А в российских клинических рекомендациях.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Юрий Михайлович, спасибо огромное! Поскольку замечаний особых нет, вопросов нет, еще раз благодарю.

И я хотел бы спросить, кто хотел бы выступить в качестве неофициального оппонента? Иван Васильевич, пожалуйста.

Д.м.н. И.В. Костарев: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, уважаемый Евгений Сергеевич, коллеги!

Лечение анальной трещины, как и других заболеваний, конечно, на глазах оно прошло весь путь, который сейчас в хирургии связан с малоинвазивными технологиями — от радикального вмешательства, связанного с иссечением трещины, с выполнением дозированной сфинктеротомии, до технологий, которые исключают уже сам факт иссечения трещины, свидетелями которых мы сейчас являлись на защите диссертации Марины Ибаковны.

Конечно же, следует упомянуть, что даже сама боковая подкожная сфинктеротомия в свое время являлась той технологией, которая была направлена на снижение риска развития анальной инконтиненции. В последующем, как мы помним, в нашем Центре разработкой занимался Евгений Евгеньевич, нитроглицериновая мазь нашла свое применение. Но и она не дала таких убедительных данных, потому что все-таки частота осложнений, связанных с головной болью, с побочными эффектами, все-таки неэффективностью у пациентов с выраженными рубцовыми изменениями.

И появление ботулинического токсина открыло новую веху в развитии малоинвазивного лечения анальной трещины. И в нашем Центре опять-таки инициатором этих исследований являлся Евгений Евгеньевич Жарков, проходило всё во втором отделении. Защитилось сразу несколько работ, как мы помним, применение ботулотоксина с иссечением в сравнении с пневмодивульсией, в сравнении с боковой подкожной сфинктеротомией. И, наконец, эта работа Марины Ибаковны явилась таким сейчас пиком малоинвазивного

лечения хронической анальной трещины, когда, в общем-то, сам дефект не иссекается, не выполняется никаких хирургических действий кроме инъекций ботулинического токсина. И полученные результаты, конечно же, будут являться той опорной точкой для других работ, которые будут выполняться, может быть, даже в других учреждениях, будут сравнивать всё время с этой работой, когда при введении только ботулинического токсина были получены сопоставимые результаты с методикой, сопровождающейся иссечением трещины.

И, конечно, это дает большую практическую значимость, о чем говорил Олег Иванович. Если в дальнейшем в отдаленном периоде не будет получено значимого снижения эффективности, а как раз мы ждем этих результатов, и как раз-таки пожелание к автору потом нам предоставить цифры, может быть, в работе Евгения Евгеньевича, если действительно это будет не какая-то катастрофическая частота рецидивов, то действительно эту методику нужно будет внести в клинические рекомендации. Это будет одной из таких ключевых точек при лечении анальной трещины.

Конечно же, эта методика не снимает всех вопросов. Когда мы ездим по регионам, и я всё время спрашиваю: «Как вы оперируете трещину?», все-таки большинство наших коллег иссекают трещину. Методика еще не нашла такого широкого распространения. Но, тем не менее, я думаю, что это вопрос времени, вопрос финансирования, потому что это все-таки препарат относится к группе, не входящей в перечень обязательных, поэтому многие клиники просто его не покупают, и это отдано в основном на откуп коммерческой медицине. Но, тем не менее, методика, я думаю, что найдет свое развитие. Она в нашем Центре уже применяется в виде платных услуг и пользуется достаточной популярностью среди докторов.

Поэтому, учитывая практическую значимость работы, научную ее составляющую, я, конечно же, хотел поддержать работу. И, безусловно, Карина Ибаковна достойна присуждения искомой степени кандидата наук.

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

Спасибо, Иван Васильевич. Кто еще хотел бы выступить?

Если нет, то позвольте мне предоставить заключительное слово Карине Ибаковне. Пожалуйста.

К.И. Сагидова: Уважаемые члены диссертационного совета, президиум!

Я хочу поблагодарить от всей души всех, благодаря кому эта защита вообще состоялась. Спасибо уважаемому диссертационному совету за предоставленную возможность представить результаты моего исследования, за ваше внимание, за интересные вопросы, за научную дискуссию. Для меня это большая честь и опыт.

Я также искренне благодарна официальным и неофициальным оппонентам. Получать такой положительный отзыв и в том числе признание – это для меня большая честь. Спасибо!

Огромное спасибо моему научному руководителю Мудрову Андрею Анатольевичу за мудрое наставничество, за веру в меня и за неиссякаемое терпение!

Сердечная благодарность всему коллективу Центра колопроктологии за возможность себя чувствовать равноправным сотрудником и особенно коллегам из 2-го хирургического отделения, спасибо, что всегда были рядом и участвовали на всем протяжении моей работы. И не могу не поблагодарить отдел планирования и организации исследований во главе с Алексеем Алексеевичем Пономаренко и лично Марию Андреевну Игнатенко за то, что вы всегда были рядом в самые сложные моменты.

И также я хотела бы поблагодарить свою семью за неиссякаемую веру в меня и это ваш вклад в сегодняшний день.

Спасибо огромное всем присутствующим!

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

Мы должны избрать счетную комиссию. И у нас есть такое предложение в счетную комиссию избрать: профессора Веселова Виктора Владимировича, профессора Кашникова Владимира Николаевича и профессора РАН Рыбакова Евгения Геннадиевича. Кто за то, чтобы избрать комиссию в таком составе? Воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно.

Прошу счетную комиссию приступить к работе.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.
Ю.А. Шельгин: Мы предоставляем слово председателю счетной комиссии Евгению Геннадиевичу Рыбакову. Пожалуйста.

Д.м.н., профессор РАН Е.Г. Рыбаков: Протокол счетной комиссии № 7, избранной диссертационным советом 21.01.030.01 от 25 июня 2026 года. В составе избранной комиссии: профессор В.В. Веселов, профессор В.Н. Кашников и профессор Е.Г. Рыбаков. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Сагидовой Карины Ибаковны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия».

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 19 человек. Присутствовало на заседании 15 членов совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации – 14. 15 бюллетеней было роздано, осталось не розданных – 5, 15 бюллетеней – в урне.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия»: «за» - 15, «против» - нет, недействительных бюллетеней – нет.

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

/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/

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

Ю.А. Шельгин: И я поздравляю нашего замечательного диссертанта с успешной защитой и соответственно с присуждением степени кандидата медицинских наук!

А теперь я попрошу членов диссертационного совета, есть ли какие-то замечания по проекту заключения?

(обсуждение проекта заключения)

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

Ю.А. Шельгин: Тогда позвольте зачитать резюме по кандидатской диссертации Сагидовой Марины Ибаковны «Применение ботулинического токсина типа А в лечении хронической анальной трещины без ее иссечения» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия». Предъявляемая к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем хирургии и является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные автором исследования содержат решение важной научной задачи – оценка эффективности применения ботулинического токсина типа А в качестве монотерапии при лечении хронической анальной трещины. 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

