

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР КОЛОПРОКТОЛОГИИ  
ИМЕНИ А.Н. РЫЖИХ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**СТЕНОГРАММА**

заседания №2 специализированного совета по приему кандидатских и докторских диссертаций Д 208.021.01 по защите диссертации

**Щаевой Светланы Николаевны**

**«Тактические аспекты лечения осложненного колоректального рака»,**  
представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по  
специальностям 14.01.17 – «Хирургия» и 14.01.12 – «Онкология»

12 апреля 2018 г.

Председатель диссертационного  
совета Д 208.021.01  
доктор медицинских наук, профессор,  
член-корреспондент РАН



Ю.А. Шельгин

Учёный секретарь  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук



И.В.Костарев

Москва – 2018 г.

На заседании присутствуют члены Диссертационного Совета:

1.	Шелыгин Ю.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
3.	Костарев И.В.	кандидат медицинских наук	14.01.17
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	14.01.17
5.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
6.	Болквадзе Э.Э.	доктор медицинских наук	14.01.17
7.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
8.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
9.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
10.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	14.01.17
11.	Орлова Л.П.	доктор медицинских наук	14.01.17
12.	Пугаев А.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
13.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
14.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	14.01.17
15.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	14.01.17
16.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
17.	Халиф И.Л.	доктор медицинских наук	14.01.17
18.	Демидова Л.В.	доктор медицинских наук	14.01.12
19.	Сидоров Д.В.	доктор медицинских наук	14.01.12
20.	Соколов В.В.	доктор медицинских наук	14.01.12
21.	Старинский В.В.	доктор медицинских наук	14.01.12
22.	Чулкова О.В.	доктор медицинских наук	14.01.12

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член- корреспондент РАН Юрий Анатольевич Шелыгин: Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! На повестке дня сегодня защита диссертации Щаевой Светланы Николаевны «Тактические аспекты лечения осложненного колоректального рака» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям «Хирургия» - 14.01.17 и «Онкология» - 14.01.12. Учитывая тот факт, что защита проходит по двум специальностям, необходимо создать совет для разовой защиты с введением пяти специалистов - членов Диссертационного совета по специальности «Онкология». Свое согласие на включение в разовый совет дали следующие специалисты: д.м.н., профессор Старинский Валерий Владимирович (специальность «Онкология»), д.м.н., профессор Соколов Виктор Викторович (специальность «Онкология»), д.м.н. Чулкова Ольга Владимировна (специальность «Онкология»), д.м.н. Демидова Людмила Владимировна (специальность «Онкология»), д.м.н. Сидоров Дмитрий Владимирович (специальность «Онкология»). Все являются членами Диссертационного совета Д 208.047.02 на базе ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава РФ. Именно по этому факту наш Диссертационный совет для разовой защиты будет включать и специалистов онкологов. Если нет возражений, просим всех членов Диссертационного совета подойти к столу, включая включенных членов, чтобы расписаться в явочном листе под видеозапись. Итак, с включенными членами Диссертационного совета получилось 24 человека, на заседании присутствуют 22 человека. Кворум есть, мы правомочны проводить защиту. Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Смоленский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научные консультанты: Ачкасов Сергей Иванович д.м.н., профессор, руководитель отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих» Минздрава России, Нарезкин Дмитрий Васильевич д.м.н., профессор, и.о. проректора по клинической работе и дополнительному профессиональному образованию ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России. Официальные оппоненты: д.м.н., профессор, заведующий хирургическим отделением абдоминальной онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России Карачун Алексей Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации, профессор кафедры госпитальной хирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава

России (Сеченовский Университет) Ачкасов Евгений Евгеньевич, д.м.н., профессор, главный хирург СКФО, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 лечебного факультета ФГБОУ ВО «СОГМА» Минздрава России Тотиков Валерий Зелимханович. Ведущая организация: ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России (директор – академик РАН, д.м.н., проф. А.Ш. Ревшвили).

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН Ю.А. Шелыгин: Иван Васильевич, сообщите информацию о диссертанте, которая имеется в личном деле.

Ученый секретарь специализированного совета к.м.н. Костарев И.В.: Автобиография Щаевой Светланы Николаевны. Щаева Светлана Николаевна 1978 года рождения, гражданка РФ. Окончила Смоленскую государственную медицинскую академию в 2002 году по специальности “лечебное дело”. С 2002 по 2003гг. проходила интернатуру на кафедре лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии СГМА по специальности – «онкология» на базе ОГБУЗ Смоленский областной онкологический клинический диспансер. С 2003 по 2005 гг. проходила подготовку в клинической ординатуре при СГМА на кафедре лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии по специальности – «онкология» на базе ОГБУЗ Смоленский областной онкологический клинический диспансер. С 2005 по 2007 гг. обучалась в очной аспирантуре на кафедре лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии СГМА на базе ОГБУЗ Смоленский областной онкологический клинический диспансер. 31 октября 2007 года С.Н. Щаева защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме «Возможности электрохимического лизиса под ультразвуковым контролем в малоинвазивном лечении очаговых доброкачественных заболеваний молочных желез». С 2008 года работала в должности ассистента кафедры факультетской хирургии. Имеет сертификаты специалиста по специальностям: «онкология», «хирургия», «ультразвуковая диагностика». По специальности «онкология» высшая квалификационная категория, по специальности «хирургия» первая квалификационная категория. В мае 2015 года, по результатам конкурсного отбора, назначена на должность доцента кафедры факультетской хирургии. В январе 2018 г. присвоено ученое звание доцента по научной специальности «хирургия». Владеет хирургическими вмешательствами на желудке, толстом и тонком кишечнике, желчном пузыре, внепеченочных желчных протоках, лапароскопическими оперативными вмешательствами. Работала консультантом по онкологии в ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г.

Смоленска в течение 10 лет, проводила консультации больных хирургического, гастроэнтерологического, инфекционного, терапевтических отделений. С 2013 г. работает экспертом качества медицинской помощи Смоленской области по специальности «Онкология» территориального фонда ОМС. С декабря 2011 г. работала над диссертационным исследованием «Тактические аспекты лечения осложненного колоректального рака», которое подготовила к защите в 2017 году. Светлана Николаевна представила пакет документов в Диссертационный совет. Все документы соответствуют требованиям ВАК, замечаний по документам нет. При проверке на антиплагиат более 80% оригинального текста. Была создана Комиссия диссертационного совета по результатам работы, которой, 22 декабря 2017 года диссертационный совет принял диссертацию к защите.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шелыгин: Какие-либо вопросы к Светлане Николаевне имеются? Тогда, пожалуйста, Светлана Николаевна, в течение 20 минут изложите результаты вашей работы.

Щаева С.Н. в течение 19 минут изложила основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шелыгин поблагодарил диссертанта за доклад и предложил членам диссертационного совета задавать вопросы по материалам диссертации.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шелыгин:

Светлана Николаевна, Вы говорите о том, что сравниваемые группы по тяжести общего состояния и распространенности опухолевого процесса были сопоставимы. Некоторые отличия были при IV стадии заболевания. Уточните, что подразумевалось под IV стадией заболевания – резектабельные метастазы в печени, канцероматоз? Не является ли это причиной различий по тяжелым послеоперационным осложнениям и летальности между группами. Наличие IV стадии, не приводило ли к расширению оперативного вмешательства?

Щаева С.Н.: Распределение пациентов по стадиям злокачественного новообразования в анализируемых группах в зависимости от специализации стационара было сопоставимым. IV стадии стадия характеризовалась как наличием перитонеального канцероматоза, так и метастазами в печени,

распределения по данным характеристикам было сопоставимым. В общехирургических стационарах преимущественно при IV стадии были выполнены симптоматические вмешательства. Расширенные резекционные вмешательства в общехирургических стационарах при осложненном КРР, которые могли сопровождаться высокой частотой послеоперационных осложнений, именно за счет расширенного оперативного вмешательства не выполнялись.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шелыгин:

Пожалуйста, еще вопросы.

Пугаев А.В., д.м.н., профессор, член диссертационного совета:

Почему с вашей точки зрения результаты лечения осложненного КРР в колопроктологическом стационаре хуже по сравнению с онкологическим стационаром?

Щаева С.Н.: По данным проведенного исследования результаты по количеству исследованных лимфатических узлов и резекционному статусу гораздо лучше в колопроктологическом стационаре по сравнению с общехирургическим. Между колопроктологическим и онкологическим стационарами статистически значимых различий по исследуемым патоморфологическим параметрам не выявлено.

Пугаев А.В., д.м.н., профессор, член диссертационного совета: Ваши стационары имели опыт стентирования при обтурационной кишечной непроходимости и последующих радикальных операций?

Щаева С.Н.: Наши стационары не имели опыта стентирования при обтурационной кишечной непроходимости.

Пугаев А.В., д.м.н., профессор, член диссертационного совета: Вы говорите о лучших результатах лечения осложненного КРР в специализированных стационарах (онкологическом, колопроктологическом), представьте план госпитализации экстренных больных в разные стационары.

Щаева С.Н.: Оптимальной является тактика госпитализации больных с осложненным КРР в многопрофильные стационары, где наряду со стационарами общехирургического профиля, имеется специализированные отделения – колопроктологическое или онкологическое.

Пугаев А.В., д.м.н., профессор, член диссертационного совета: Для чего вы разработали схему прогнозов?

Щаева С.Н.: Прогнозировать выживаемость того или иного пациента после перенесенного оперативного вмешательства и обосновать необходимость назначения адъювантного лечения, используя данные основанные на стадировании TNM сложно, так как при количестве исследованных лимфатических узлов менее 12 – это критерий N0, адъювантное лечение назначается не всегда. Разработанная программа, путем ввода 10 параметров, которые соответствуют основным характеристикам больного, позволяет с высокой степенью достоверности предсказать прогрессирование заболевания, а это является показанием к тщательному динамическому наблюдению и адъювантному лечению.

Сушков О.И., к.м.н., старший научный сотрудник отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «ГНЦК им.А.Н. Рыжих» Минздрава России: Светлана Николаевна, как полученные вами результаты по показателям выживаемости при осложненном КРР в Смоленском регионе коррелируют с данными других Российских и международных исследований?

Щаева С.Н.: По России исследований по общей, безрецидивной и канцерспецифической выживаемости при экстренных хирургических вмешательствах в случае осложненного колоректального рака с использованием методов доказательной медицины не проводилось. Большинство исследований направлены на изучение непосредственных результатов лечения, сравниваются разные методики хирургических вмешательств малоинвазивных, традиционных и подробно описываются непосредственные результаты. Полученные результаты по показателям пятилетней выживаемости осложненного колоректального рака коррелируют с данными международных исследований, где пятилетняя выживаемость составляет от 10 до 39,6%.

Богателія З.А., к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части (по онкологии) ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ: Группа больных с осложненным колоректальным раком в онкологическом стационаре составила 69 больных. Скажите, пожалуйста, сколько из них были с острой кишечной непроходимостью, перфорацией и другими осложнениями? Как распределились больные по степени выраженности кишечной непроходимости?

Щаева С.Н.: В данной группе больных с острой обтурационной непроходимостью, было около 60%, остальные 40% были с перфорацией, кишечным кровотечением, перифокальным воспалением. По степени

выраженности кишечной непроходимости это были больные с субкомпенсированной и декомпенсированной кишечной непроходимостью.

Назаров И.В., младший научный сотрудник отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «ГНКЦ им. А.Н. Рыжих» Минздрава России: Уточните, насколько выражена зависимость между типом выполненного оперативного вмешательства и отдаленными результатами лечения, если она есть?

Щаева С.Н.: Наибольший процент тяжелых послеоперационных осложнений отмечен после одноэтапных операций и многоэтапных с удалением опухоли на первом этапе по сравнению с многоэтапными с удалением опухоли на втором этапе. Не всегда учитывалось тяжелое и крайне тяжелое состояние больного, организм больного ослабленный тяжелым осложнением КРР и длительным течением онкологического процесса не справляется с инфекцией и выполнение на этом этапе обширных операций увеличивает частоту послеоперационных осложнений. В случае наличия осложненного КРР в тяжелом состоянии больного на неподготовленной кишке сложно выполнить радикальное вмешательство соответствующее принципам онкологического радикализма. Благодаря этапному лечению, возникает возможность на первом этапе устранить осложнение КРР, подготовить больного и следующим этапом выполнить радикальную операцию. Показатели 5-летней общей, безрецидивной и канцерспецифической выживаемости, полученные по результатам данного исследования, доказывают преимущество многоэтапных операций с удалением опухоли на втором этапе по сравнению с одноэтапными и многоэтапными с удалением опухоли на первом этапе.

Назаров И.В., младший научный сотрудник отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «ГНКЦ им. А.Н. Рыжих» Минздрава России: Проводилась ли вами оценка частоты местных рецидивов в зависимости от специализации стационара?

Щаева С.Н.: В данном исследовании оценивались показатели безрецидивной выживаемости в зависимости от типа стационара. Наблюдались статистически значимые различия в данных показателях. В колопроктологическом и онкологическом стационарах медиана безрецидивной выживаемости при II стадии составила 60 месяцев, в то время как в общехирургическом 37 месяцев.



Старинский В.В. заместитель директора по науке МНИОИ им. П.А. Герцена-филиала ФГБУ «НМИЦ» МЗ России, д.м.н., профессор, член диссертационного совета:

Светлана Николаевна, скажите, пожалуйста, все больные в вашем исследовании поступали по скорой помощи? Не интересовались, имелись ли в этих учреждениях лицензии на оказание онкологической помощи?

Щаева С.Н.: Да все пациенты поступали по скорой медицинской помощи. До 2017 года из четырех общехирургических стационаров два имели лицензию на онкологическую деятельность. С 2017 года в силу структурных изменений все общехирургические стационары имеют лицензию на онкологическую помощь. Выполняют не только экстренные, но и плановые онкологические оперативные вмешательства.

Старинский В.В. заместитель директора по науке МНИОИ им. П.А. Герцена-филиала ФГБУ «НМИЦ» МЗ России, д.м.н., профессор, член диссертационного совета: Перечислите стационары, где проводились экстренные оперативные вмешательства по поводу осложненного колоректального рака.

Щаева С.Н.: Оперативные вмешательства проводились в следующих стационарах: отделения абдоминальной онкохирургии онкологического диспансера, колопроктологическом отделении Больницы скорой медицинской помощи, отделение хирургии Клинической больницы №1, хирургическое отделение №3 Областной клинической больницы, хирургические отделения №1, №2 Больницы скорой медицинской помощи.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин:

Скажите, пожалуйста, какова частота поступления по скорой медицинской помощи в колопроктологический, онкологический, общехирургический стационары? Какова частота этапности лечения в этих стационарах, т.е. какие операции преимущественно были выполнены в колопроктологическом, общехирургическом стационарах?

Щаева С.Н.: В онкологический стационар по скорой медицинской помощи поступали больные с ранее верифицированным диагнозом колоректального рака, некоторые находились на этапе обследования, другие в силу каких-то обстоятельств отказались от ранее предложенного оперативного вмешательства, и в связи с развитием ургентного осложнения были госпитализированы в онкологический стационар. В колопроктологический стационар также поступали больные по скорой медицинской помощи, так он

находится на базе многопрофильной больницы, оказывающей экстренную медицинскую помощь, либо были переведены из общехирургических отделений данной больницы.

По этапности лечения: в онкологическом стационаре преимущественно были выполнены многоэтапные операции с удалением опухоли на втором этапе, в колопроктологическом стационаре – многоэтапные с удалением опухоли на первом этапе и многоэтапные с удалением опухоли на втором этапе, в общехирургическом – одноэтапные оперативные вмешательства.

Соколов В.В., д.м.н., профессор, член диссертационного совета: Светлана Николаевна скажите, пожалуйста, анализировали ли вы причины не радикальности по R1, в каких группах чаще, в каких группах реже?

Щаева С.Н.: Основная цель общехирургических стационаров – непосредственные результаты лечения и при выполнении экстренных операций, больным с осложненным колоректальным раком, в сложных ситуациях, зачастую не соблюдаются принципы онкологического радикализма. Так как в общехирургических стационарах не ведется мониторинг отдаленных результатов лечения больных и пациенты направляются для дальнейшего лечения и наблюдения в онкологический диспансер, то отдаленные результаты не учитываются общими хирургами.

Лукашевич И.В. к.м.н., научный сотрудник отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России: Скажите, пожалуйста, как вы считаете, каковы оптимальные сроки между первым этапом – формированием стом и вторым этапом – радикальным вмешательством?

Щаева С.Н.: радикальное хирургическое вмешательство следует проводить спустя некоторый период времени после ликвидации интоксикации, воспалительных явлений, коррекции метаболических нарушений. Во многом это зависит от выраженности кишечной непроходимости. Corman M.L. предложил использовать 10-ти и 14-ти дневные интервалы между первым и вторым этапами хирургического лечения. По данным других исследований, данный интервал варьируется от 11 до 42 дней, в проведенном исследовании этот интервал в среднем составил 1,5 мес.

Богателія З.А., к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части (по онкологии) ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ: В продолжение предыдущего вопроса, все-таки стадирование не определяло дальнейшей тактики лечения?

Когда купируются воспалительные процессы, возможно, в зависимости от стадии возникает необходимость неоадьювантного лечения?

Щаева С.Н.: Да, безусловно, стадирование, влияет на дальнейшую лечебную тактику; после первого этапа в случае необходимости оптимальным является неоадьювантное лечение. В данном исследовании группа с многоэтапными операциями с удалением опухоли на втором этапе была сформирована без неоадьювантного лечения, для правильного сопоставления результатов экстренных оперативных вмешательств осложненного колоректального рака.

Ученый секретарь специализированного совета к.м.н., Костарев И.В.:

Светлана Николаевна, по первому положению, выносимому на защиту. Количество исследованных лимфатических узлов до трех, этот фактор связан больше с хирургами или и с патологоанатомами, может быть, они недостаточно исследовали?

Щаева С.Н.: Это не являлось дефектами патоморфологической службы, так как зачастую общие хирурги не знакомы со стандартами лимфодиссекции, отсюда подобные результаты.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин:

В каких патоморфологических лабораториях проводились исследования? Одинаковые ли методики применялись для исследования патоморфологических препаратов, особенно для определения латеральной границы резекции?

Щаева С.Н.: Патоморфологические препараты исследовались по сравнимым протоколам в ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии».

Шахматов Д.Г. к.м.н., научный сотрудник отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России: Светлана Николаевна, вы изучали отдаленные результаты лечения больных осложненным КРР, в частности пятилетнюю выживаемость. Какие из осложнений КРР оказывали наибольшее влияние на выживаемость?

Щаева С.Н.: Наиболее негативное влияние на показатели 5-летней выживаемости оказывала перфорация опухоли, так показатели 5-летней КСВ составили - 5,7%.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шелыгин: есть ли еще вопросы? Нет. Прошу научного консультанта Нарезкина Д.В. дать характеристику диссертанту.

Д.В. Нарезкин, д.м.н., профессор, и.о. проректора по клинической работе и дополнительному профессиональному образованию ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Глубокоуважаемые коллеги! Здесь присутствует много хирургов и проанализированные в работе экстренные хирургические вмешательства по поводу осложненного колоректального рака вызвали большой интерес, судя по большому количеству вопросов. Знаю Светлану Николаевну более 10 лет, пришла к нам в клинику после успешной защиты кандидатской диссертации и гармонично влилась в коллектив, освоила экстренные абдоминальные хирургические вмешательства. На протяжении всех этих лет являлась штатным консультантом онкологом в КБ №1 г. Смоленска. За период проводимого научного исследования освоила весь спектр экстренных абдоминальных хирургических вмешательств, связанных с данной работой. В 2015 году избрана на должность доцента кафедры факультетской хирургии. Проявила целеустремленность, собрала большой материал по данному исследованию. Таким образом, по своим личным качествам она заслуживает присуждения искомой степени.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.и., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шелыгин: есть ли вопросы? Нет. Прошу научного консультанта Ачкасова С.И. охарактеризовать диссертанта.

С.И. Ачкасов, д.м.н., профессор, руководитель отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих»: Глубокоуважаемые коллеги! Дополнительно к сказанным характеристикам, приведенным Дмитрием Васильевичем, хотел бы добавить следующее: когда я познакомился со Светланой Николаевной, и она сообщила о том, что пишет диссертацию по такой тематике, я сказал, что, если просто писать по обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза, то она не даст ничего нового, потому что, есть достаточно много предшествующих работ по кишечной непроходимости. Порекомендовал посмотреть на эту проблему несколько по-другому: оценить онкологическую составляющую, стационары, где выполняются данные вмешательства и исследования. Светлана Николаевна подняла достаточно большой пласт работы, проанализировала данные большого количества патоморфологических

исследований, результаты лечения больных перенесших экстренные хирургические вмешательства по поводу осложненного КРР. Кроме того, в своем исследовании и сегодняшнем выступлении достаточно смело обратила внимание аудитории о необходимости в общехирургических стационарах выполнять при обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза оперативные вмешательства в минимальном объеме, направленные на ликвидацию осложнения и спасения жизни больного, а радикальные операции проводить в специализированных стационарах. С моей точки зрения диссертант заслуживает звания искомой степени.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шелыгин: Прошу ученого секретаря, Ивана Васильевича, сообщить о документах, представленных в Диссертационный Совет.

Ученый секретарь специализированного совета к.м.н., Костарев И.В.: апробация диссертации Щаевой Светланы Николаевны прошла на совместном заседании кафедр факультетской хирургии, госпитальной хирургии, онкологии, общей хирургии с курсом хирургии ФДПО, урологии, хирургии педиатрического и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России 25 сентября 2017 года. Диссертация получила положительную оценку и была рекомендована к официальной защите. По материалам исследования опубликовано 59 научных работ, в которых отражены основные положения диссертации, включая 17 статей в рецензируемых научных изданиях, определенных ВАК для защиты докторских диссертаций. Имеется свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ. Поступившие в диссертационный совет отзывы официальных оппонентов д.м.н., профессор, заведующего хирургическим отделением абдоминальной онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России Карачуна Алексея Михайловича, д.м.н., профессора, заведующего кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации, профессора кафедры госпитальной хирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Ачкасова Евгения Евгеньевича, д.м.н., профессора, главного хирурга СКФО, заведующего кафедрой хирургических болезней №2 лечебного факультета ФГБОУ ВО «СОГМА» Минздрава России Тотикова Валерия Зелимхановича положительные, принципиальных замечаний по диссертации не содержат. Отзыв ведущей организации ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России (доктора медицинских наук, профессора Кригера Андрея Германовича) на диссертацию положительный,

принципиальных замечаний не содержит. Поступившие пять отзывов на автореферат: Хатькова Игоря Евгеньевича д.м.н., профессора, член-корреспондента РАН, директора ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ; д.м.н., профессора, заведующего онкологического (абдоминального) отделения №3 ГАУЗ Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ Аглуллина Ильдара Рауфовича, д.м.н., профессора, заведующего отделением абдоминальной онкологии №2 ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава РФ Геворкяна Юрия Артушевича, д.м.н., профессора, профессора кафедры общей хирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Стручкова Юрия Викторовича, д.м.н., заведующего онкологическим отделением №2 ГБУЗ «Онкологический диспансер №1 Департамента здравоохранения города Москвы» Поликарпова Сергея Аркадьевича положительные, замечаний не содержат. Других отзывов на диссертацию и автореферат не поступало.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин: есть ли вопросы к ученому секретарю Ивану Васильевичу? Нет. Спасибо. Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Карачуну Алексею Михайловичу.

Официальный оппонент д.м.н., профессор Карачун Алексей Михайлович (Отзыв прилагается):

В процессе рецензирования возникли вопросы к автору, которые носят уточняющий характер и не снижают положительной оценки работы. Насколько предложенные вами принципы этапности лечения в хирургии острой кишечной непроходимости опухолевого генеза, применимы в практическом здравоохранении?

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А.Шельгин: Спасибо Алексей Михайлович. Слово для ответа официальному оппоненту предоставляется соискателю.

С.Н. Щаева: Глубокоуважаемый Алексей Михайлович! Большое спасибо за глубокий профессионализм, детальное изучение моей работы. Так как экстренное хирургическое лечение в общехирургических стационарах обтурационной непроходимости опухолевого генеза приводит к большому количеству осложнений и неудовлетворительным отдаленным результатам, то должно осуществляться в минимальном объеме, направленном на формирование стом. Квалифицированное хирургическое лечение с

полноценной лимфодиссекцией должно проводиться в специализированных стационарах (колопроктологическом, онкологическом). Это вполне применимо на базе многопрофильных стационаров, где имеются отделения общехирургического и специализированного профиля.

Официальный оппонент д.м.н., профессор Карачун Алексей Михайлович: Уточните, с чем связаны высокий процент послеоперационных осложнений и низкие показатели 5-летней выживаемости больных, перенесших экстренные хирургические вмешательства по поводу осложненного колоректального рака в общехирургических стационарах?

Щаева С.Н.: В общехирургических стационарах преимущественно были выполнены одноэтапные оперативные вмешательства, не учитывалось тяжелое и крайне тяжелое состояние при поступлении, что сопровождалось большим количеством послеоперационных осложнений. Кроме того, эти операции характеризовались недостаточным объемом лимфодиссекции и значительным процентом R1 – резекций -22,3%, что повлияло на отдаленные результаты.

Официальный оппонент д.м.н., профессор Карачун Алексей Михайлович: С чем, на ваш взгляд, может быть связано недостаточное количество удаленных лимфатических узлов у больных, оперированных по экстренным показаниям в общехирургических стационарах?

Щаева С.Н.: В общехирургических стационарах отсутствует единый онкологический подход к лечению осложненного колоректального рака. Хирурги вне зависимости от квалификации не ставят перед собой задачу соблюсти онкологическую составляющую операции, обосновывая это экстренной ситуацией и операции не проводятся на путях регионарного лимфооттока.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шелыгин: Спасибо. Слово предоставляется второму официальному оппоненту, д.м.н., профессору Ачкасову Евгению Евгеньевичу.

Официальный оппонент д.м.н., профессор Ачкасов Евгений Евгеньевич (Отзыв прилагается).

В рамках научной дискуссии хотелось бы задать диссертанту несколько вопросов. Это не отменяет значения данной работы с анализом большого количества данных, с выводом абсолютно новых результатов, с разработкой программы оценки прогноза, демонстрации с точки зрения изучения

морфологической составляющей, доказывающей эффективность тех или иных методов лечения.

Почему в исследование не включены пациенты с компенсированной толстокишечной непроходимостью?

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин: Спасибо, Евгений Евгеньевич. Слово для ответа официальному оппоненту предоставляется соискателю.

С.Н. Щаева: Глубокоуважаемый Евгений Евгеньевич! Большое спасибо за детальное исследование моей работы. В своей работе при анализе данных я использовала классификацию обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза по степени компенсации из Национальных клинических рекомендаций по колопроктологии (2014), где Вы являетесь одним из разработчиков. Кроме того, в данном исследовании один из основных критериев включения были операции, выполненные по экстренным показаниям, больные с компенсированной кишечной непроходимостью, которая поддается консервативным мероприятиям, не были включены. Согласно примененной классификации это были больные с субкомпенсированной и декомпенсированной кишечной непроходимостью.

Официальный оппонент д.м.н., профессор Ачкасов Евгений Евгеньевич:

Чем объясняется большое количество наблюдений колоректального рака, осложненного кровотечением, потребовавшего экстренных операций с резекцией кишки? Какова была интенсивность кровотечения, его источник и степень кровопотери у больных, которым потребовались экстренные хирургические вмешательства для остановки кровотечения?

С.Н. Щаева: Во многом это связано с поздним обращением, в связи с отсутствием культуры своевременного обращения за медицинской помощью, у большинства больных была III-IV стадия заболевания. Поступают в стационары в тяжелом состоянии, с выраженной анемией, которая обусловлена не только онкологическим процессом, но кровотечением из опухоли с падением показателей эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, обусловленных кровопотерей. В большинстве случаев источник кровотечения опухоли ободочная кишка, около 15% - прямая кишка, интенсивность кровопотери и степень кровопотери оценивалась по шкале Блэтчфорд. Резекционные вмешательства были направлены на спасение жизни больного – удаление опухоли, являющейся источником кровотечения.



Официальный оппонент д.м.н., профессор Ачкасов Евгений Евгеньевич: Зависел вид выполненного хирургического пособия по экстренным показаниям, его радикальность, количество удаленных лимфатических узлов от уровня квалификации хирургической бригады и времени выполнения операции – дневное или ночное время во время дежурства?

С.Н. Щаева: Экстренные оперативные вмешательства выполнены в дневное, вечернее и ночное время. Квалификация хирургов достаточно высокая, общехирургические вмешательства выполняются на высоком уровне, но при экстренных операциях по поводу осложненного колоректального рака не учитывается онкологическая составляющая.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин: Спасибо. Слово предоставляется третьему официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Тотикову Валерию Зелимхановичу (Отзыв прилагается).

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин: Спасибо, Валерий Зелимханович. Слово для ответа официальному оппоненту предоставляется соискателю.

С.Н. Щаева: Глубокоуважаемый Валерий Зелимханович! Спасибо за глубокий анализ выполненного мною исследования. Большое Вам спасибо!

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин: Кто желает выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, Андрей Владимирович.

Федоров А.В., д.м.н., профессор, член диссертационного совета: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Хочу сказать, что проанализирован достаточно большой материал, где вместе собраны все urgentные осложнения колоректального рака, по моему мнению, можно было сузить проблему, сделать акцент на обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза. Следует отметить, что наиболее тяжелый контингент больных поступает не в специализированные отделения, а в общехирургические, а специализированные стационары (онкологический, колопроктологический) находятся в более привилегированном положении. В Смоленске в 2014г. прошла Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы колопроктологии», где были приняты Национальные клинические рекомендации по лечению данного контингента больных. Выполнение этих рекомендаций позволит улучшить результаты

лечения этой категории больных. По вопросу присуждения искомой степени я буду голосовать «за».

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин: Спасибо Андрей Владимирович. Светлана Николаевна хотите ли вы ответить неофициальному оппоненту.

С.Н. Щаева: Глубокоуважаемый Андрей Владимирович! Действительно общехирургический контингент больных очень тяжелый, чтобы разгрузить общехирургическую службу оптимально при obturационной кишечной непроходимости опухолевого генеза на первом этапе выполнение стом в общехирургических стационарах, а квалифицированное лечение проводить в специализированных стационарах.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин: Слово предоставляется неофициальному оппоненту Богателию Зурабу Антоновичу.

Богателия З.А., к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части (по онкологии) ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Уважаемые коллеги! Конечно, данная работа актуальна, это бесспорно. Если взять срез больных с осложненным колоректальным раком по Москве за 2016, 2017 гг. то по процентному отношению urgentных осложнений это выглядит так, как представила Светлана Николаевна. При перфорации опухоли оправдано выполнение резекционных вмешательств, здесь не идет речь о радикализме в данной ситуации главное спасти жизнь больному. В случае кровотечений мы встречаемся с тяжелыми и среднетяжелыми кровотечениями. О легкой степени кровопотери у данного контингента больных речь не идет. При кровотечениях мы используем селективную эмболизацию. По кишечной непроходимости в данном исследовании все прекрасно отражено, что происходит в Смоленской области, ранее это происходило в Москве. В данной клинической ситуации необходимо соблюдать этапность хирургического лечения и онкологический радикализм, что отражено в данной работе. В Москве на первом этапе используются малоинвазивные методы (стентирование, мини-доступ), больные поступают в строго определенные стационары. Работа прекрасная. Светлана Николаевна заслуживает присуждения искомой степени.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин: Слово предоставляется неофициальному оппоненту Старинскому Валерию Владимировичу.

Старинский В.В. заместитель директора по науке МНИОИ им. П.А. Герцена-филиала ФГБУ «НМИЦ» МЗ России, д.м.н., профессор, член диссертационного совета: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Сегодняшняя работа резюмирует многие наши организационные подходы, где должны лечиться больные колопроктологического профиля. В настоящее время ситуация такая, что эти больные должны лечиться в колопроктологических стационарах. В данной работе речь не идет о Федеральных центрах, таких как институт Вишневского, Петровского, скорпомощных высококвалифицированных стационарах – институте Склифосовского, Джанелидзе (Санкт-Петербург). Это совсем другая ситуация, анализируется региональный уровень службы здравоохранения. Я хорошо знаю онкологическую службу Смоленщины. В работе выполнен прекрасный статистический анализ, многофакторный, с использованием мощной статистической базы. Ни одна диссертация не решает сразу всех проблем. Мне эта работа представляется подтверждением, тех клинических наблюдений, которые я наблюдал в процессе моей клинической практики. Искренне одобряю эту работу. Спасибо большое. Я считаю, что диссертантка заслуживает присуждения искомой степени.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Ю.А. Шельгин: Слово предоставляется неофициальному оппоненту Пугаеву Андрею Владимировичу.

Пугаев А.В., д.м.н., профессор, член диссертационного совета: Уважаемые коллеги! Я должен сказать свое мнение о диссертации, что работа эта прекрасная. Вообще, что мы имеем, мы имеем экстренную хирургию, где все должно быть направлено на спасение жизни больного. И мы имеем длительный онкологический процесс, это страдает больной не менее двух лет, имеется иммунная депрессия, декомпенсация метаболических процессов. Тоже самое происходит при кровотечении и еще более выражено при перфорации опухоли. В чем стержень работы Светланы Николаевны, Уважаемые коллеги, в том, что она показала дифференцированный подход у больных с осложненным колоректальным раком. Потому что, она показала, что при obturationalной кишечной непроходимости и кровотечении необходимо применять минимальные объемы оперативных вмешательств.

Что касается перфорации, то здесь объем операции сводится к условно радикальным операциям, другого выхода нет, при данном осложнении самая высокая летальность. Еще важным моментом является то, что она не сталкивает хирургов и онкологов, и показывает, что общие хирурги не всегда способны выполнить радикальные хирургические вмешательства соответствующие требованиям онкологического радикализма. У хирургов не должно быть обиды на то, что представлено в этой работе. Удивительно хорошая статистическая обработка материала, подход к обработке данных. Диссертация замечательная. Диссертантка заслуживает присуждения искомой степени доктора медицинских наук.

Ю.А. Шельгин председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН: Спасибо Андрей Владимирович. Есть ли еще желающие выступить? Нет. Поступило предложение избрать счетную комиссию. Предлагаю включить в её состав следующих членов диссертационного совета: Фролова Сергея Алексеевича, Рыбакова Евгения Геннадиевича, Веселова Виктора Владимировича. Председателем счетной комиссии избран Фролов Сергей Алексеевич.

Члены диссертационного совета единогласно утвердили состав счётной комиссии. Предлагаю счетной комиссии приступить к работе.

Ю.А. Шельгин председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор, член-корр. РАН: Слово предоставляется председателю счетной комиссии Фролову С.А.

Фролов С.А. председатель счетной комиссии, член диссертационного совета, доктор медицинских наук:

Глубокоуважаемые коллеги! Протокол №2 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом Д 208.021.01 от 12 апреля 2018 года для подсчета голосов при голосовании по диссертации Щаевой Светланы Николаевны на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 14.01.17 «Хирургия», 14.01.12 «Онкология».

Присутствовали на заседании 22 члена Диссертационного совета. Роздано бюллетеней - 22. Не розданных – 2. Оказалось в урне бюллетеней - 22. Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени доктора медицинских наук Щаевой Светланы Николаевны: за - 22, против - нет, недействительных и испорченных бюллетеней – нет.

Ю.А. Шелыгин председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН:

Предлагаю утвердить протокол счетной комиссии. Кто за то, чтобы утвердить протокол счетной комиссии? Прошу голосовать. Кто «против»? Нет. «Воздержался»? Нет.

Члены Диссертационного совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии.

Ю.А. Шелыгин председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН: Протокол счетной комиссии утверждается единогласно. На основании результатов тайного голосования членов диссертационного совета Д 208.021.01 при ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Щаевой Светлане Николаевне присуждается ученая степень доктора медицинских наук по специальностям 14.01.17 – «Хирургия» и 14.01.12 – «Онкология».

Предлагаю обсудить заключение диссертационного совета. Члены диссертационного совета ознакомились с проектом заключения заранее. Есть ли у кого дополнения, изменения? Пожалуйста, Виктор Владимирович.

Веселов В.В., д.м.н., профессор, член диссертационного совета: Предлагаю внести дополнение: указать дополнительные регалии д.м.н., профессора Ачкасова Е.Е.- профессор кафедры госпитальной хирургии.

Ю.А. Шелыгин председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН: С Вашего разрешения прочту только постановляющую часть. По своей актуальности, методическому уровню, объему исследований, научной новизне и практической значимости полученных результатов диссертационная работа Щаевой С.Н. полностью соответствует требованиям п.9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней (Постановление правительства РФ от 24.09.2013г. № 842)», предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а ее автор заслуживает присуждения искомой ученой степени по специальностям 14.01.17- «Хирургия», 14.01.12 – «Онкология». В диссертации отсутствуют недостоверные сведения об опубликованных соискателем ученой степени работах, в которых изложены основные научные результаты диссертации. На заседании от 12.04.18 Диссертационный совет принял решение присудить Щаевой С.Н. ученую степень доктора медицинских наук по специальностям 14.01.17- «Хирургия», 14.01.12 – «Онкология». Прошу проголосовать за данное заключение.

За заключение проголосовали единогласно.

Ю.А. Шелыгин председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН: Светлана Николаевна, Вам предоставляется заключительное слово.

С.Н. Щаева: Спасибо. Глубокоуважаемые члены Диссертационного совета! Глубокоуважаемые коллеги! Мне хотелось поблагодарить Глубокоуважаемого Юрия Анатольевича, Глубокоуважаемого Ивана Васильевича и Глубокоуважаемых членов диссертационного совета за предоставленную возможность представить свое диссертационное исследование в совете столь уважаемого и авторитетного научного учреждения. Это, безусловно, большая честь. Я хочу поблагодарить моего научного консультанта профессора Ачкасова С.И. за внимание и терпение, проявленное к моей научной работе, за большой вклад в мое становление как ученого. Мне хочется поблагодарить моего научного консультанта профессора Нарезкина Д.В. проректора СГМУ, где была выполнена работа - за помощь на всех этапах практических аспектов выполнения данной работы.

Хочу выразить слова искренней благодарности официальным оппонентам профессору Тотикову Валерию Зелимхановичу, профессору Карачуну Алексею Михайловичу, профессору Ачкасову Евгению Евгеньевичу за глубокий профессионализм, за детальное изучение моей работы, за очень интересные вопросы, которые затрагивались в дискуссии. Мне еще раз хочется поблагодарить всех членов диссертационного совета за внимание и интерес, проявленные к моей работе. Спасибо всем большое!

Ю.А. Шелыгин председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор, член-корр. РАН: На этом повестка дня исчерпана. У кого есть замечания по ведению заседания? Замечаний нет. Благодарю всех за активное участие в обсуждении диссертации. Позвольте завершить заседание диссертационного совета.

Председатель диссертационного  
совета, доктор медицинских наук,  
профессор, член-корреспондент РАН



Ю.А. Шелыгин

Ученый секретарь диссертационного  
совета, кандидат медицинских наук

 И.В. Костарев