

**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** № 2

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

Минздрава России по защите диссертации

**Саутиной Екатерины Витальевны**

**«Интермиттирующая пневматическая компрессия в комплексной профилактике  
послеоперационных венозных тромбозмболических осложнений у пациентов  
колопроктологического профиля»,**

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук  
по специальности 3.1.9 «Хирургия»

от 02 марта 2023 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 – 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.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
14.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9
15.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
16.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9
17.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Коллеги, я должен доложить, что у нас из 19 членов ученого совета присутствует 17. То есть, кворум у нас есть, и в диссертационный совет поступила диссертационная работа Саутиной Екатерины Витальевны «Интермиттирующая пневматическая компрессия в комплексной профилактике послеоперационных венозных тромбозных осложнений у пациентов колопроктологического профиля». Работа на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, она выполнена во Втором медицинском университете им. Пирогова на кафедре хирургии, которая базируется на базе городской 24й больницы. Прошу ученого секретаря доложить данные соискателя.

Ученый секретарь диссертационного совета к.м.н. Суровегин Е.С., к.м.н.:

Уважаемые коллеги, соискатель Саутина Екатерина Витальевна родилась 02.05.1989 года в городе Брянск. Там же в 2006 году окончила Брянский городской лицей №1. В 2012 году окончила с отличием Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова по специальности «Лечебное дело». С 2012 по 2014 год проходила обучение в ординатуре по специальности «хирургия» на базе Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Минздрава России. В 2015 году прошла профессиональную переподготовку по специальности «Колопроктология» в Государственном научном центре колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. И также в 2015 году прошла профессиональную переподготовку по специальности «Онкология» на базе РНИМУ имени Н.И. Пирогова. Все сертификаты своевременно продлены и действительны по настоящее время.

С сентября 2012 года работала старшим лаборантом на кафедре общей хирургии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Минздрава России. С 2014 года и по настоящее время ассистент кафедры общей хирургии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Минздрава России. С 2015 года по ноябрь 2015 год работала врачом-хирургом в Государственной клинической больнице №24 Департамента здравоохранения города Москвы. С декабря 2015 года работает врачом-колопроктологом в этой же больнице.

Соискатель подготовила диссертацию на тему «Интермиттирующая пневматическая компрессия в комплексной профилактике послеоперационных венозных тромбозных осложнений у пациентов колопроктологического профиля». При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста составила 82,36%.

Соискатель подготовила и представила в диссертационный совет пакет документов, все они соответствуют требованиям ВАК, предъявляемым к кандидатским диссертациям.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Есть ли какие-то вопросы к Евгению Сергеевичу? Я скажу дополнительную информацию, что тут уже видно со слайда, что научным руководителем является Леонид Александрович Лаберко, профессор кафедры хирургии. Ученым советом назначены официальные оппоненты профессор Варданян Аршак Варданович, кафедра хирургии РМАНПО, и также Петриков Алексей Сергеевич, проделал немалый путь, работает в Алтайском медицинском государственном университете. Ведущей организацией назначен НМИЦ хирургии имени Вишневого. Я тогда попрошу Екатерину Витальевну в течение 20 минут постараться изложить основные положения выполненной диссертационной работы. Пожалуйста.

Саутина Е.В. в течение 16 минут изложила основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

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

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор:

1) Екатерина Витальевна, первый вопрос очень простой. Скажите, почему Вы свою работу так назвали? Интермиттирующая компрессия у пациентов колопроктологического профиля. Мы знаем, что пациенты колопроктологического профиля колеблются от анальной трещины до эвисцерации таза. Почему не назвать просто «при колоректальном раке»? Тем более что в материалах и методах Вы четко ограничиваете эту группу пациентов больными колоректальным раком.

2) Второй вопрос тоже, как зеркало, отражает мой первый. Колопроктологические операции при колоректальном раке колеблются от диссекции в подслизистом слое до висцерации таза. И мы прекрасно знаем, что у больного, например, с диссекцией в подслизистом слое может быть 11 и выше баллов риска Каприни, он входит в группу риска. А больной с эвисцерацией таза по этой характеристике не входит. Но мы знаем, что объем хирургического вмешательства также является фактором риска возникновения тромбоземболических осложнений. Учитывалось ли это как-то у Вас в исследовании? Спасибо.

Ответ: Спасибо за вопрос.

1) Что касается первого вопроса, почему «колопроктологический профиль». За счет специфики работы стационара в этот момент, в основном, это были именно колопроктологические пациенты. Почему именно колоректальный рак преобладает? Потому что, опять же, специфика пациентов, которые в тот момент находились в нашем стационаре, и именно у них предполагались большие операции, длительный постельный режим, что добавляло баллы по шкале Каприни.

2) Что касается второго вопроса, да, действительно, и подслизистая резекция может иметь 11 и более баллов по шкале Каприни. Но какого-то статистически значимого влияния от объема операции нет. Хотя, конечно, по литературным данным, чем больше объем операции, чем больше лимфодиссекция, тем выше риск развития венозных тромбозных осложнений. Поэтому данной категории пациентов будет полезно дополнение стандартного протокола интермиттирующей пневматической компрессией.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Всё? Пожалуйста, Алексей Алексеевич.

Пономаренко А.А., д.м.н.: У Вас в характеристике пациентов приведено, что статистически значимо больше количество пациентов, которым выполнено паллиативное вмешательство. Ведь известно, что если мы не выполняем радикальное вмешательство, сохраняется, будем так говорить, метастатическое поражение, которое, в свою очередь, сопряжено с большей частотой тромбозов, поскольку в этом есть определенная закономерность. Скажите, почему у Вас такое распределение получилось? С чем это связано? То есть в группе основной Вы чаще выполняете паллиативное вмешательство. И проводился ли дополнительно анализ, например, в виде факторного анализа, который бы показал, что является этим фактором, увеличивающим вероятность тромбоза, или нет?

Ответ: Нет, дополнительный анализ не проводился относительно радикальных и паллиативных вмешательств.

Пономаренко А.А., д.м.н.: Второй вопрос тогда. Чем обусловлено, что Вы выбрали именно такую методику? Она принята в мире или это Ваши собственные наработки по поводу использования такой профилактики?

Ответ: Интермиттирующую пневматическую компрессию используют в мире, но чаще ее используют как монопрофилактику, как альтернативу, допустим, в силу невозможности введения антикоагулянтов, наложения эластического трикотажа. А именно как дополнение стандартного протокола это исследование впервые.

Пономаренко А.А., д.м.н.: Я правильно понимаю, что это Ваши личные наработки? То есть использование именно такой методики.

Ответ: Да.

Пономаренко А.А., д.м.н.: Тогда такой вопрос. Было ли пилотное исследование перед этим исследованием для того, чтобы доказать его безопасность и так далее? Вот в таких аспектах проводился ли этот анализ?

Ответ: Лично нами – нет. А так, в принципе, относительно режимов работы, относительно безопасности использования манжет, аппарата самого, то да, исследования проводились.

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

Сушков О.И., д.м.н.: Екатерина Витальевна, мой вопрос в продолжение, касается однородности групп. Скажите, пожалуйста, я правильно понял, что Вы включали пациентов с баллом по шкале Каприни 11 и выше?

Ответ: Да, всё верно.

Сушков О.И., д.м.н.: У Вас в таблице написано, что соответствуют этому критерию только 55% в основной группе и 45% в контрольной. Это каким образом получилось? И скажите, пожалуйста, у Вас здесь сроки пребывания в палате, я так понимаю, в реанимации отличаются – 1 день в основной и 3 в контрольной.

Ответ: Дело в том, что в основной группе пациенты были, скажем так, более мотивированы к ранней активизации, и, соответственно, их постельный режим, сроки нахождения в реанимации за счет этого зачастую уменьшались, поскольку все-таки сама пневмокомпрессия доставляет определенный дискомфорт. Это аппарат, это манжеты, это сам факт компрессии. В контрольной группе, соответственно, подобной мотивации не было. А относительно 11 баллов все пациенты подбирались 11 и более баллов по шкале Каприни.

Сушков О.И., д.м.н.: Я просто из таблицы. Тут написано, число пациентов с 11 и более баллами в основной группе 55 и 45%. Вот, да, зеленое.

Ответ: Статистически значимой разницы здесь нет.

Сушков О.И., д.м.н.: Понятно. То есть Вы отбирали с меньшим количеством баллов, я так понимаю из таблицы.

Ответ: Да, но это небольшое количество. От 10,9 и +/- разница.

Сушков О.И., д.м.н.: И последний вопрос. Скажите, пожалуйста, а Вы учитывали такой фактор, как проведение химиотерапии? Может быть, Вы скажете, у какого количества она проводилась в основной и контрольной группе?

Ответ: Нет, к сожалению, этот факт мы не учитывали. Это, возможно, на будущее для работы с онкологами будет действительно актуально.

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

Пономаренко А.А., д.м.н., профессор: Скажите, Вы продемонстрировали достаточно очень хорошие результаты. Вы сейчас внедрили эту технологию у себя? Вы сейчас всем пациентам с таким риском выполняете именно такую методику?

Ответ: Да, это внедрено в работу стационара.

Пономаренко А.А., д.м.н., профессор: Внедрено в практику и Вы это полноценно используете.

Ответ: Да.

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

Шельгин: Пожалуйста, у кого еще возникли вопросы из присутствующих? Иван Васильевич, пожалуйста, Костарев.

Костарев И.В., д.м.н.: Скажите, пожалуйста, Вы оценивали комплаентность. Понятное дело, что когда пациент находится в реанимации, то компрессию осуществлял персонал. А после перевода в отделение это пациент сам должен был осуществлять компрессию?

Ответ: Если пациент был в состоянии сам включать-выключать аппарат, то да. А если нет, то он вызывал медперсонал.

Костарев И.В., д.м.н.: То есть в комплаентности участвовал не только сам пациент, а и медперсонал.

Ответ: Да.

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

Шельгин: Пожалуйста, есть ли еще вопросы? Пожалуйста, Евгений Сергеевич.

Суровегин Е.С., к.м.н.: У меня два коротких вопроса. Первый, насколько я понимаю, интермиттирующая компрессия это опция именно для лежачих больных? То есть ранняя активизация пациентов настолько же эффективна в плане профилактики тромбоэмболических осложнений? Или раннюю активизацию и интермиттирующую компрессию можно сочетать для еще большего снижения риска венозных тромбоэмболических осложнений?

Ответ: Да, их не то чтобы можно, а нужно сочетать для большего эффекта.

Суровегин Е.С., к.м.н.: Даже для пациентов активизированных.

Ответ: Да, с ранней активизацией.

Суровегин Е.С., к.м.н.: И второй вопрос. Вы написали, что профилактика тромбоэмболических осложнений осуществлялась и после выписки из стационара. Каким образом и как это контролировать? Потому что это очень трудно в организации процесса.

Ответ: Мы рекомендовали ношение трикотажа в течение месяца после операции. Не ношение трикотажа, а использование его в период длительного отдыха и в период ночного отдыха. Выбор в плане назначения антикоагулянтов на амбулаторном этапе оставался за лечащим врачом, это было не более чем в 30% назначено. А контроль – да, к сожалению, это либо очная явка, то есть со слов пациента, либо при телефонном опросе.

Суровегин Е.С., к.м.н.: Спасибо.

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

Шельгин: Но я так понимаю, что тут Евгений Сергеевич спрашивал о возможности применения после выписки именно интермиттирующей пневмокомпрессии. Наверное, это же нереально организовать, учитывая стоимость аппарата.

Ответ: Нет, конечно.

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

Шельгин: Поэтому понятно. Пожалуйста, есть ли еще вопросы?

Вопрос: Хотелось бы уточнить Ваше отношение к тромбозам поверхностных вен и глубоких. Это принципиально отличающиеся по рискам состояния? Тактика лечения или профилактики может ли отличаться при поверхностных и глубоких тромбозах? И как Вы объясняете ТЭЛА у пациента с поверхностным тромбозом? Насколько это частое вообще явление?

Ответ: Это явление не такое частое, однако тромбоз поверхностных вен является самостоятельным, скажем так, участком венозных тромбоэмболических осложнений. Он в 16% случаев ассоциирован с тромбозом глубоких вен и в 6% может являться источником тромбоза легочной артерии. У одного из пациентов мы и получили тромбоз легочной артерии.

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

Шельгин: Есть ли еще вопросы? У меня такой вопрос. Может быть, не совсем в рамках темы выполненной диссертационной работы. Вот, положим, у кого есть тромбоз венозный. Что Вы делаете тогда в этой случае у этой категории больных, которые не вошли в Ваше исследование? Насколько понимаю, поскольку это служило противопоказанием для применения такой тактики, Вы предполагаете установку фильтров? Что делается в вашей клинике для того, чтобы не допустить и снизить риски тромбоза?

Ответ: Если выявлен бессимптомный тромбоз, то нужно своевременно начать лечение, лечебные дозы антикоагулянтов, опять же, эластический трикотаж. Если же это



флотирующий тромбоз с рисками, то необходимо привлекать сосудистых хирургов с имплантацией кава-фильтров на первом этапе до онкологической операции.

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

Шельгин: То есть вы все-таки это делаете, получается, именно до проведения оперативного вмешательства? С Вашей точки зрения, невозможно это сочетать, одновременно сделать, синхронно? В чем здесь, почему именно такая тактика?

Ответ: Дело в том, что у нас нет сосудистых хирургов, которые могли бы имплантацию кава-фильтра сделать одновременно с нашей онкологической операцией. То есть пациента либо нужно отдать в многопрофильный центр в такой ситуации либо привлечь сторонних специалистов.

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

Шельгин: То есть если выявляете, положим, это на амбулаторном этапе, если выявляется такое явление, то Вы не госпитализируете, отправляете к сосудистому хирургу, а потом уже оперируете. А вот, положим, тогда вопрос такой. Уже установили кава-фильтр, и тогда является ли в этом случае именно применение этой методики противопоказанием для ее применения? Вроде бы всё тут нормально. Или Вы уже опасаетесь за то, что забьется кава-фильтр? Как Вы думаете?

Ответ: В ситуации при установленном кава-филт্রে риск возникновения тромбоэмболии легочной артерии минимален, поэтому и использование пневматической компрессии в принципе просто не имеет большого смысла.

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

Шельгин: Понятно. Хорошо. Пожалуйста, еще вопросы. Да, Илья Владимирович.

Назаров Илья Владимирович: Здравствуйте. У меня такой практического плана вопрос. Вы получаете пациента, которого готовитесь взять на эндоскопическую полипэктомию. Пациент колопроктологического профиля старшей возрастной группы. И у него 11 баллов по шкале Каприни. Или, например, хорошо, он не крайне высокого риска, а высокого или умеренного риска. Давайте так, вот 11 и выше. Как Вы будете профилактировать тромбоэмболические осложнения у пациента на полипэктомию?

Ответ: Пациент на полипэктомию он обладает тем рядом преимуществ, что он, конечно, активен. То есть ранняя активизация, она не то что ранняя, она не прекращается у него. И что касается пневмокомпрессии, то дело в том, что она не будет работать 18 часов, потому что он не будет находиться в постели, он активен, пациент. Поэтому, честно говоря, дополнять именно вот полипэктомию не стоит.

Назаров Илья Владимирович: Вот я просто возвращаюсь к вопросу Евгения Сергеевича, который и акцентировал внимание на ранней активизации. Если пациент активизируется буквально сразу после операции, даже имея 11 баллов по шкале Каприни, нужно ли применять этот метод?

Ответ: Пациенты разные. Если он активен действительно 24 часа в сутки, за исключением ночного интервала отдыха, то, в принципе, нет смысла для пациентов с настолько минимальным объемом вмешательства в наложении пневмокомпрессии.

Назаров Илья Владимирович: А как с точки зрения организации процессов, например, когда мы говорим об алгоритме профилактики тромбоэмболических осложнений в стационаре колопроктологического профиля? Как объективизировать этот критерий, чтоб наши врачи понимали, в каком случае мы будем назначать при полипэктомии низкомолекулярные гепарины и интермиттирующую компрессию, а в каком – нет? У Вас есть такие рекомендации? Можете поделиться с нами опытом?

Ответ: Да, у нас в стационаре есть специальная карта, она во всех историях болезни с оценкой риска тромбоэмболических осложнений. И когда вы отмечаете факторы риска, получаете искомую сумму баллов, а внизу под этим рекомендации, кому назначать, в какой дозировке и в каком случае дополнять эластической компрессией либо другими механическими методами, допустим, электромиостимуляций.

Назаров Илья Владимирович: Последнее самое, последнее дополнение к этому вопросу. Ну, мы сделали оценку по шкале Каприни. Пациент 75+. Возраст, сопутствующая патология, там уже баллов набегало на 11 и выше. Может быть, меньше, окей, но все равно. То есть мы будем назначать ему низкомолекулярные гепарины, ну, и компрессию. Правильно?

Ответ: группа неоднородна высокого риска. Пневматическую компрессию имеет смысл начинать пусть не с 11, но где-то 9-10 баллов. А 8 и ниже можно не дополнять.

Назаров Илья Владимирович: Спасибо.

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

Шельгин: Есть ли еще вопросы? Хватит? Ну, хорошо. У меня единственное еще все же таки вопрос, пожалуйста. Все ж таки какие патологические процессы были у пациентов, которые вошли в Ваше исследование? Без перечисления процентного отношения. Назовите диагнозы. Колоректальный рак – понятно. Что еще было?

Ответ: Колоректальный рак, рецидивы местные, допустим, которые потребовали выполнения операции.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Рецидивы рака имеется в виду?

Ответ: Да. Пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника было мало на тот момент, поэтому в основном это колоректальный рак.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Понятно. Хорошо, спасибо. Пожалуйста, я тогда попрошу сейчас - кого мы приглашаем? Давайте мы попросим тогда профессора Лаберко рассказать, как, мучился он или нет.

Лаберко Л.В., д.м.н.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены ученого совета, гости, мне очень просто характеризовать Екатерину Витальевну, потому что человек всеми своими периодами профессиональной деятельности связан с нашей кафедрой и связан с нашей клиникой. Сегодня такая интересная меня посетила ассоциация. Мы сегодня присутствуем на ученом совете, где защищаются уроженцы Брянска. Вот. Екатерина Витальевна тоже училась в Брянске, закончила там школу, поступила в наш институт. И уже на протяжении обучения в университете стала проявлять интерес к научной работе, посещая студенческий научный кружок на нашей кафедре, принимая активное участие в работе этого кружка. В связи с чем после, собственно, окончания института у нее не было альтернативы, она поступила в ординатуру на нашу кафедру, где продолжила заниматься научной работой. Это не единственное научное направление Екатерины Витальевны, просто именно это направление у нее как бы претворилось в научную работу диссертационную.

Екатерина Витальевна, я продолжаю про ассоциации, кроме того, что она тоже с отличием закончила школу, как предыдущий диссертант, Екатерина Витальевна тоже радикально поменяла свою профессиональную направленность. Будучи хирургом, она прошла цикл переподготовки и стала колопроктологом. Как Сергей Иванович говорил, прямо всё один в один, какие-то такие у них ассоциации. Также немного задержала диссертационное исследование, потому что принимала активное участие в ликвидации этой самой ужасной пандемии, про которую мы все хорошо знаем. То есть апробировалась она до ковида, а защищается теперь только после.

Екатерина Витальевна очень активный человек, она продолжает, будучи сотрудником колопроктологического отделения, она продолжает работать активно на кафедре общей хирургии, она ведет студентов, продолжает заниматься учебной работой. И отношение Екатерины Витальевны очень, я думаю, показательно. Если обратить внимание, какое количество сотрудников 24-й Городской клинической больницы присутствует на защите,

это как раз характеризует отношение сотрудников к Екатерине Витальевне. Студентов нет, но я вас уверяю, что студенты ее тоже очень любят.

Екатерина Витальевна очень активный человек, она продолжает свою научно-практическую деятельность. Сейчас у нее сфера направления немного поменялась, она стала заниматься активно малоинвазивными методами лечения геморроя, где тоже достигла достаточно больших профессиональных навыков и высот. Поэтому со своей стороны я хочу сказать, что Екатерина Витальевна по своим человеческим, моральным, этическим качествам является человеком, который, безусловно, заслуживает присвоения ей этой ученой степени.

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

Шельгин: Это уже Вы погорячились.

Лаберко Л.В., д.м.н.: Это мое мнение, Юрий Анатольевич.

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

Шельгин: Нет-нет, а мнение это вы не имеете право высказать, потому что Вы только характеризуете именно способности, старательность, таланты. Опять же, мы видим, что, конечно, если взять по сегодняшним защитам, которые прошли, то Брянск вообще, оказывается, такое, так скажем, специальное место по подготовке кадров для колопроктологии выдающихся. Поэтому что можно сказать? Вот это самое главное, что мы на сегодняшний момент понимаем. Спасибо огромное.

Лаберко Л.В., д.м.н.: Спасибо.

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

Шельгин: И я хотел бы Евгения Сергеевича попросить доложить о тех документах, которые поступили в ученый совет. Пожалуйста.

Ученый секретарь диссертационного совета к.м.н. Суровегин Е.С.: Апробация диссертации прошла на Научно-практической конференции кафедры общей хирургии лечебного факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, врачей колопроктологических и хирургических отделений Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Городской клинической больницы №24 03 февраля 2022 года, протокол №4.

На заседании диссертационного совета от 21.10.2022 года, протокол №9, избрана комиссия для проверки диссертации в составе Сергея Алексеевича Фролова, Александра Михайловича Кузьмина и Александра Юрьевича Титова. Диссертация получила

положительную оценку, рекомендована к официальной защите. Она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 21.12.2022 года, протокол №11.

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 5 научных работ, в которых отражены основные положения выполненной работы.

Получены отзывы. Отзывы официальных оппонентов доктора медицинских наук, доцента Варданяна Аршака Вардановича, профессора кафедры хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и доктора медицинских наук Петрикова Алексея Сергеевича, профессора кафедры факультетской хирургии имени И.И. Неймарка с курсом ДПО Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Они будут озвучены самими оппонентами чуть позже. Также получен отзыв ведущей организации Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, составленный заведующим отделением абдоминальной хирургии Марковым. Он положительный. И получен один отзыв на автореферат из Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №24» Департамента здравоохранения города Москвы, подписанный заведующим хирургическим отделением, кандидатом медицинских наук Александром Рудольфовичем, он тоже положительный. Других отзывов в ученый совет не поступало.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Есть ли вопросы к Евгению Сергеевичу по поступившим документам? (Нет). Спасибо. Тогда я попрошу, Аршак Варданович, Вас выступить в качестве официального оппонента. (Отзыв прилагается).

Варданян А.В., д.м.н., доцент: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемый Евгений Сергеевич, глубокоуважаемые коллеги, позвольте сказать несколько слов по поводу представленной диссертационной работы. Безусловно, это очень интересная и нужная для практического здравоохранения работа, но я попытаюсь сейчас несколько подробнее остановиться.

Вспоминаю первую конференцию Ассоциации флебологов России, которую вел академик Виктор Сергеевич Савельев. И тогда секция касательно этой проблемы звучала таким

образом: «Венозные тромбоэмболические осложнения: фатальная неизбежность или контролируемая опасность?» Вот на сегодняшний день это также звучит актуально, поскольку проблема эта занимает третье место в структуре сердечно-сосудистых заболеваний после ишемической болезни сердца и инсульта.

В диссертационной работе обсуждалась онкологическая группа. Так вот это не зря, потому что в 4-7 раз более высокий риск венозных тромбоэмболических осложнений по сравнению с населением в целом. Возьмите пациентов с тромбозом глубоких вен. У этих пациентов в 20% случаев приблизительно выявляются онкологические заболевания. То есть если тромбоз глубоких вен есть у пациента, онкопоиск должен быть обязательно произведен. Безусловно, венозная тромбоэмболия это вторая причина смерти у онкологических больных.

Поскольку здесь в аудитории различные вопросы тоже прозвучали, считаю, может быть, необходимым до триады Вирхова опуститься. Триада Вирхова что из себя представляет? Стаз, гиперкоагуляцию, повреждение эндотелиальной выстилки. Как это всё происходит в практической деятельности? Мы подаем больного в операционную, и там эндотрахеальный наркоз. Во время эндотрахеального наркоза замедляется венозный кровоток в венах, дренирующих голени. Раз замедляется, то гиперкоагуляция. А дальше что? Дальше вазодилатация, то есть эндотелиальная выстилка получает такие микротравмы, микротрещины. То есть триада Вирхова реализовалась. И вряд ли в эту ситуацию войдут больные, которым мы проводим, поскольку вопрос здесь прозвучал, полипэктомия под обычной седацией. Да нет, не войдут туда.

Это обычные ситуации. Что касается онкологической ситуации, тут очень непросто. Почему? Потому что, как было дано в материале, обычную профилактику проводили. То есть это не обычная, это базисная профилактика антикоагулянтами, и другая группа была еще добавлена пневмокомпрессия. И, как вы видите, разница большая. Почему это всё происходит? Есть ответы на эти вопросы, потому что занимаются сейчас очень скрупулезно биомаркерами, на молекулярном уровне изучают эту проблему. Вам хорошо известны такие биомаркеры, как D-димер. D-димер и P-селектин вошли в модифицированную шкалу Хорана для оценки риска развития тромбоэмболических осложнений у онкологических больных. Это не зря всё, потому что это особая группа. По шкале Каприни или даже без шкалы Каприни это очень сложные пациенты.

Недавно, можно сказать, очень интересная, может быть, даже революционная работа была выполнена в Университете Западной Виргинии. У меня эта схема – этапы развития онкологического процесса и ВТЭО с участием этих биомаркеров. И вот изучались

неклеточные нейтрофильные ловушки, то есть NETosis. И вот коллеги из Западной Виргинии разделили процесс этот на четыре таких разделения по схеме. Вот пациент поступает. Диагностический процесс идет. Потом оперативный процесс идет. При резекции опухоли уже идет активация дремлющих опухолевых клеток. Дальше вступают в силу эти нейтрофильные ловушки NETs, то есть образуется такой фибриновый каркас. И вот процесс этот пошел. Дальше уже идет инвазия, метастазирование, венозные тромбоэмболические осложнения. Но венозные тромбоэмболические осложнения это же не значит, что сразу тромбоэмболия произошла. Это венозный тромбоз, тромбоз глубоких вен произошел. И вот тут на этом этапе, конечно, мы не можем это всё очень четко контролировать и довести до нуля, до минимума, до самого лучшего результата. Но минимизировать это мы можем. И поэтому поиск идет. И в данной работе как раз озвучено, что было сделано. И показано, что когда без пневмокомпрессии как было и с пневмокомпрессией лучше.

Теперь о данном методе. Этот метод не новый. У меня есть руководство по тромбозам, подаренное еще более 40 лет тому назад моим отцом мне. Я эти дни буквально открыл и посмотрел, поскольку помнил, что это есть. Более 40 лет это относится, может быть, 50 лет где-то, пневмосапожок такой был у наших иностранных коллег. Они этот пневмосапожок подключали к баллону, баллон, наверное, кислород там был, я уж не могу сказать, качал этот сжатый газ. И проводилась пневмокомпрессия. И там в руководстве было указано, что, безусловно, это неудобство большое вызывало медперсонала, больного. А что это значит? Это значит, метод этот все-таки был признан как ускорение венозного кровотока, и необходимо было модифицировать, модернизировать, чтоб эволюция была этого метода. И она постепенно имела место. Притом, у нас в России тоже эти пневмокомпрессоры тоже стали изобретать, и один такой пневмокомпрессор я притащил в Боткинскую больницу и использовал. В общем, оптимизма он не проявил, потому что очень грубый сапожок был, без всяких режимов, без всего. Я от него отказался. Следующий этап был, корейская фирма просто принесла, подарила пневмокомпрессор, очень красивый на вид. И, окрыленный, я, что как раз тогда над докторской диссертацией работал, окрыленный, что проблема у нас решена, пустил этот пневмокомпрессор в реанимационное отделение. На следующее утро, когда пришел, урологи мне погрозили буквально кулаком, потому что показали, какие гематомы после этого пневмокомпрессора на этом пациенте. Ну, и тут, конечно, это выражение уместно – «бойтесь данайцев, дары приносящих». Да. Тут же ликвидировали этот пневмокомпрессор, и решил больше к этой проблеме не возвращаться.

Но потом на конгрессах обычные выставки бывают, и когда я увидел очередной пневмокомпрессор, высказал свой скепсис, но было сделано мне такое замечание, что я недостаточно изучил эту проблему, что нынешние пневмокомпрессоры с мозгами, там чип. Потом, когда всё рассказали, на апробацию выдали этот пневмокомпрессор. Он ходил по Боткинской больнице, Олег Борисович Лоран тогда операцию Штудера делал, мы использовали в других операционных. И прекрасные результаты. Мы потом ходили по реанимации с переносным Допплером, смотрели. И если мы находили, то тромбоз суральных вен находили. И потом Боткинская больница закупила. И у нас практически в каждой операционной есть. Тут отдельный вопрос, что хирурги не всегда хотят пользоваться этим.

Провели другое исследование. При вентральных грыжах без антикоагулянтов провели пациентов. Прекрасные результаты. Сделали ультразвуковое ангиосканирование – никаких тромбозов.

Но, опять-таки, возвращаясь к онкологическим пациентам, это совершенно другие пациенты, где активизируется система гемостаза, куда вступают эти биомаркеры, нейтрофильные ловушки и так далее. Именно поэтому, конечно же, здесь этот метод очень уместен. И исследование, которое сделано, оно проливает такой хороший свет на эту проблему и позволяет рекомендовать, конечно, использовать этот метод.

Теперь касательно диссертации скажу, что я ознакомился. Научная новизна, безусловно, здесь есть в эффективности интермиттирующей пневмокомпрессии, режимы. Произведена очень серьезная статистическая обработка, я даже смотрел и восхищался, даже последние гайдлайны использованы, указан этот гайдлайн в списке литературы. И достоверность полученных результатов подтверждается дизайном научного исследования.

Если говорить об оценке содержания и завершенности в целом и о замечаниях, то диссертация традиционным стилем изложена, главы традиционные, как всё положено, список литературы, заключение. Грамотным хорошим литературным языком она изложена. Продемонстрирована практическая значимость работы. Выводы логически вытекают из поставленных задач исследования. Практические рекомендации тоже из поставленных задач. И положительная сторона работы является ее широкая апробация на международных и российских конференциях. Я смотрел, как Вы успели вообще на стольких конференциях и международных доложить? Сейчас, наверное, с изменением ситуации это было бы гораздо сложнее. Но, слава богу, что Вы это успели сделать.

Замечания к работе, в ходе обсуждения мы эти вопросы решили, их практически нет. Но я хотел бы некоторые такие вопросы задать нашему соискателю. Скажите, пожалуйста, в



каких случаях Вы проводили профилактику пневмокомпрессией после операции, и перед проведением проверяли Вы наличие тромбоза в венах нижних конечностей и малого таза? Саутина Е.В.: Мы проверяли проходимость вен нижних конечностей обязательно. То есть мы выполняли УЗИ-ангиосканирование до наложения пневмокомпрессии. Либо это были амбулаторные свежие результаты либо мы выполняли их сами накануне операции. Если это были экстренные пациенты, то в течение 12 часов после операции до наложения пневмокомпрессии. А выполняли мы наложение пневмокомпрессии пациентам с 11 и более баллами по шкале Каприни.

Варданын А.В., д.м.н., доцент: Как осуществлялся контроль ультразвукового ангиосканирования вен нижних конечностей в течение 30 дней после выписки из стационара? И как Вы осуществляли контроль за дальнейшей амбулаторной профилактикой?

Саутина Е.В.: В течение нахождения в стационаре всё просто, это осуществлялось специалистом каждые 3-5 дней. После выписки мы приглашали через 30 дней и через 180 дней. Соответственно, тех, кто приехал, мы также осмотрели, выполнили УЗИ-ангиосканирование, ну, и клинический осмотр. Была часть пациентов, которые отказались по каким-то причинам. Через месяц мы осмотрели где-то половину, а через 6 месяцев где-то треть пациентов. Это телефонный опрос для выявления именно симптоматических эпизодов венозных тромбоэмболических осложнений.

Варданын А.В., д.м.н., доцент: Спасибо, спасибо.

Коллеги, прежде чем заключить, хочу еще раз отметить, что данная работа очень имеет большое практическое приложение, она необходима, потому что, еще раз хочу подчеркнуть, что онкологическая группа пациентов это особая группа пациентов. Оценка идет, безусловно, по шкале Каприни, но даже и без этого это особая группа, где, так сказать, ожидаемы все эти тромботические осложнения. И этот эволюционный шаг, который делается, безусловно, только в пользу данной проблемы.

И позвольте заключить, что, таким образом, диссертационная работа Саутиной Екатерины Витальевны «Интермиттирующая пневматическая компрессия в комплексной профилактике послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов колоректального профиля» является законченной научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных автором исследований разработаны важные теоретические и практические положения. Их совокупность может позволить внедрить в практику новый алгоритм эффективного превентивного протокола,

позволяющего существенно улучшить результаты профилактики послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений.

Диссертация соответствует требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени п.9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации, и дальше идут перечисления 82 от 24 сентября 2013 г. и так далее. И главное, что № 426 от 20.03.2021 г., а ее автор Саутина Е.В. заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо, Аршак Варданович. Я не знаю даже, на вопросы уже вызвали, и соискательница у нас ответила. Только, может быть, дадим возможность поблагодарить за действительно глубокий анализ диссертации. Пожалуйста.

Саутина Е.В.: Глубокоуважаемый Аршак Варданович, огромное Вам спасибо за такой глубокий анализ действительно. Мы с Вами очень много потратили времени, обсудили все вопросы, и огромное Вам спасибо за проделанную работу и высокую оценку нашего исследования.

Варданян А.В., д.м.н., доцент: И Вам спасибо за такую хорошую работу.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо. Алексей Сергеевич, пожалуйста. Просим Вас выступить в качестве официального оппонента.

Петриков А.С., д.м.н., доцент: Уважаемый Юрий Анатольевич, уважаемый Евгений Сергеевич, уважаемые члены диссертационного совета, уважаемые коллеги, соискатель, позвольте выразить глубокую признательность за возможность выступления в вашем диссертационном совете, я впервые.

Моя задача несколько облегчилась, поскольку предыдущий оппонент сделал достаточно глубокий анализ. Я бы хотел сделать некоторые аспекты или некоторые мазки, которые мне бы хотелось озвучить в качестве оппонента.

Мы понимаем, что любой хирургический пациент, и в том числе пациент колопроктологического профиля, имеет риски венозных тромбоэмболических осложнений. Чем больше факторов риска, чем больше баллов он набирает, тем выше частота развития венозных тромбоэмболических осложнений. Я думаю, всем это понятно. Далеко не все вопросы на сегодняшний день, коллеги, решены в мировой науке, поскольку стандартный подход, который мы привыкли использовать, это эластическая компрессия и антикоагулянтные препараты, так называемая фармако-механическая

профилактика, она далеко не везде и не всегда работает. Казалось бы, мы всё оценили, всё предугадали, всё продумали. У пациента в конечном итоге развивается тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии и, что самое противное, это асимптомные тромбозы. Чем опасны асимптомные тромбозы? При неадекватной оценке ситуации он может в любой момент прогрессировать, сформироваться в флотирующий тромб, и это будет как раз результатом фатальной тромбоэмболии, которая и была продемонстрирована, по сути, диссертантом в своем исследовании – 3 человека умерли от фатальной тромбоэмболии легочной артерии. Это достаточно большой процент на такой небольшой когорте.

Теперь хотел бы сказать, что если мы говорим о рисках, то наиболее валидированной и наиболее оптимальной на сегодняшний день является шкала Каприни. На самом деле их две версии. Первая была 2005, потом 2010, модификация 2012 года. И чем она подкупает? Потому что там большое количество оценивается факторов риска, и мы можем более скрупулезно подойти, персонифицированно к оценке этих рисков с точки зрения развития венозных тромбоэмболических осложнений у наших хирургических пациентов. И мы понимаем, что чем выше риски, а это было доказано, если мы говорим о 5 баллах, то это одна частота, это 3-4 раза. А если мы говорим о 10-12 баллах и более, то там, коллеги, экспоненциально растет частота развития венозных тромбоэмболических осложнений. Поэтому, конечно, совершенно правильный подход был избран соискателем, диссертантом нашим уважаемым, которая, в общем-то, на мой взгляд, сделала пионерскую работу. Я хочу сказать, что мне бы хотелось отметить ее положительные стороны в этой работе. Прежде всего, коллеги, во-первых, она доказала необходимость динамического наблюдения за пациентами, ультразвуковой мониторинг и оценку прежде всего асимптомных тромбозов. Вы видели, как их было много. И это действительно сложная проблема. Причем, эти тромбозы разные совершенно – это и суральные вены, это и подколенная вена, это и проксимальные тромбозы, то есть это и сочетание с тромбоэмболией легочной артерии, это и тромбозы поверхностных вен, о чем уже сегодня говорилось. С другой стороны, она внедрила в практику впервые, по сути, метод замечательный, который раньше использовался, по сути, в каких ситуациях? Когда антикоагулянты были противопоказаны, когда у пациента желудочное, кишечное кровотечение или когда остановившееся кровотечение, это противопоказания к антикоагулянтной терапии. Единственной мерой профилактики, поскольку бывает одновременно высокий риск и геморрагических и тромботических осложнений. Они блестяще показали в своей работе режимы, изучили безопасность, эффективность. Я бы

хотел сделать акцент на том, что интермиттирующая пневмокомпрессия безопасна с точки зрения каких-либо ситуаций. Да, там небольшой процент, 10%, по сути, кожные изменения, которые, в принципе, не требуют отмены и при минимальном уходе они не позволяют отменять этот метод.

Ну, и я в завершение хотел бы сказать несколько вещей для протокола.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций не вызывает сомнений. Хотел бы еще отметить, что работа прекрасно структурирована. Замечательный дизайн, отличная работа с точки зрения методологического подхода, высочайший статистический, математический, оценочный уровень полученных результатов, который, вне всякого сомнения, блестяще позволил диссертанту доказать цель, поставленные задачи и сформулировать выводы на основании полученных результатов исследования. Изучен ближайший послеоперационный период, отдаленный период в течение 6 месяцев. Это тоже дорогого стоит. Потому что пациент порой уходит из клиники, мы вообще забываем, что с этим пациентом происходит. Здесь достаточно скрупулезно было вот продумана ситуация в отношении оценки у этих пациентов.

Вне всякого сомнения, имеется вклад для науки и практики, поскольку внедренный метод позволяет уменьшить частоту бессимптомных тромбозов и в целом венозных тромбоэмболических осложнений почти на 23%. Это очень существенный вклад в практическую деятельность. Мы понимаем, что это снижает нагрузку на систему здравоохранения, это уменьшает затраты на лечение венозных тромбоэмболических осложнений, это обеспечивает гладкое течение послеоперационного периода, развитие осложнений. И, в общем-то, это замечательно, что этот метод позволяет нам у особо тяжелых пациентов с более высокими баллами, рисками по шкале Каприни добиваться такой достаточно низкой частоты развития венозных тромбоэмболических осложнений.

Хочу сказать, что работа здесь достаточно лаконичная, легко читается, прекрасно иллюстрирована рисунками, таблицами, занимает 134 страницы. Построена по традиционной классической схеме, я не буду подробно останавливаться на всех этих этапах. Позвольте, я на структуре и содержании диссертации останавливаться не буду и перейду, по сути, к заключению.

Мы понимаем, что все поставленные цель и задачи решены, выводы адекватно сопоставимы, практически рекомендации достаточны и полноценны. Единственное, на мой взгляд, как для докторской, практических рекомендаций многовато – 10. Но это, может быть, оттого, что действительно получены прекрасные результаты.

Есть опечатки, различные небольшие орфографические ошибки. При прочтении диссертационной работы возникли некоторые у меня вопросы, и хотелось бы с соискателем их обсудить во время публичной защиты. С чем связана довольно высокая частота развития венозных тромбозомболических осложнений, включая тромбозомболию легочной артерии, в раннем послеоперационном периоде у пациентов в группе сравнения? С недостаточной антикоагулянтной профилактикой, более длительным постельным режимом, более 72 часов в отделении интенсивной терапии, бóльшая была масса тела или другие какие-то причины?

Саутина Е.В.: Благодарю за вопрос. Что касается недостаточной эффективности антикоагулянтов. Эти пациенты получали стандартные дозы, которые для именно группы чрезвычайно высокого риска, вероятно, просто недостаточны. В данный момент ведутся работы, этот вопрос можно решить индивидуальным подбором, но пока, скажем так, все за и против индивидуального подбора не взвешены. К тому же, для лечащих врачей это может быть немного сложно. А введение в стандартный протокол пневматической компрессии позволяет значительно улучшить результат, пока не завершены исследования по индивидуальному подбору дозы антикоагулянтов.

Что касается постельного режима, здесь на самом деле это ожидаемо. Пневмокомпрессия все же доставляет неудобства. И пациенты мотивированы вставать, потому что на этот момент они могут избавиться от этого аппарата, который им мешает.

Что касается контрольной группы, мотивации меньше, то есть боль, слабость и, в принципе, человек не хочет вставать. Но какого-то большого значения это не возымело на результаты исследования.

Петриков А.С., д.м.н., доцент: Позвольте второй вопрос. Как будет меняться частота развития венозных тромбозомболических осложнений у пациентов со злокачественными образованиями толстой и прямой кишки на стационарном этапе в зависимости от варианта хирургического пособия – эндоскопическая, открытая операция, в сочетании или без лимфодиссекции – и способов фармако-механической профилактики с применением интермиттирующей пневматической компрессии и без нее? То есть влияют эти два момента на разницу в частоте и вообще изучалось Вами это в работе или нет?

Саутина Е.В.: По объему операции достоверных каких-то различий не было для открытых и лапароскопических операций. Но с той лишь разницей, что открытые операции все же чаще выполнялись в большем объеме. То есть там, где это были местнораспространенные заболевания или, допустим, рецидивы. Что касается лимфодиссекции, мы ее также отдельно не изучали, но по литературным данным, чем больше объем операции, тем,

соответственно, риск выше, поэтому стоит считать, что интермиттирующая пневматическая компрессия здесь будет полезна для этой категории пациентов.

Петриков А.С., д.м.н., доцент: Я думаю, что это войдет в Ваше дальнейшее исследование. И последний вопрос, на мой взгляд, более важный, практичный. Поскольку мы брали пациентов с чрезвычайно высоким риском, скажите, пожалуйста, целесообразно ли применение метода интермиттирующей пневмокомпрессии в дополнение к стандартной фармако-механической профилактике у пациентов колопроктологического профиля при наличии риска развития венозных тромбоэмболических осложнений по шкале Каприни на уровне 5-10 баллов?

Саутина Е.В.: Группа неоднородна, действительно, неоднородна. Где-то на баллах от 5 до 8 применение нецелесообразно. А начиная от 9 баллов, следует рассматривать дополнение к стандартному протоколу.

Петриков А.С., д.м.н., доцент: Спасибо.

И заключение. Диссертационная работа Саутиной Екатерины Витальевны «Интермиттирующая пневматическая компрессия в комплексной профилактике послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов колопроктологического профиля» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 – Хирургия является самостоятельной законченной научно-квалификационной работой, содержит решение актуальной научно-практической задачи улучшения течения пациентов колопроктологического профиля в послеоперационном периоде путем внедрения в клиническую практику нового эффективного превентивного протокола – применение интермиттирующей пневматической компрессии в комплексной профилактике послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений.

По актуальности, методическому уровню, объему исследований, научной новизне и практической значимости полученных результатов диссертационная работа Саутиной Екатерины Витальевны полностью соответствует требованиям п.9. «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации №842 от 24 сентября 2013 г. в редакции № 426 от 20.03.2021 г., предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а ее автор Саутина Екатерина Витальевна заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо, Алексей Сергеевич. Ну, традиционно у нас как-то так принято, не

могу никак решиться не дать слово сейчас ответить еще раз соискателю или благодарность или еще что-нибудь. Пожалуйста.

Саутина Е.В.: Алексей Сергеевич, спасибо Вам огромное за подробный анализ. У нас с Вами разница во времени и в расстоянии очень большая, но, тем не менее, мы с Вами всё обсудили, и я очень рада, что Вы сегодня очно смогли здесь присутствовать. И очень рада за высокую оценку нашей работы. Спасибо Вам огромное.

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

Фролов С.А., д.м.н.: Глубокоуважаемые председатель и члены диссертационного совета, тромбоэмболические осложнения это, наверно, одни из самых трагических осложнений хирургии. Все, кто здесь сидит и выполняет эти оперативные вмешательства, наверняка терял пациентов именно от тромбоэмболии легочной артерии. И здесь последние годы, если брать историю болезни, то при оценке качества после информированного согласия следующий идет лист профилактики тромбоэмболических осложнений. И когда это стало системно внедряться, конечно, стало их меньше. Но они все равно есть, больные погибают, поэтому любое дополнение к этому протоколу профилактики, которое приносит какую-то пользу, это очень хорошее действие. Мне довелось читать эту диссертацию, она написана хорошим языком, хороший метод применен. Мы с Григорием Владимировичем вспомнили, что в молодости мы этот сапжок, который надували через баллон, использовали при лечении трофических язв. Это создание мышечно-фасциального каркаса, который позволяет лучше циркулировать венозной крови. Поэтому сейчас этот сапжок поумнел, стал управляемый, и его внедрение, конечно же, важно. И не только когда нельзя применять антикоагулянты, но, может, и по результатам этой работы можно дополнять эту стандартную или традиционную профилактику, то есть ранняя активизация, компрессия и медикаментозная профилактика. Я поддерживаю эту работу полностью.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Сергей Алексеевич, а можно Вам вопрос? Вы так сейчас произнесли, что Вы в молодые годы применяли такого рода устройство при трофических каких-то нарушениях. Но ведь звучит и в диссертационной работе, все ж таки это служит противопок... и больше того, воспоминание Аршака Вардановича, что первый опыт применения такого тоже неуправляемого устройства привел. Как все-таки? Чтобы у нас, я почему прошу ответить, чтобы не было каких-то потом, может быть, необоснованных применений таких

самодельных каких-то устройств. Тем более что сейчас звучит призыв к импортозамещению, и сейчас вытащит кто-нибудь из своих запасов такого рода устройства.

Фролов С.А., д.м.н.: Уже не вытащат.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Но, пожалуйста, тогда скажите.

Фролов С.А., д.м.н.: Дело в том, что когда обычное медикаментозное лечение трофической язвы не удается, то нужно создать как бы каркас, который защитит и сделает дополнительный мышечный каркас. Это была повязка Кефера, которая цинк-желатиновая, грели, наматывали и держали эту повязку, делали ей каблук, и человек с ней ходил там несколько недель. И вот тогда же и появился этот компрессионный сапог. Он, конечно, достаточно страшный был, его надували через эту дырочку из баллона. Но он как-то не прижился так сильно, как это. А кеферовские повязки, если хорошо накладывать, если еще там амортизатор подкладывать, то язвы, бывало, зарастали. Но именно это как создание каркаса. Ну, а потом уже операция там Линтона или чего-то.

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

Шельгин: Понятно. Но немножко разные цели, потому что все-таки это не был сапожок интермиттирующий, это была, по сути дела, с постоянной.

Фролов С.А., д.м.н.: Ну, это была повязка, только из тряпки, а это была из резины.

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

Шельгин: Я просто счел необходимым все-таки акцентировать на этом внимание. Кто бы еще хотел выступить в качестве неофициального оппонента? (Нет). Тогда я попрошу, наверное, Екатерину Витальевну молвить заключительное слово. Пожалуйста.

Саутина Е.В.: Огромное спасибо хотелось бы сказать Григорию Владимировичу Родоману, который является как руководителем кафедры, так и руководителем стационара, в котором было выполнено данное исследование, за возможность выполнения этого исследования на обеих базах.

Также огромная благодарность всему коллективу кафедры и коллективу больницы, потому что без вас не получилось бы такое масштабное исследование. Все помогли на всех этапах, пациенты были из разных отделений, поэтому очень ценна поддержка.

Большое спасибо коллективу Института колопроктологии, диссертационному совету за возможность защищаться именно у вас.

И, конечно же, огромное спасибо оппонентам, Сергей Алексеевич, Вам как неофициальному оппоненту, за анализ работы и за высокие оценки. Благодарю.



Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо. Нам остается избрать счетную комиссию. И предлагается состав следующий: Сушков Олег Иванович, Костарев Иван Васильевич и Пономаренко Алексей Алексеевич. Кто за данный состав, прошу проголосовать. Кто против? Воздержался? (Нет). Единогласно.

Пожалуйста, прошу приступить к работе.

*/перерыв для тайного голосования/*

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Вы готовы, да? Хорошо, тогда, пожалуйста. Я так понимаю, что Олег Иванович избран председателем счетной комиссии. Пожалуйста. Доложите о результатах.

Сушков О.И., д.м.н.: Протокол №2 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 02 марта 2023 года. Состав избранной комиссии Сушков, Костарев, Пономаренко. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Саутиной Екатерины Витальевны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 – Хирургия.

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 19 человек, присутствовало на заседании – 17 членов диссовета. Из них докторов наук по профилю диссертации – 16. Роздано бюллетеней 17, осталось не розданных – 2, оказалось в урне бюллетеней – 17.

И результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 – Хирургия: за – 17, против – нет, недействительных – нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я прошу членов ученого совета утвердить результаты работы. Кто за? Кто воздержался? (Нет) Против? (Нет) Единогласно.

*/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.*

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Нам остается поздравить Екатерину Витальевну с успешной... А, еще заключение нужно даже прочитать? Виктор Владимирович, Вы прочитали? Там всё нормально? Есть ли замечания?

*(Обсуждение проекта заключения)*

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Не, ну, сейчас это даже в нынешние времена и не поймешь. Конечно, у нас это не принято, мы все равно традиционных взглядов придерживаемся, уж пусть извинят нас жители недружественных стран, как нынче формулируется. Ну, хорошо. Тогда, с Вашего

разрешения, считаю резюме часть проекта заключения по кандидатской диссертации Саутиной Екатерины Витальевны «Интермиттирующая пневматическая компрессия в комплексной профилактике послеоперационных венозных тромбозных осложнений у пациентов колопроктологического профиля». Я тогда прочту только заключительную часть, что 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 Российской Федерации от 21.04.2016 года №748, и также там достаточно много редакций, и от 2016 года дважды, а сам автор... Автор-то написано. Но это бесполое, Виктор Владимирович. Саутина Екатерина Витальевна достойна присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия» - 3.1.9.

Но теперь-то можно, наверное? Кто за данное постановление? Давайте за проект постановления тогда проголосуем. Кто за? Кто против? (Нет). Кто воздержался? (Нет). Единогласно.

Ну, тогда уж сейчас-то можно поздравить с успешной защитой? И научного руководителя. Поздравляем.

Есть ли замечания по ведению ученого совета? Если нет, позвольте на этом завершить его заседание. 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

02 марта 2023 г.