

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КОЛОПРОКТОЛОГИИ ИМЕНИ
А.Н. РЫЖИХ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

СТЕНОГРАММА

заседания диссертационного совета **21.1.030.01** № 2
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»

Минздрава России по защите диссертации

Серебрий Алёны Борисовны

**«Эвагинационный метод ликвидации ректовагинальных свищей с
сопутствующей недостаточностью анального сфинктера»,
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 3.1.9 «Хирургия»
от 03 апреля 2025 г.**

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

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2025 г.

Присутствовали следующие члены диссертационного совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
2.	Суровегин 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.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9.
9.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
10.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9.
11.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
12.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9.
14.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
15.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9.
16.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.

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

Уважаемые коллеги! У нас сегодня назначено заседание диссертационного ученого совета для защиты кандидатской диссертации доктора Серебрий Алёны Борисовны. У нас из 19 членов ученого совета присутствует 16, то есть кворум у нас есть. Поэтому позвольте стартовать нашу работу.

Я хотел бы сказать, что работа называется «Эвагинационный метод ликвидации ректовагинальных свищей с сопутствующей недостаточностью анального сфинктера». Она представлена по научной специальности 3.1.9. «Хирургия».

Научным руководителем работы является Андрей Анатольевич Мудров.

Официальными оппонентами назначены: доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Стойко и доктор медицинских наук, профессор Петр Андреевич Ярцев.

Ведущей организацией является ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России.

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 Серебрий Алёна Борисовна родилась в 1996 году, а в 2019 году окончила Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова по специальности «Лечебное дело» и поступила в клиническую ординатуру по специальности «Колопроктология» на базе ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России. В 2021 году зачислена в клиническую аспирантуру также в Национальном медицинском исследовательском центре колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. В 2022 году поступила на работу в должности врача-колопроктолога во 2-е хирургическое отделение (общей и реконструктивной колопроктологии) Национального

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

В настоящее время Серебрий Алёна Борисовна подготовила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме: «Эвагинационный метод ликвидации ректовагинальных свищей с сопутствующей недостаточностью анального сфинктера».

При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста составила 74,46%.

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

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

Ю.А. Шельгин: Если имеются вопросы к Евгению Сергеевичу, пожалуйста. Если нет, тогда, Алёна Борисовна, мы просим Вас в течение 20 минут доложить основные результаты проведенного Вами диссертационного исследования, пожалуйста.

А.Б. Серебрий в течение 15 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.

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

Ю.А. Шельгин: Всё ж таки мне не совсем понятно, это повреждение кишки, которое произошло с проникновением в Дугласово пространство, всё ж таки, где располагался дефект, каким образом Вы его ликвидировали? Это же, получается, интраоперационное у Вас было осложнение.

И еще один вопрос: а какого вида стома была? Я просто не успел уловить этот момент. То есть мне понятно, что стома была, но всё ж таки еще раз напомните, по какому поводу она была сформирована, и что предварительно делалось. Еще раз опишите, где был этот эффект, каким образом он был

ликвидирован. Потому что далее получается, что у Вас всё благополучно закончилось. Пожалуйста, подробнее расскажите.

Ответ: Пациентка изначально поступила к нам с уже сформированной сигмостомой. Ее вывели в попытке ликвидации дефекта. Дефект изначально был большого диаметра. И поскольку раньше было принято применять при большом диаметре свищевого отверстия выведение превентивной колостомы, пациентке также по месту жительства выполнили выведение сигмостомы и предприняли попытку ликвидации ректовагинального свища наложением прямокишечного лоскута, в результате чего сформировался рецидив, но в ректовагинальной перегородке сформировались рубцово-фиброзные изменения. И когда мы начали выделять свищевой ход, примерно на расстоянии 5-7 мм от изначального свищевого хода мы травмировали именно сам свищевой ход как бы сегмент передней стенки прямой кишки, и мы выполнили просто ушивание этого дефекта и включили его в эвагинат. Таким образом, он, вместе с основным свищевым ходом был за пределами анального канала.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Тогда непонятно, здесь Вы описываете образование дефекта в тазовой брюшине, Вы оказались в брюшной полости. И что? Это в результате чего произошло – из-за того, что бесчисленные эти операции, которые были ранее выполнены? И Вы проявили ревизию, ничего там не выявили и ушили этот дефект, по сути дела, в тазовой брюшине. Да?

Ответ: Всё верно, так и было. Мы это связываем с тем, что Дугласово пространство было подпаяно близко к ректовагинальной перегородке из-за того, что вскрывали через влагалище, вероятнее всего, промывали так, и сформировался так.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Понятно. И какова дальнейшая судьба – удалось ликвидировать стому этой пациентке или нет? И вообще какова ее судьба? Вы же, наверное, владеете этой информацией?

Ответ: Да, конечно. Пациентка поступила к нам уже на контрольное обследование через 12 месяцев, и у нее уже была полностью ликвидирована и стома. Через 3 месяца она приезжала к нам именно для того, чтобы ей закрыли стому по месту жительства.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Дальше что? Закрыли стому, и какая функция, удалось ли исследовать функцию держания?

Ответ: Да, конечно. Функция держания у всех пациенток у нас улучшена.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Я говорю про конкретную пациентку.

Ответ: Да. Потому что мы провели два обследования через 3 и через 12 месяцев, и функция у пациентки была улучшена по сравнению с изначальным состоянием.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: И клинических никаких проявлений недостаточности после закрытия стомы не было?

Ответ: Нет.

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

Алексеевич.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Алёна Борисовна, скажите, пожалуйста, я правильно понял, мне хотелось уточнить, Вы под большим диаметром какой подразумеваете размер свицевого отверстия как критерий включения?

Ответ: Можно попросить еще раз задать вопрос?

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Вы сказали, что критерием включения является диаметр свицевого отверстия. Я правильно понял, что критерием включения является большой диаметр свицевого отверстия?

Ответ: Нет, диаметр свицевого отверстия не являлся у нас критерием включения. Это связано с тем, что одной из задач нашего исследования являлось именно определение показаний.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Всё тогда, хорошо, понял. Спасибо.

Я еще хотел уточнить у Вас, Вы когда провели ROC-анализ, у Вас, по-моему, граница стала 16 мм, я правильно понял?

Ответ: Всё верно.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: И это та граница, при которой свищ, если менее 16 мм диаметр, то он хуже заживал, я правильно понял?

Ответ: Всё верно.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: А можете сказать, с чем это связано, почему именно большего диаметра свищ у Вас лучше заживает, а меньшего диаметра – нет? Есть какое-то предположение на этот счет?

Ответ: Достаточно сложный вопрос. Мы тоже о нем очень долго рассуждали, как так происходит. И по нашему мнению, это может быть связано с тем, что дистальный край маленьких свищевых отверстий может располагаться достаточно высоко от перианальной области. И для того, чтобы эвагинат полностью вывести за пределы анального канала, нам требуется именно выделение дистального края в том числе. Если мы его не до конца выделяем, именно психологический фактор из-за страха расширить свищевое отверстие, может быть такое, что не до конца выделен был эвагинат. В результате этого может быть сформирован рецидив. Вот такое предположение мы сделали.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Все-таки еще раз я прошу Вас уточнить, на каких сроках, Вы считаете, что произошел рецидив? Тут такая формулировка всегда сложная, что такое незаживление какого-то раневого дефекта или рецидив. Все-таки какие границы, как Вы определили именно этот термин?

Ответ: Тут действительно тоже такой очень трудный вопрос. Заключается он в том, что пациенткам, когда происходит ликвидация ректовагинального свища, мы не можем выполнять пальцевой осмотр для того, чтобы предотвратить возможность обратной тракции эвагината. И в связи с этим мы не можем выполнять пальцевой осмотр, не можем выполнить трансректальное УЗИ. Мы можем только основываться на жалобах пациенток. Нами было

зафиксировано всего 9 рецидивов, 4 из них – через 3 месяца, и 5 – через 6 месяцев. Пациентки, предъявлявшие жалобы, были уже на 30-е сутки, когда мы впервые с ними уже виделись после оперативного вмешательства. И даже у пациенток с диастазом у 3 человек в последующем при контрольном трансректальном ультразвуковом исследовании был зарегистрирован рецидив. Если мы на 30-е сутки также могли пальпаторно ощущать рецидив, мы его также регистрировали, но таких пациенток не было. Были пациентки, которые предъявляли жалобы на ощущение выделения воздуха и газов через влагалище, но в последующем у пациенток не был зарегистрирован рецидив, и даже на контрольное обследование они приезжали уже с ощущением, что всё в порядке. Но на 30-е сутки они могли говорить, что ощущение, как будто бы что-то есть.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Конечно, так всё сложно, я понимаю, Вам определить сроки. Хорошо. А всё ж таки у тех, у кого произошел рецидив, у них каким-то образом это отразилось на функции держания, то есть на результатах той пластической операции, которая включала именно выполнение сфинктеропластики? Потому что я так понимаю, что у всех пациенток, которых Вы здесь рассматриваете, сфинктеропластика была. Влияло ли развитие рецидива на функциональные результаты и, в частности, на то, чтобы это не сопровождалось, допустим, какой-то недостаточностью швов на месте проведенной сфинктеропластики?

Ответ: Действительно мы тоже отслеживали этот момент. И именно в плане недостаточности анального сфинктера у нас было у 2 пациенток отсутствие изменений со стороны функции держания именно из той группы, в которой развился рецидив. У остальной части небольшие улучшения всё равно имелись.

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

Врач-колопроктолог отделения малоинвазивной проктологии и тазовой хирургии

А.Х. Амирова: Алёна Борисовна, скажите, пожалуйста, Вы использовали антибиотики в пред- или в послеоперационном периоде у пациентов?

Ответ: Антибактериальная терапия, антибактериальная профилактика не проводилась кроме одной пациентки с перфорацией выпячивающегося отдела и входом в Дугласово пространство, мы проводили ей антибиотикотерапию ципрофлоксацином в течение 3 дней.

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

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

Аспирант отделения общей и реконструктивной колопроктологии

К.И. Сагидова: Подскажите, а у скольких пациенток со стомами был рецидив?

Ответ: У 2 пациенток со стомами был рецидив. У всех были сигмостомы.

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

Ю.А. Шелыгин: Извините, я так и не уразумел. Ведь с моей точки зрения, здесь ведь вопрос таков: здесь стома играла какую-то роль или нет? И тогда, пожалуйста, я немного перефразирую Ваш вопрос: какова частота рецидива у пациенток, у кого была стома; и какова частота рецидива у тех пациенток, у кого стома не формировалась?

Ответ: У нас имелось 9 пациенток со стомой, 36 пациенток без стомы. Из пациенток со стомой у двух был зарегистрирован рецидив, то есть 2 рецидива и 7 без рецидива. Из 36 пациенток, не имеющих стомы, рецидивы были у семи, 29 человек были без рецидива. Стома не играла роли при развитии рецидива ректовагинальных свищей по результатам факторного анализа.

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

Ю.А. Шелыгин: Понятно. То есть статистически различий не было выявлено зависимости частоты рецидивов от наличия или отсутствия стомы?

Ответ: Да.

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

Ю.А. Шелыгин: Пожалуйста, еще вопросы. Пожалуйста, Олег Иванович.

Д.м.н. О.И. Сушков: Алёна Борисовна, скажите, пожалуйста, диаметр отверстия 5 см, будете выполнять данную операцию?

Ответ: Да, попробуем.

Д.м.н. О.И. Сушков: Шесть?

Ответ: Не было пациенток с таким размером. Я думаю, что стоит попробовать. Единственным вариантом альтернативным у нас является раздельное ушивание влагалища и прямой кишки. Если есть возможность, то стоит попробовать любой другой метод, даже по мнению авторов литературы, в связи с тем, что, если мы будем использовать раздельное ушивание, есть риск расширения свищевого отверстия. Поэтому стоит попробовать.

Д.м.н. О.И. Сушков: Я вопрос хотел задать: в чем ограничения конкретного метода, то есть, когда 5 см Вы будете пробовать, а 6 см, например, то есть фактически отсутствует полуокружность?

Ответ: Пока что верхней границы у нас не выявлено. Самый большой размер свищевого отверстия, который мы оперировали – это 4 см. Пациенток с большим диаметром не поступало. Поэтому выявить верхнюю границу на данный момент не представляется возможным.

Д.м.н. О.И. Сушков: Попытаемся найти Вам такого пациента.

Ответ: Спасибо.

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

Ю.А. Шелыгин: Я все-таки таким образом бы дополнил здесь вопрос Олега Ивановича. Всё ж таки, наверное, какая-то зависимость расстояния до купола влагалища имеет значение. Если там, допустим, дефект находится на верхней границе у шейки матки, то тогда возможно ли технически выполнить (это уже как вопрос) данный метод оперативного вмешательства, то есть выполнить эвагинацию? Ведь я насколько понимаю (это уже тоже как вопрос), что сам метод заключается в том, что расслаивается ректовагинальная перегородка, и прямая кишка практически эвагинируется за пределы заднего прохода. Тогда спрашивается, если Вы имеете такой дефект на уровне шейки матки, если 6 см, то, наверное, это примерно так и будет располагаться, насколько это

возможно? То есть всё ж таки, наверное, Вам нужно это и учесть, и Вы учитываете эти возможности. Еще раз скажите нам максимальный размер дефекта, который позволил Вам выполнить эту методику.

Ответ: Максимальный размер дефекта, который мы оперировали, это 4 см. С большими размерами мы пациенток не видели. Но действительно я соглашусь с Вами, что наверняка, если ректовагинальный свищ располагается высоко, мы просто не достанем.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: То есть, скорее всего, у Вас нижний край дефекта должен располагаться относительно близко к зубчатой линии, скорее всего, а дальше там соответственно тоже должно быть достаточно ткани, чтобы Вы могли расслоить ректовагинальную перегородку. То есть какие-то в этом плане границы? Я понимаю, что есть анатомические особенности.

Ответ: Я думаю, что правильнее будет сказать, что проксимальный верхний край ректовагинального дефекта не должен быть выше, чем высота пальца оперирующего хирурга, потому что иначе мы не сможем никаким образом совершить эвагинацию.

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

Д.м.н. И.В. Костарев: В продолжение уже озвученных вопросов. Мы видим все случаи, когда удалось выполнить эвагинацию, а были ли случаи, когда не выворачивался дефект, то есть даже при хорошей мобилизации стенка не выворачивалась? В таком случае как заканчивали вмешательство? Это первый вопрос.

И второй вопрос касемо расхождения швов во влагалище: были ли какие-то зависимости у пациентов со стомой и без стомы по расхождению раны во влагалище?

Ответ: У нас бывали трудности в выворачивании эвагината, мы чуть-чуть останавливались и всё равно выворачивали эвагинат, не расширяя свищевое

отверстие. Таких трудностей с переходом на другое оперативное вмешательство не было выявлено. Если говорить о диастазе по отношению, если я правильно понимаю, у стомированных и нестомированных пациентов, то какой-то такой зависимости не было выявлено.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Пожалуйста, еще вопросы. Если вопросов у нас нет, спасибо.

И я хотел бы попросить Евгения Сергеевича еще нам сообщить данные об отзывах и т.д.

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

Уважаемые коллеги! Апробация диссертации прошла на расширенном заседании Ученого совета НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России 2 августа 2024 года.

На заседании диссертационного совета от 25 ноября 2024 года (протокол № 12) избрана комиссия для проверки диссертации на соответствие специальности в составе докторов медицинских наук Кузьминова А.М., Сушкова О.И., Вышегородцева Д.В. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите и была принята к защите на заседании диссертационного совета от 27 января 2025 года (протокол № 1).

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 3 научных работы, в которых отражены основные положения выполненной диссертации.

Получены следующие отзывы: это отзывы официальных оппонентов Стойко Юрия Михайловича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой хирургии с курсом хирургической эндокринологии Института усовершенствования врачей Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и Ярцева Петра Андреевича, доктора медицинских наук, профессора, руководителя научного отдела неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт

скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы». Они будут озвучены позже.

Также получен отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, составленный старшим научным сотрудником отделения абдоминальной хирургии отдела торакоабдоминальной онкохирургии, доктором медицинских наук, доцентом Мамошиным Андрианом Валерьевичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

Также получен один отзыв на автореферат, подписанный заведующим отделением колопроктологии ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова» ДЗМ, кандидатом медицинских наук Атрощенко Андреем Олеговичем. Он тоже положительный и критических замечаний не содержит.

Другие отзывы в диссертационный совет не поступали.

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

Я попрошу дать характеристику соискателю научному руководителю. Пожалуйста.

Д.м.н., доцент А.А. Мудров: Алёна Борисовна пришла в наш Центр сразу после института. Она пришла в клиническую ординатуру, где сразу проявила себя хорошим врачом. В нашем отделении она на втором году ординатуры уже занялась активно научной работой и поступила в аспирантуру.

Следует отметить, что прекрасный врач. С этой тяжелой категорией пациенток очень тяжело найти контакт, это в основном глубоко инвалидизированные женщины, прежде всего, психологически. И надо признать, это ей удалось, и насколько я знаю, этот контакт со многими больными она сохраняет и до сих пор, доводя их до конца и поддерживая их в различных сложных ситуациях.

Также она зарекомендовала себя прекрасным ученым, крайне тщательным, крайне собранным. И надо признать, это тот редчайший случай, наверное,

когда она, учась в аспирантуре, как раз именно она стимулировала своего научного руководителя, то есть меня, а не наоборот, такая обратная связь наблюдается крайне редко.

И я считаю, что она, конечно же, не мне рекомендовать, но всё, что она сейчас имеет, она заслужила, это ее все достижения.

Спасибо огромное!

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

Я тогда позволю попросить официального оппонента Юрия Михайловича Стойко дать оценку работы. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

В отзыве оппонента содержатся следующие вопросы:

1. Рассматривался ли вариант отсечения эвагината с дополнительным укреплением прямой кишки после его удаления, не дожидаясь его отторжения?
2. Почему показанием к одномоментной ликвидации ректовагинального свища и сопутствующей недостаточности анального сфинктера является ректовагинальный свищ диаметром ≥ 16 мм?

Также во время выступления оппонентом было высказано пожелание об изложении результатов диссертационной работы в монографии и научных публикациях.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Спасибо, Юрий Михайлович. Пожалуйста, Алёна Борисовна, прошу ответить на вопросы оппонента.

А.Б. Серебрий: Отсечение эвагината с последующим укреплением стенки нами не рассматривалось в рамках диссертационного исследования, не предполагалось дизайном. И связано это, прежде всего, с тем, что при отсечении эвагината может произойти расширение размера диаметра свищевого отверстия в случае рецидива.

И что касательно вопроса, почему именно при диаметре свищевого отверстия 16 мм и более отмечается меньшая вероятность развития рецидива ректовагинальных свищей. Это, вероятнее всего, связано с тем, что при маленьком размере диаметра свищевого отверстия проксимальный и дистальный края располагаются выше от перианальной области, что затрудняет, психологически в том числе, выделение дистального края и выведение эвагината за пределы анального канала, что может сопровождаться последующим развитием рецидива ректовагинальной перегородки.

Д.м.н. профессор Ю.М. Стойко: Спасибо. Я желаю в контексте тех вопросов, которые были заданы, наверное, Институту и тем сотрудникам, которым поручено это направление развивать дальше, наверное, практически воплотить те пожелания при наличии именно тех свищей, которые у шейки матки самые высокие, возможно, к этому времени будет получено какое-то решение. То есть следует продолжать эту работу и, наверное, докторская диссертация в последующем у Алёны Борисовны может быть этому ответом.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Юрий Михайлович, жизнь показывает, что на самом деле предела фантазии и развитию этого направления, наверное, мы уже убедились, что нет и всё может быть. Спасибо за доброе пожелание. Спасибо, Юрий Михайлович.

У нас должен был присутствовать здесь Ярцев Петр Андреевич в качестве официального оппонента. Но, к сожалению, у него есть уважительная причина — он болен. И в связи с этим, согласно регламенту, мы должны зачитать полученный в диссертационный совет отзыв. Пожалуйста. (Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

В отзыве оппонента содержатся следующие замечания:

Хотелось бы отметить, что восприятие обзора литературы было бы более полным при указании методов и сроков результатов лечения ректовагинальных свищей в анализируемых работах.

Более классическое изложение второй главы, в том числе указание классификации ректовагинальных свищей, перемещение в нее приложений и перенос рассмотрения техники операции в отдельную главу было бы более гармоничным. Вместе с тем, это, безусловно, остается на усмотрение автора и его научного руководителя.

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

Ю.А. Шелыгин: Я так понимаю, что принципиальных вопросов и замечаний не прозвучало в отзыве, поэтому мы должны это принять к сведению.

И я хотел бы спросить, кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? И согласился выступить Александр Юрьевич Титов. Пожалуйста.

Д.м.н. А.Ю. Титов: Глубокоуважаемые коллеги! Конечно, нет смысла здесь рассуждать о тех пациентах, о которых сегодня было доложено Алёной Борисовной. Тяжелейшие, конечно, больные и, в первую очередь, по своим клиническим проявлениям и потому, что результаты очень и очень нехорошие. Это мы видим, поскольку являемся медицинским учреждением, куда стекаются эти рецидивные пациенты. И чего только не делают им, какие только оперативные вмешательства, но, к сожалению, не удовлетворяет это. Хотелось бы сказать, как зародилась идея. Как раз это был момент, когда мы с Андреем Анатольевичем оперировали, когда мы активно использовали инвагинационный метод, инвагинацию свищевого хода, и был активный набор больных. Андрей Анатольевич оперирует, делаем ревизию этой зоны, и там тоненькая такая слизистая в зоне этого свищевого отверстия, которая раз и благополучно расходится, и мы имеем дефект 2 см. Что делать? Вспоминаю свою кандидатскую диссертацию и основные положения Паркса, Альтмейера, которые говорят, что, да, нижеампулярный отдел прямой кишки, дефект, нужно накладывать стому и ни о чем не думать, а затем уже стараться отдельно ушивать. Андрей Анатольевич говорит: - Александр Юрьевич, давайте мы все-таки попробуем, отобилизуем переднюю стенку. В общем, давай попробуем. И таким образом мы вышли на то, что очень хорошо пошла передняя стенка, боковые стенки прямой кишки. Ввели, наложили кисетные

швы, вытянули всё, тут же прямо сами собой подошли концы сфинктера. И всё так чудесным образом каким-то получилось. И, в общем-то, мы потом обсуждали и задумались над этим вопросом, что вообще-то это неплохо для таких пациентов и в практику внедрять.

И поэтому мне думается, что основное преимущество работы, конечно, их много, но в том, что мы позволяем ликвидировать этот дефект в нижнеампулярном отделе прямой кишки без наложения колостомы. Не стоит здесь говорить с какими проблемами сталкиваются эти больные при наложении стом, но ликвидировать его без стомы – это принципиальный момент, принципиальное преимущество этой работы, в которой Алёна Борисовна, я думаю, преуспела.

Конечно, выполнение одновременно и пластического этапа тоже позволяет выполнить сразу два этих сложных метода и совместить, и добиться реальных результатов.

Поэтому, я думаю, представленная сегодня работа Алёны Борисовны является вполне законченным и достоверным (то, что на моих глазах было проведено) научным исследованием, и, несомненно, она соответствует всем положениям ВАК, которые используются в части утверждения кандидатских диссертаций, и сама Алёна Борисовна заслуживает присуждения искомой степени. Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Спасибо, Александр Юрьевич. Кто бы еще хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Если желающих у нас нет, то мы попросим Алёну Борисовну выступить с заключительным словом тогда.

А.Б. Серебрий: Хотелось бы выразить благодарность, прежде всего, 2-му и 8-му хирургическому отделению за помощь непосредственно в проведении оперативного вмешательства, в том числе и систематического обзора, и одногруппового метаанализа. Отдельную благодарность в проведении метаанализа хотелось бы отметить Пономаренко Алексея Алексеевича и его научному отделу за помощь и коррективы, которые он нам давал.

И, конечно же, хотелось бы поблагодарить НМИЦ колопроктологии и Юрия Анатольевича за возможность проведения исследования в рамках нашего Центра.

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

У нас необходимо избрать счетную комиссию. Есть такое предложение избрать ее в составе: Рыбакова Евгения Геннадиевича, Кашникова Владимира Николаевича и Вышегородцева Дмитрия Вячеславовича. Кто за такой состав комиссии, прошу проголосовать. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Прошу комиссию приступить к работе.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Судя по всему, Евгений Геннадиевич избран председателем
счетной комиссии. Попросим доложить результаты ее работы. Пожалуйста.

Д.м.н., профессор РАН Е.Г. Рыбаков: Протокол № 2 заседания счетной
комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 03 апреля 2025 г. Состав избранной комиссии: профессор Е.Г. Рыбаков, доктор медицинских наук В.Н. Кашников, доктор медицинских наук Д.В. Вышегородцев. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Серебрий Алёны Борисовны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия».

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 19 человек. Присутствовало на заседании 16 членов совета, в том числе докторов медицинских наук по профилю диссертации – 15. Роздано бюллетеней – 16. Осталось не розданных – 3. В урне оказалось – 3.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия»: «за» - 16, «против» - нет, недействительных бюллетеней нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Я попрошу членов диссертационного совета проголосовать за результаты работы счетной комиссии. Кто «за»? Против? (Нет). Кто воздержался? (Нет.).

*/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол
счетной комиссии/*

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Таким образом, позвольте мне зачитать проект заключения.

Пожалуйста. У Вас есть замечания?

Д.м.н. В.В. Веселов: Вообще здесь написано, что «работа имеет важное значение для хирургии и онкологии» – скорее всего, колопроктологии.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин: Это действительно нужно исправить, конечно. Хотя, может

быть, конечно, когда-нибудь и при онкологии, я имею в виду, при постлучевых, может быть, когда-то, но у нас такого опыта пока нет, конечно.

Поэтому согласен с Вашим замечанием. Это всё крайне важно.

Тогда позвольте зачитать только резюме по представленной защите кандидатской диссертации Серебрий Алёны Борисовны «Эвагинационный метод ликвидации ректовагинальных свищей с сопутствующей недостаточностью анального сфинктера». Предъявляемая к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем колоректальной хирургии и является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные автором исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения пациентов с ректовагинальными свищами большого диаметра в сочетании с недостаточностью анального сфинктера. 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 редакции постановлений
Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 335, от 02
августа 2016 г. № 748, от 29 мая 2017 г. № 650, от 28 августа 2017 г. № 1024,
от 01 октября 2018 г. № 1168 и от 25 января 2024 г. № 62), а ее автор Серебрий
Алёна Борисовна заслуживает присуждения искомой ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. «Хирургия».

Кто за то, чтобы утвердить данный проект, прошу проголосовать. Кто против?
(Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Тогда давайте поздравим Алёну Борисовну с успешной защитой.

Традиционный вопрос: есть ли замечания по ведению диссертационного
совета? Если нет, тогда позвольте завершить его заседание.

Спасибо.

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



Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного
совета 21.1.030.01,
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

03 апреля 2025 г.