

**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** № 3
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»
Минздрава России по защите диссертации
Савельевой Татьяны Александровны
**«Диагностика, лечение и мониторинг российских пациентов
с синдромом Пейтца-Егерса»,**
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальностям 3.1.9. «Хирургия», 1.5.7. «Генетика»
от 26 июня 2025 г.

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

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2025 г.

Присутствовали следующие члены диссертационного совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
2.	Суравегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9.
3.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
4.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
5.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
6.	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
8.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
9.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9.
10.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
11.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9.
12.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9.
14.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9.
15.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
16.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.

Дополнительно введенные члены диссертационного совета

17.	Зинченко Р.А.	доктор медицинских наук	1.5.7.
18.	Черных В.Б.	доктор медицинских наук	1.5.7.
19.	Шилова Н.В.	доктор медицинских наук	1.5.7.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Уважаемые коллеги, добрый день! Я хотел напомнить, что у нас сегодня проходит защита кандидатской диссертации по двум специальностям «Хирургия» и «Генетика» Савельевой Татьяны Александровны. Называется работа «Диагностика, лечение и мониторинг российских пациентов с синдромом Пейтца-Егерса».

Научными руководителями работы являются: доктор медицинских наук Пономаренко Алексей Алексеевич и доктор медицинских наук Цуканов Алексей Сергеевич.

Официальными оппонентами являются: доктор медицинских наук, профессор Гуляев Андрей Андреевич; доктор медицинских наук, профессор Акуленко Лариса Вениаминовна. Ведущей организацией назначен Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского.

Поскольку защита идет по двум специальностям, мы должны ввести на заседание нашего диссертационного совета следующих членов диссертационного совета по специальности «Генетика»:

- 1) Зинченко Рена Абульфазовна, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научно-клинической работе ФГБНУ «Медико-генетический научный центр им. акад. Н.П. Бочкова»;
- 2) Черных Вячеслав Борисович, доктор медицинских наук, заведующий лабораторией генетики нарушений репродукции ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова»;
- 3) Шилова Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая лабораторией цитогенетики ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова».

И соответственно из 19 членов диссертационного совета присутствует 16 членов диссертационного совета нашего учреждения. Я прошу проголосовать за то, что мы вводим для разовой защиты 3 специалистов-генетиков. Прошу, кто за это предложение? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Тогда я хотел бы приступить к работе.

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

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

Уважаемые коллеги! Соискатель Савельева Татьяна Александровна, родилась 24 октября 1975 года в г. Климовске Московской области. В 1992 году окончила среднюю общеобразовательную школу № 1 (п. Дорохово) в Московской области с серебряной медалью, а в 1994 году окончила медицинское училище № 13 г. Москвы по специальности

«Сестринское дело» с красным дипломом. Также она окончила Российский государственный медицинский университет по специальности «Лечебное дело» и с 2000 по 2001 гг. проходила клиническую интернатуру по специальности «Хирургия» на базе Российского государственного медицинского университета. С 2001 по 2003 гг. проходила ординатуру по специальности «Колопроктология» в Государственном научном центре колопроктологии. А с сентября 2003 года была принята на работу в 1 хирургическое отделение общей колопроктологии с группой изучения семейного полипоза, где продолжает трудиться и по настоящее время в должности врача-колопроктолога. Медицинский стаж составляет 22 года. В 2019 года была присвоена высшая квалификационная категория по специальности «Колопроктология», которую Татьяна Александровна успешно подтвердила в 2024 году.

В настоящее время Савельева Татьяна Александровна подготовила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме: «Диагностика, лечение и мониторинг российских пациентов с синдромом Пейтца-Егерса», по специальностям 3.1.9. Хирургия и 1.5.7. Генетика.

Соискатель подготовил комплект документов. Все документы удовлетворяют требованиям ВАК, предъявляемым к кандидатским диссертациям.

И при проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста составила 87,5%.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Есть ли какие-то вопросы к Евгению Сергеевичу? (Нет вопросов). Спасибо. Пожалуйста, Татьяна Александровна, Вам предоставляется возможность доложить основные положения Вашей диссертационной работы. Пожалуйста.

Т.А. Савельева в течение 14 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.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: Татьяна Александровна, спасибо! Прекраснейшая работа, просто получила удовольствие. Но такие есть у меня просто вопросы любопытствующие.

Скажите, пожалуйста, я посмотрела, у Вас при рождении уже есть дерматологические изменения, и что никто не отправляет к Вам, то есть диагноз не ставится?

Ответ: Один пациент был с диагнозом, установленным стоматологом. Он ему сказал: Пожалуйста, обследуйтесь дальше.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: И вопрос еще такой, что у Вас есть часть пациентов, у которых уходит пигментация. С какого возраста она исчезает?

Ответ: Как отмечают сами пациенты, после удаления полипов. То есть мы сталкиваемся со взрослой группой пациентов после 20 лет, и если по данным литературы описано, что пигментация исчезает в пубертатном периоде или светлеет, то у нашей группы пациентов это происходит где-то в возрасте 20-30 лет. Поэтому мы не связываем это с гормональными сдвигами в организме, а связываем именно с бременем полипов, то есть с экспрессией белка *STK*.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: То есть, когда исчезают полипы, и исчезает пигментация?

Ответ: Пациенты так говорят, что удалили полипы, и она посветлела, и у четверти пациентов исчезла полностью.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: Тогда, получается, при рождении у части должны быть уже?

Ответ: Да, 4% пациентов родились с пигментацией.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: И, значит, с полипами? По крайней мере, надо посмотреть.

Ответ: Их никто на тот момент не оценивал. У нас у одного пациента первая операция была в возрасте 6 месяцев из-за выпадения полипа.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: Еще такой вопрос: сравнивали ли Вы спектр мутаций в нашей популяции и в других? Я увидела, что 10 ранее не описанных. А те, которые описаны, с такими же частотами встречаются или нет?

Ответ: Встречаются с такой же частотой, но среди наших патогенных вариантов у нас меньше больших делеций.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: То есть особенности у нас есть?

Ответ: Да, все-таки есть особенности.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: Я удовлетворена ответом.

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

Доцент, д.м.н. Н.В. Шилова: Просто действительно очень интересная работа и с точки зрения генетиков, особенно, - синдром необычный. У Вас не очень, конечно, это прозвучало генетический компонент, но в автореферате это всё есть, поэтому у меня возник такой вопрос. По данным литературы известно, что при довольно протяженных делециях гена *STK11* и помимо классических симптомов, которые характерны для этого синдрома, проявляются еще экстракутальные признаки, такие как сколиоз, например, нарушение

слуха или высокая степень миопии. Не отмечали ли Вы у Ваших пациентов подобные клинические проявления или не обращали на это внимание?

Ответ: У наших пациентов этого не было. Но просто не все пациенты доходят до нас, то есть где-то, может быть, они и были.

Доцент, д.м.н. Н.В. Шилова: Понятно, и это не было критерием включения.

И в связи с этим у меня второй вопрос тоже про методы: как, на Ваш взгляд, считаете ли Вы те методы, которые использовались, а как я поняла из автореферата, это было секвенирование по Сэнгеру и метод MLPA, являются ли эти методы достаточными для оценки генетической гетерогенности этого синдрома?

Ответ: Скорее всего, наверное, не являются достаточными, потому что все-таки процент выявляемости 89%, и мутации могут локализоваться более глубинно в интронах. И в дальнейшем планируется расширение спектра наших исследований.

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

Вопрос: а все-таки если мы говорим о поражении других органов, отличалась ли частота поражения этих органов по сравнению с обычной популяцией пациентов, у которых понятно, как часто встречаются различные злокачественные заболевания?

Ответ: Да, значительно различалась. То есть среди наших пациентов частота выявления злокачественных образований выше в 18-20 раз.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: То есть имеется в виду не только поражение толстой и тонкой кишки?

Ответ: Не только желудочно-кишечного тракта, но и других органов.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: С Вашей точки зрения, чем это возможно объяснить?

Ответ: Ген *STK11* является геном-супрессором опухоли, то есть нарушены процессы. Но до конца процесс канцерогенеза еще не изучен, но был описан путь гамартома-аденома-аденокарцинома, то есть, есть такой предположительный механизм. Но есть такие случаи, где, скорее всего, рак может развиваться *de novo*, из нестабильной слизистой оболочки.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Понятно, спасибо. Пожалуйста, у кого еще вопросы? Иван Васильевич, пожалуйста.

Д.м.н. И.В. Костарев: Татьяна Александровна, скажите, пожалуйста, Вы сравнивали длину удаленной части тонкой кишки, а с учетом того, что большинство пациентов, которые переносили экстренные вмешательства, были не в нашем учреждении, откуда Вы получали результаты по длине? Каким образом Вы сравнивали? Если в нашей клинике, то понятно, а как из других клиник Вы получали эти данные?

Ответ: Пациенты приносили выписки. И мы спрашивали пациентов изначально: сколько удалено сантиметров кишки? Как правило, всем пациентам хирурги говорят: вам удалили 1 м; Вам удалили 80 см; Вам удалили 20 см. В некоторых выписках это было отражено.

Д.м.н. И.В. Костарев: И вопрос: Вы рекомендуете довольно сложное ежегодное обследование для пациентов, включающее полное эндоскопическое исследование, видеокапсульную эндоскопию. Из тех пациентов, которые наблюдаются в нашем Центре, сколько процентов проходят реально это обследование, и соответственно у скольких из них все-таки где-то выявилась злокачественная опухоль в последующем?

Ответ: Среди наших пациентов регулярно проходит обследование где-то 50%. Часть пациентов уже погибла – это 22% пациентов. Пациентов таких не так много. И частота обследования, наверное, в данной ситуации оправдана. Если у пациентов наблюдается более медленный рост полипов, мы можем несколько удлинить данные обследования и отпустить их на 1-2 года. Но в отношении злокачественных новообразований, учитывая возраст медианы развития рака 40-45 лет, то есть с 40 лет мы все-таки рекомендуем 2 раза в год обследование.

Д.м.н. И.В. Костарев: Есть хоть один пациент, который четко соблюдает эти критерии и ходит где-либо обследуется? Или такого ни одного пациента в Вашей практике не было?

Ответ: Когда мы начали проспективное обследование с 2021 года, все пациенты активно вызываются, и они действительно регулярно у нас проходят обследования.

Д.м.н. И.В. Костарев: Спасибо.

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

Профессор, д.м.н. В.В. Веселов: Спасибо. Очень интересная работа. Вопрос такой: у Вас очень интересные наблюдения, их много, не могли бы Вы сказать, получилось ли у Вас определить, все-таки каковы темпы роста этих образований? Допустим, убрали полипы, в толстой кишке полипов нет, а через какое время появляются, каких размеров? Мне кажется, что, к сожалению, у этих пациентов довольно-таки часто даже после эндоскопического удаления всех полипов в толстой кишке появляются новые довольно-таки больших размеров. У Вас нет такого впечатления?

Ответ: Да, есть где-то 20% пациентов, у которых идет очень интенсивный рост полипов. И мы даже с Вами не можем отследить точно после того, как мы удалили. Допустим, больше 100 полипов и в тонкой кишке, и в толстой, и мы одномоментно не можем с Вами удалить все полипы. И они приходят каждые 3-4 месяца к нам на эндоскопическую полипэктомию, и на этом фоне мы не можем с Вами отметить точно, выросли ли новые полипы или те продолжили рост. Но рост есть у 20% пациентов.

Профессор, д.м.н. В.В. Веселов: Но в Вашей работе все-таки эндоскопическое удаление этих пациентов от инвагинации спасает?

Ответ: Спасает, да.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: А все-таки еще раз тогда уточните, как Вы считаете, необходимо удалять независимо от размера все полипы, которые выявляются? Или все-таки у Вас есть какие-то критерии, когда необходимо это делать?

Ответ: Мы выявили критерий – это 10 мм, потому что минимальный полип, вызвавший инвагинацию в тонкой кишке, составил 15 мм. Поэтому мы все-таки рекомендуем удалять все полипы от 1 см и выше.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: А все-таки тогда, может быть, именно этим и обусловлено, что Вы оставляете, Вы решили, что должно быть 1 см и больше, а почему именно 1 см и больше? Может быть, все-таки тогда, если поставить такую задачу, как сейчас ведь изменяется, если мы берем проект клинических рекомендаций при полипах, сейчас этот проект в работе, то там все-таки независимо от размера рекомендуется на сегодняшний день, и уже трансформировалось наше представление, что нужно удалять любой аденоматозный полип или зубчатую аденому независимо от размера, если она определяется при эндоскопическом исследовании. Все-таки, с Вашей точки зрения, не нужно ли тоже делать это и при синдроме Пейтца-Еггерса?

Ответ: Было бы неплохо, но все пациенты приходят во взрослом возрасте, медиана возраста где-то, когда они появляются у нас, составляет 30 лет, и они приходят запущенные, то есть у большинства пациентов больше 100 полипов, и одномоментно мы удаляем, учитывая риск осложнений, не больше 10 полипов. И нам еще практически не удалось отсанировать полностью всю тонкую кишку, всю толстую кишку. То есть только это нас останавливает. И мы стараемся удалять изначально более крупные полипы. Даже имея сантиметровые, мы будем удалять 3-сантиметровые, 4-сантиметровые полипы и только потом по нисходящей удалять те полипы, которые остаются.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Тогда всё понятно. То есть опять же нет технических возможностей, и поэтому Вы сначала, насколько я из Вашего ответа понял и хотел бы тогда уточнить, что Вы должны предупредить риски, во-первых, развития быстрого роста, развития кишечной непроходимости, и поскольку одномоментно ограничены количеством удаляемых полипов, то именно поэтому, то есть я поэтому считаю, что тут такое заключение, убираем только те, которые больше 1 см, обусловлено не тем, что именно это служит фактором риска такой

размер полипа, а то, что технически просто не способны это сделать при множественном поражении. Тогда всё для нас становится понятно. Вы мечтаете об этом, но пока на сегодняшний день я могу так сказать, перевести Ваш ответ?

Ответ: Да.

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

Д.м.н. И.В. Костарев: Вопрос: в Ваших практических рекомендациях указано, что при наличии кишечной непроходимости декомпенсированной или субкомпенсированной Вы все-таки рекомендуете провести пальпаторную ревизию и удалить найденные крупные полипы. А в случае непроходимости и расширенных петель каким образом Вы рекомендуете в тонкой кишке удалять полипы – через энтеротомию или все-таки через просвет кишки? И были ли вообще такие случаи, когда при непроходимости еще дополнительно удаляли выявленные в вышележащих отделах полипы?

Ответ: Просто до нашего учреждения экстренные ситуации не доходят, мы плановый центр, и поэтому у нас пациенты без нарушения кишечной проходимости. В скоромощных больницах главное – спасти жизнь пациента, то есть насколько доктор сможет максимально удалить, да, мы рекомендуем удалять. Не у всех есть возможность завести эндоскоп в просвет кишки и осмотреть ее.

Д.м.н. И.В. Костарев: То есть никому при непроходимости не удаляли дополнительно полипы из Вашей группы?

Ответ: При экстренных операциях, учитывая кишечную непроходимость, дополнительно полипы никому эндоскопически не удалялись, принимая во внимание наличие кишечного содержимого в просвете кишки, попадания кишечного содержимого в брюшную полость и риск обсеменения брюшной полости.

Д.м.н. И.В. Костарев: Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Есть ли еще вопросы к Татьяне Александровне? Пожалуйста.

К.м.н. Д.Ю. Пикунов: Уважаемая Татьяна Александровна! Скажите, пожалуйста, синдром Пейтца-Еггерса относится к достаточно большой группе наследственных полипозов, которые называются гамартомные полипозы, и в качестве дифференциального диагноза зачастую бывает необходимо сравнивать этих пациентов с пациентами с ювенильным полипозом, там тоже гамартомные полипозы, были ли в Вашей группе пациенты, которых по клинической картине Вы выносили в свою группу и ставили диагноз синдром Пейтца-Еггерса, но в последующем, например, или с помощью генетического исследования или каких-то других дополнительных факторов диагноз трансформировался? Или все те, кого

Вы обследовали изначально и на основании клинических данных установили диагноз СПЕ, так они и по результатам генетического исследования остались ими же?

Ответ: Мы включали уже всех пациентов с подтвержденным диагнозом синдром Пейтца-Егерса в исследование. Но было 2 пациента, у которых мы изначально предполагали, что синдром Пейтца-Егерса. У них была пигментация, но в дальнейшем мы решили, что это все-таки банальные веснушки, а не меланиновая пигментация, и при колоноскопии им были описаны полипы как гамартомные. И вот это иногда клиницистов сбивает. Потому что некоторые, как Виктор Владимирович, могут написать, что это полипы ювенильные, это полипы Пейтца-Егерса. А когда пишется «гамартомные», и гистология не всегда бывает показательна, потому что берется только поверхностный фрагмент, и пишут, что это гиперпластический полип. И в этом случае молекулярно-генетическое тестирование помогает установить правильный диагноз. При изначальном исследовании гена *STK11* патогенных вариантов выявлено не было, и в дальнейшем пришла уже обширная морфология после удаления полипов, то было проведено генетическое тестирование на наличие патогенных вариантов генов, характерных для ювенильного полипоза. И подтвердился ювенильный полипоз.

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

К.м.н. Д.Ю. Пикунов: Да.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Пожалуйста, еще вопросы? Если вопросов нет, то, спасибо, присаживайтесь.

Я хотел бы тогда попросить выступить в качестве научного руководителя Алексея Сергеевича Цуканова.

Д.м.н. А.С. Цуканов: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, уважаемые члены диссертационного совета! Татьяну Александровну я знаю уже на протяжении более чем 10 лет. И за это время Татьяна Александровна зарекомендовала себя как человек чуткий, очень внимательный, и это очень важный на самом деле аспект не только для человека, но и для врача. Хочу сказать, что Татьяна Александровна пользуется заслуженным уважением, безусловно, коллектива. Наверное, большинство своих пациентов она помнит хотя бы по имени и фамилии. И я уверен, что любой из ее пациентов в любое время, наверное, дня и ночи может позвонить ей и получить какую-то необходимую консультацию. Я думаю, что именно с этим связан такой длительный период этой работы.

Еще раз скажу, что Татьяна Александровна пользуется уважением коллектива, чуткий и внимательный человек. И большое ей спасибо за ее работу!

Спасибо!

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

Я попрошу тогда Евгения Сергеевича рассказать нам сведения об апробации, работах, отзывах.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суровегин: Апробация диссертации прошла на расширенном заседании Ученого совета Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России 4 декабря 2024 года.

На заседании диссертационного совета от 17 февраля 2025 года (протокол № 4) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук, профессора РАН Е.Г. Рыбакова, доктора медицинских наук С.В. Чернышова и доктора медицинских наук, доцента В.Н. Кашникова.

Диссертация была принята к защите на заседании диссертационного совета от 29 апреля 2025 года (протокол № 8).

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

Получены следующие отзывы: это отзывы официальных оппонентов Гуляева Андрея Андреевича, доктора медицинских наук, профессора, главного научного сотрудника отдела неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»; Акуленко Ларисы Вениаминовны, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой медицинской генетики ФГБОУ «Российский университет медицины» Минздрава России. Они будут озвучены самими оппонентами.

Также получен отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, утвержденный академиком РАН, профессором, доктором медицинских наук Ревишвили Амираном Шотаевичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

И получен один отзыв на автореферат, подписанный профессором кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, доктором медицинских наук, профессором Барановым Григорием Александровичем. Он также положительный, замечаний не содержит.

Другие отзывы в диссертационный совет не поступали.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Я так понимаю, что замечаний нет.

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

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

Ю.А. Шельгин: Спасибо. Я хотел бы попросить в качестве официального оппонента выступить профессора Гуляева Андрея Андреевича. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Во время выступления оппонентом высказано пожелание о создании методических рекомендаций не только для хирургов, но и для терапевтов, поскольку при проведении массовой диспансеризации можно заподозрить по клиническим признакам синдром Пейтца-Егерса и отправить пациента на проведение генетического исследования, что будет способствовать в дальнейшем профилактике кишечной непроходимости и развития онкозаболеваний у этой категории больных.

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

Ю.А. Шельгин: Спасибо, Андрей Андреевич. Татьяна Александровна, пожалуйста.

Т.А. Савельева: Андрей Андреевич, спасибо Вам огромное за тщательный, подробный разбор диссертации, за Ваше внимание! Спасибо большое!

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

Ю.А. Шельгин: Спасибо.

Я попрошу Ларису Вениаминовну Акуленко, пожалуйста, выступить в качестве официального оппонента. (Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Оппонентом во время выступления заданы следующие вопросы уточняющего характера:

1. Существует ли необходимость дальнейшей разработки персонализированного подхода к прогнозированию риска и возможной локализации развития опухолевого процесса у носителей синдрома Пейтца-Егерса?

2. В практических рекомендациях, представленных соискателем, совершенно справедливо отмечается, что все пациенты должны кумулироваться в хорошо оснащенных специализированных центрах. Где именно должно проводиться лечение и последующий мониторинг пациентов с выявленными злокачественными новообразованиями вне кишечных локализаций, тем более что эти пациенты подвержены развитию первично множественных опухолей билатеральных органов и опухолей разных локализаций?

Т.А. Савельева: (1) Мы считаем, что требуется дальнейшее развитие данной темы, потому что заболевание возможно предотвратить на ранних стадиях и улучшить качество жизни пациентов и продлить их период жизни.

(2) В идеале желательно, чтобы это всё происходило в одном центре, где будут локализоваться не только колопроктологи, но и другие специалисты (гинекологи, пульмонологи и т.д.)

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: То есть Вы имеете в виду, что это должно быть в онкологических тогда учреждениях или как? Я Татьяне Александровне задаю этот вопрос: о каких центрах действительно может идти речь?

Т.А. Савельева: В идеале всё в одном центре, где будут все специалисты.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: В каком, какой профиль? Назовите мне, как пример, предположим, берем сумасшедший ресурс г. Москвы, где существует достаточно совершенная система здравоохранения в рамках Департамента здравоохранения и огромное количество федеральных учреждений, университетов, где, с Вашей точки зрения, нужно тогда концентрировать этих детей. Чаще всего же у детей такие проявления или взрослых.

Т.А. Савельева: У детей это ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России» где этой проблемой сейчас занимается О.В. Щербакова, это детский хирург, колопроктолог.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Вы говорите, Щербакова О.В., т.е. конкретный человек занимался этими проблемами. Но надо сказать, что она сменила место работы.

Т.А. Савельева: Но она продолжает также заниматься данной группой пациентов. Среди взрослых это и Центр им. А.С. Логинова может быть, если в нашем Центре, но у нас, к сожалению, ограниченное количество специалистов, нет ни гинекологов, ни пульмонологов и других узких специалистов.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Тогда получается, что на самом деле, наверное, это нереально исполнять, это только мечта, видимо.

Профессор, д.м.н. Л.В. Акуленко: Это реально.

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

Профессор, д.м.н. Л.В. Акуленко: Это вам реально, именно в вашей компетенции это реально.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Я об этом и говорю. То есть в принципе, чтобы мы вылечили всё, допустим, рак поджелудочной железы, мы тогда попросим и направим, куда необходимо. Или что? Или это должно здесь быть скооперировано?

Д.м.н., профессор Л.В. Акуленко: Я совершенно согласна с Андреем Андреевичем, что мы не знаем, что такое, если мы говорим о синдроме Пейтца-Еггерса. Я 20 лет проработала в онкологическом центре, занималась онкогенетикой. Я сталкивалась с этим синдромом, но в контексте рака яичников, который часто бывает. Ни один гинеколог не знает, что это такое. Я Вам с полной ответственностью об этом говорю, потому что это в таком центре высококвалифицированном, таком оснащенном центре. Если посылать таких пациентов куда-то к гинекологу, более того, здесь вполне возможно нужно какое-то особое лечение, потому что это предрасположенные к раку пациенты, у них склонность к первично множественному опухолевому процессу, и, может быть, химиолучевое лечение для них особо и не показано. Конечно, это ранняя диагностика и как монотерапия – это хирургия, только хирургия им показана. Тут еще непочатый край исследований.

А вообще на самом деле это моя «неспетая песня». И когда я сталкиваюсь с такими работами, я просто в такой восторг прихожу. Спасибо Вам, что Вы продолжаете это дело! Это всё зависит от воли руководства – организовать такую специализированную службу даже в Институте колопроктологии, почему нет? Есть синдром Линча, который имеет много разных локализаций и т.д. и т.д. Это уже организационные такие методы. Но если отпускать куда-то лечиться этих пациентов – это отпускать их на погибель, тем более что раки при синдроме Пейтца-Еггерса очень агрессивные, это тоже надо изучать, почему так. Хотя для наследственных форм рака характерна лучшая выживаемость и вообще такой хороший прогноз и более высокая дифференцировка опухоли для наследственных форм. А здесь есть какие-то особенности, это очень интересно.

Спасибо вам!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Лариса Вениаминовна, мы Вас поняли, что Вы доверяете и поручаете это именно нашему учреждению. Я думаю, что никто не откажется, ни Сергей Иванович Ачкасов, ни, конечно же, наши генетики, хирурги, эндоскописты. Спасибо огромное Вам за доверие!

Профессор, д.м.н. Л.В. Акуленко: Я Вас прошу настоятельно.

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

Т.А. Савельева: Спасибо Вам большое за тщательный разбор! И в дальнейшем мы будем продолжать данную работу, и с Вашим посылом, может быть, что-то изменится.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Спасибо. Пожалуйста, кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста. У нас сегодня генетики наиболее активные и в плане вопросов. Спасибо огромное за такой большой интерес! Рена Абульфазовна, пожалуйста.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги! Я, во-первых, хотела бы сказать, что это не просто хорошая работа, а поздравить вас всех с такого рода исследованиями, с такими глубокими. И, конечно, Татьяна Александровна, я восхищена, и Вашим руководителям надо сказать спасибо за такую проработку всех возможных вопросов, которые можно было решить в начале данного пути. И мне кажется, что эта история – начало пути изучения синдрома Пейтца-Егерса более серьезного.

И если позволите, я в двух словах скажу, как я это делаю в нашем Центре. У нас народ, например, я решила изучать генодерматозы, связалась с дерматологами – никто ничего не хочет. Я пришла к Сергею Ивановичу, говорю: давайте сделаем программу по генодерматозам. И просто сделали программу по генодерматозам, что мы делаем всё бесплатно – консультирование и всё, бесплатная программа. За полгода у меня было 300 больных. Дальше мы захотели, чтобы вообще уже стало как-то всё серьезно, и Сергей Иванович...

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Я просто уточняю, что Сергей Иванович Куцев, а то народ в недоумении.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: Да. Дело в том, что у нас пациенты со всех регионов, они набрали диагнозов, и если вышли мы, то они идут. Точно также наследственные заболевания глаз. Я ему говорю: - Давайте сделаем для пациентов с наследственными заболеваниями глаз. Он говорит: - У нас нет ни оборудования, ничего, как мы это сделаем? Я говорю: - А мы сейчас сделаем на бумаге. Мы его сделали на бумаге, «под бумагу» нам дали деньги на самое лучшее оборудование, а то у нас без бумаги есть центр, нет оборудования. И теперь у нас поток и запись на 3 месяца вперед. Это одни из таких просто примеров. Я думаю, что Вы, Юрий Анатольевич, с Вашими мозгами и с Вашим коллективом еще придумаете в 10 раз лучше всё. Это то, что хотелось бы посоветовать. И очень хотелось, чтобы Ваш Центр, я просто с большим удовольствием иду на ваши защиты, потому что получаю большое удовольствие от профессионализма, от междисциплинарного подхода, серьезного междисциплинарного подхода, и от того, что практически каждая работа, каждое диссертационное исследование ложится в основу не одного направления, а есть много направлений. И я думаю, что здесь тоже необходимо сделать обязательно междисциплинарный подход и привлечь всех дерматологов. А Татьяне Александровне обязательно надо, я с дерматологами сейчас уже после того, как ко мне пошли больные, общаюсь, то есть они вышли сами на меня, поэтому надо выступить на конференции дерматологической, чтобы они направляли. Я думаю, что и они не в полной мере знают про этот синдром, насколько необходимо его изучать.

И, конечно, я не просто «за», а очень «за». И мне кажется, что стоит у вас сделать центр синдрома Линча, центр Пейтца-Егерса. Пусть они будут маленькие, но они потом будут огромные. Единственное, у вас, по-моему, на детей лицензии нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Но это уже как направление к дальнейшим действиям.

Член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. Р.А. Зинченко: Да. Всё. Спасибо огромное, коллеги!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Спасибо огромное Вам! Кто бы еще хотел выступить? Виктор Владимирович, пожалуйста.

Профессор, д.м.н. В.В. Веселов: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемый Евгений Сергеевич, глубокоуважаемая Татьяна Александровна, члены диссертационного совета, коллеги! Работа очень интересная, она мне очень понравилась, я давно ее ждал. В этой работе анализ десятилетней жизнедеятельности нашего диссертанта с этими пациентами. Несмотря на то, что синдром Пейтца-Егерса довольно-таки редкое заболевание, в нашем Центре они концентрируются, и это помогло оценить 50 пациентов (50 – это очень много!) из 44 семей. Вы представляете, 50 пациентов с синдромом Пейтца-Егерса, если у каждого пациента минимум 10 полипов – это сколько уже полипов удалено, сколько проведено генетических исследований этим пациентам.

И хотя я всегда был против такой цели, а здесь цель, хотя она звучит не совсем просто, но она очень хорошо в этой диссертационной работе слышится – оптимизация диагностики, лечения и мониторинга пациентов с Синдромом Пейтца-Егерса. И на эту всю цель диссертационная работа ответила – действительно проведена оптимизация, что нужно с этими пациентами делать в нашей плановой медицине, как их лечить, и главное – как наблюдать.

Несмотря на то, что синдром редкий, мы повторяем в этом зале уже третий раз, что у этих пациентов в 18-20 не процентов, а раз чаще возникают опухоли других локализаций. Поэтому здесь действительно этот мониторинг за этими пациентами необходим.

Был вопрос: где же их наблюдать? А мы там в кулуарах решили, что есть все-таки в Москве клиники, где это сконцентрировано всё. И это не в онкологическом научном центре. Почему? А потому что там лечат в основном не доброкачественные заболевания, а злокачественные. А в таких центрах, как им. А.С. Логинова, дальше Боткинская больница многопрофильная, больница № 7 большая, больница им. В.М. Буянова, и тут к слову «больница» нужно понимать, что это целые такие концерны для лечения пациентов, там по 2,5-3 тысячи пациентов локализуется. Так что здесь такие центры есть. Но надо основываться на диссертационную работу, как этих пациентов вести, что с ними делать.

И мне как представителю эндоскопической специальности очень понравился вывод, что 95% пациентов – это эндоскопический метод лечения для этой сложной категории больных. Могу сказать, что эта работа высококвалифицированная диссертационная работа, она посвящена очень интересной теме и решила эту тему. И я посмотрел, что все данные этой работы соответствуют требованиям, предъявляемым ВАК к кандидатским диссертациям, а диссертант заслуживает присуждения ему звания кандидата медицинских наук, с моей точки зрения.

Спасибо.

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

Т.А. Савельева: Спасибо, Виктор Владимирович за Ваше тщательное изучение этой работы. Хочется все-таки сказать, что при своевременной постановке диагноза, скорее всего, единственным методом лечения данной группы пациентов будет эндоскопическое лечение, то есть тот период, когда у пациентов не будет такого множества полипов, с каким они к нам приходят. И следует еще сказать, что эти полипы Пейтца-Еггерса более сложно удалять по сравнению с аденоматозными полипами, так как полипы имеют длинную ножку, в которых есть сосудистый пучок, в которой есть гладкомышечные волокна, и у них более высокий риск развития эндоскопических осложнений. Это тоже надо учитывать, то есть не каждый эндоскопист, который столкнется с данными полипами, сможет их удалить без осложнений.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо. С моей точки зрения, все ж таки, конечно, прозвучало выступление Виктора Владимировича, что можно в вышеперечисленных центрах, но на самом деле мне думается, что все-таки в многопрофильном учреждении на самом деле такого внимания, как это уделяется в нашей клинике, навряд ли это будет возможно сделать при их многонаправленности, огромных задачах. Более того, всё равно, если мы даже возьмем выполнение интестиноскопии, то если я задам такой вопрос Вам, как очень известному и глубоко проникающему в проблему эндоскописту: насколько много у нас эндоскопистов, которые способны выполнять интестиноскопию, уж не говоря о том, что при этом еще иметь возможность через интестиноскоп, наверное, это в тысячу раз сложнее чем, через колоскоп выполнять манипуляции в тонкой кишке, удаляя такие непростые анатомические образования, о которых мы с вами сейчас разговариваем, с тем чтобы там установить эндоклипсу и петлю, если там необходимо. Я думаю, что как это ни печально, наверное, таких учреждений в стране-то очень мало, кто владеет именно возможностью использования не только самого диагностического исследования, но еще и манипулировать

при введении интестиноскопа. Это мое субъективное, конечно, мнение, но мне думается, что всё ж таки мы приходим к выводу, что лучше учреждения для того, чтобы наблюдать именно взрослых пациентов, чем наш Центр национальный, наверное, трудно придумать.

Что касается педиатров, то действительно тут, и в свое время мы напомним, что Владимир Дмитриевич Федоров мечтал открыть в нашем Центре в том корпусе, который он начал строить, детское отделение, но это так не сложилось. Но, наверное, нам тоже нужно вернуться к этой идее. И если появятся возможности пространственные, может быть, действительно будет целесообразно всё ж таки как-то решить и этот вопрос. Тогда бы всё замкнулось и было бы, наверное, на достаточно высоком уровне, мне так кажется.

И в целом даже я с чем столкнулся, например, мы только вчера вернулись из Калининграда, там достаточно хорошо организована колопроктологическая служба, она существует уже многие годы, и есть вполне квалифицированное эндоскопическое отделение, но никто не делает подслизистой диссекции, что, с моей точки зрения, может быть, даже технически, наверное, проще, чем, положим, удалять такие крупные гамартомные полипы, которые встречаются при синдроме Пейтца-Егерса, мне так кажется.

Поэтому извините, что я тут вписался и высказал свою точку зрения, но уже как неофициальный оппонент.

Я тоже поддерживаю, конечно, работа крайне интересная и мультидисциплинарная и показывает, что мы еще не все вопросы в конечном итоге смогли решить.

Кто бы еще хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста. Получается, что все присутствующие здесь генетики свою активную позицию здесь проявили. Пожалуйста, Вячеслав Борисович.

Профессор, д.м.н. В.Б. Черных: Добрый день, уважаемые коллеги! Я бы тоже хотел поддержать и высказаться за работу, поддержать ее. Было много прекрасных слов. Я хоть и генетик, но я тоже стыковый генетик, занимаюсь на стыке репродукции, и 8 лет все-таки в хирургии я отработал – тайное темное прошлое.

Работа действительно междисциплинарная, как первая пионерская работа, много в ней поднимается вопросов нерешенных, и поднимаются вопросы, не только связанные с ней. Я поддерживаю слова Рены Абульфазовны, что действительно, если вы занимаетесь наследственными заболеваниями, я думаю, Ваша жизнь в институте колопроктологии в связи с появлением лаборатории Алексея Цуканова очень сильно изменилась, и это действительно новый виток развития, потому что вы занимаетесь, наверное, никто так больше не занимается, в этой области. А наследственные заболевания – это заболевания семейные. И когда речь идет об одном больном – это одно, а в генетике совсем другой подход – здесь семья единица обследования, потому что, если вы выявляете заболевание у

какого-то одного из членов семьи, у других тоже может быть заболевание, еще не диагностированное даже. И вопрос даже о дородовой профилактике, потому что вопросы дородовой диагностики вообще еще никто не поднимал. И действительно нужен регистр таких пациентов, потому что есть отличия генетические, соответственно это всё очень важные моменты, которые действительно говорят о новизне и практической значимости работы.

Поэтому я работу поддерживаю.

Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо огромное! У Вас есть что сказать, Татьяна Александровна?

Т.А. Савельева: Да, мы вызываем членов семьи, которые еще были затронуты данной проблемой. И, например, сводные сестры, то есть одна больная, у другой была пигментация – мы при расспросе анамнеза выяснили, что у ее сестры также пигментация, а следовательно можно было заподозрить синдром Пейтца-Егерса, в результате сестре порекомендовали обследоваться. И действительно диагноз был подтвержден. То есть охват должен быть всех родственников и, тем более, детей, которые рождаются, пускай, они сначала без пигментации, но лучше в данном возрасте выяснить, если у них данный патогенный вариант или нет и в дальнейшем уже либо им жить спокойно, либо все-таки активно обследоваться и при своевременном выявлении полипов их удалять.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Но должен ответить, что у нас есть госпитальный реестр наследственных заболеваний. У нас Дмитрий Юрьевич Пикунов, я просто для того, чтобы Вы понимали, какие мы колопроктологи широкие люди, был подготовлен. Он долгие годы работает в отделении онкопроктологии, но закончил ординатуру по генетике как клинический генетик и у нас ведет прием такого рода пациентов с наследственными заболеваниями, в том числе ведет, не говорю регистр, потому что мы, наверное, пока только говорим о госпитальном реестре. Поэтому мы развиваемся, мы работаем. Спасибо.

Кто бы еще хотел выступить? (Нет желающих). Если нет, то, пожалуйста, Вам, Татьяна Александровна, заключительное слово.

Т.А. Савельева: В завершение хочется сказать, что работа будет продолжаться, на этом она не будет остановлена. Перед нами открываются новые перспективы развития данной отрасли, данной болезни.

И всем хочется сказать в завершение большое огромное спасибо, а именно директору нашего Центра Сергею Ивановичу Ачкасову, член-корреспонденту и научному руководителю Центра Юрию Анатольевичу Шельгину за предоставленную возможность

выполнения данной работы; также своим научным руководителям Алексею Сергеевичу Цуканову и Алексею Алексеевичу Пономаренко за то, что они подвигли меня на эту работу, то есть, благодаря им она была завершена, и они каждый мой шаг направляли в нужном направлении. Спасибо огромное!

Также хочется сказать огромное спасибо и выразить благодарность всем членам нашего большого Центра за их отзывчивость, за их помощь.

Спасибо огромное всем членам диссертационного совета, что нашли время, уделили внимание, прошу относиться критично ко всему.

И выражаю сердечную признательность также отдельно нашему отделению, которое помогало выполнять работу; и всем своим родственникам за понимание и поддержку в это сложное для меня время.

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

Мы должны избрать счетную комиссию. Есть следующее предложение избрать в счетную комиссию: Владимира Николаевича Кашникова, Ивана Васильевича Костарева и Евгения Геннадиевича Рыбакова. Кто за такой состав комиссии, прошу проголосовать. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Прошу приступить счетную комиссию к работе. Пожалуйста.

/перерыв для тайного голосования/

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

Д.м.н., профессор РАН Е.Г. Рыбаков: Уважаемые члены диссертационного совета! Состав избранной комиссии: профессор РАН Е.Г. Рыбаков, доктор медицинских наук В.Н. Кашников, доктор медицинских наук И.В. Костарев.

На заседании присутствовало 19 членов совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации – 18. Роздано бюллетеней – 19, осталось не розданных – 3, в урне оказалось 19 бюллетеней.

Результаты голосования: «за» - 19, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

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

/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: И я хотел бы зачитать резюмирующую часть проекта заключения

диссертационного совета. Представленная к защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук диссертационная работа Татьяны Александровны Савельевой посвящена одной из актуальных проблем колопроктологии, является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные автором исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов генетической, лучевой, эндоскопической диагностики синдрома Пейтца-Егерса, а также улучшение результатов лечения, мониторинга пациентов с данным синдромом. Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук согласно п. 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (в ред. Постановления Правительства Российской Федерации от 16.10.2024 г. № 62), а ее автор Савельева Татьяна Александровна заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9. «Хирургия» и 1.5.7. «Генетика».

Я прошу тогда проголосовать за данное решение. Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно.

Есть ли у присутствующих замечания по ведению заседания диссертационного совета? Если нет, тогда позвольте на этом завершить заседание. Благодарю вас за участие. 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

26 июня 2025 г.