

**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

Соколовой Юлии Алексеевны

«Хирургическое лечение ректовагинальных свищей «инвагинационным» методом»,

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

по специальности 3.1.9 «Хирургия»

от 09 июня 2022 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 – 2022 г.

Присутствовали следующие члены Диссертационного Совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
3.	Суровегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
5.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
6.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
7.	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.	Орлова Л.П.	доктор медицинских наук	3.1.9
13.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
14.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9
15.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9
16.	Чернышев С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Коллеги! Я хотел бы вам сообщить, что из 19 членов диссертационного совета 21.1.030.01 у нас присутствует 16, то есть кворум у нас имеется. И если нет возражений, то мы начнем заседание диссертационного совета.

У нас на повестке дня защита работы Соколовой Юлии Алексеевны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Название работы: «Хирургическое лечение ректовагинальных свищей «инвагинационным» методом» по специальности 3.1.9 «Хирургия».

Научным руководителем работы является доктор медицинских наук Иван Васильевич Костарев.

Официальными оппонентами назначены: Гуляев Андрей Андреевич, профессор, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»; и Хитарьян Александр Георгиевич, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургических болезней № 3 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущей организацией назначено федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

Ученый секретарь диссертационного совета к.м.н. Суравегин Е.С.:

Уважаемые коллеги! Соискатель Соколова Юлия Алексеевна родилась в 1988 году. В 2012 году окончила Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова по специальности «Лечебное дело». С 2012 по 2014 гг. проходила обучение в ординатуре по специальности «Хирургия» в Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М. Сеченова на базе Городской клинической больницы № 79. В 2015 году прошла профессиональную переподготовку по специальности «Колопроктология» на базе «Государственного Научного Центра Колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России. С 2016 по 2019 гг. проходила обучение в аспирантуре по специальности «Хирургия» на базе отдела общей и

реконструктивной колопроктологии в федеральном государственном бюджетном учреждении «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства Здравоохранения Российской Федерации. С апреля 2018 года по настоящее время работает врачом-колопроктологом консультативной поликлиники в «Национальном Медицинском Исследовательском Центре колопроктологии имени А.Н. Рыжих».

За время прохождения аспирантуры соискатель подготовила диссертацию на тему: «Хирургическое лечение ректовагинальных свищей «инвагинационным» методом».

Научный руководитель – доктор медицинских наук Костарев Иван Васильевич, заведующий отделением малоинвазивной колопроктологии и тазовой хирургии «Национального Медицинского Исследовательского Центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих».

При проверке в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составила 85 %.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Есть ли какие-то вопросы по представленным документам к Евгению Сергеевичу? Если нет, спасибо, Евгений Сергеевич.

Пожалуйста, Юлия Алексеевна, мы тогда Вам предоставляем возможность доложить основные моменты по проведенному диссертационному исследованию.

Соколова Ю.А. в течение 17 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 ученого совета задавать вопросы по материалам диссертации.

Ачкасов С.И., профессор, д.м.н.: Уважаемая Юлия Алексеевна! Нас всегда волновал вопрос о стоме. Не можете ли Вы дать характеристику свища у пациентов, у которых была наложена стома и у которых стома наложена не была, по таким характеристикам, как рецидивный характер свища, диаметр, рубцовые изменения и высота расположения от зубчатой линии? Чтобы Вы поняли «подводный камень» моего вопроса, я могу Вам сказать, что если между строк читать, то наверняка у всех больных, у которых была наложена стома, это был рецидивный свищ, это был тяжелый свищ. Я просто домысливаю, Вы мне сейчас ответите на него. Если Вы получили 20 % рецидивов и там, и там, то я скажу, что стома помогает, потому что лечению подвергался более сложный характер свища. Можете ли Вы охарактеризовать свищ в той и в другой группе, где была стома или нет?

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Мне бы хотелось расширить этот вопрос. Что послужило причиной наложения стомы? Если это возможно, конечно уточнить, потому что насколько я понял, эти стомы формировались в других лечебных учреждениях, а не в нашей клинике.

Ответ: Глубокоуважаемый Сергей Иванович и Юрий Анатольевич! У нас в группе было 11 пациенток со стомой, 4 стомы были наложены в нашем учреждении – в результате ранее перенесенных многократных вмешательств по поводу ректовагинального свища. В других учреждениях в 4 наблюдениях стому выводили тоже в результате перенесенных ранее многократных вмешательств по поводу ректовагинального свища. У 3 пациенток стома была сформирована ввиду наличия ректовагинального свища выше зубчатой линии.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Вы ответили на вопрос Сергея Ивановича. Тогда дальше продолжайте.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор: это восемь из одиннадцати.

Ответ: И 3 пациентки с расположением свища выше зубчатой линии – были сформированы в других учреждениях.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор: Мне интересны характеристики. Первое – это рецидивный характер свища, значит, соответственно меня интересует примерный рецидив свища в той группе, где не было стомы. То есть, другими словами задам вопрос: имеете ли Вы право говорить, что стома не имеет значения при лечении ректовагинальных свищей, если это исследование нерандомизированное, если Вы берете пациентов, у которых уже наложена стома по поводу рецидивного свища, сложного, затеки и т.д. Сопоставимы ли эти группы? Понятен мой вопрос? Имеете ли право делать такой вывод?

Ответ: Глубокоуважаемый Сергей Иванович! Мы никоим образом не хотим сказать, что стоме нельзя выводить, потому что в ряде случаев она действительно нужна, особенно когда пациентка ранее перенесла многократные вмешательства, в результате чего в области ректовагинальной перегородки формируются выраженные рубцы, после которых тяжело выбрать какой-то метод вмешательства; плюс когда ректовагинальный свищ действительно располагается выше зубчатой линии или имеется широкое свищевое отверстие – в этих ситуациях пациенткам в качестве первого этапа рекомендовано выводить стому.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Но у меня тогда есть дополнение. Еще раз тогда нам уточните: какое число больных с рецидивами с ректовагинальными свищами были в подгруппе без превентивной стомы? То есть тут же у Вас же не у всех больных были рецидивные свищи

в подгруппе, состоящей из 11 человек. А сколько тогда было рецидивных свищей у остальных больных, которые включены в данное исследование? У Вас всего 57 пациентов. И у какого числа были рецидивные свищи? Покажите табличку (слайд № 33), у Вас там она есть.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! В нашей группе было 24 пациентки с рецидивным характером ректовагинального свища, но при этом у данных больных не было стомы.

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

Шельгин: Так еще раз Вы можете сказать? У 24-х был рецидивный свищ?

Ответ: Да.

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

Шельгин: Наряду с этим у 11, получается...

Уточнение: У 8 из 11 со стомой - рецидивный характер свища.

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

Шельгин: У 8 из 11 со стомой имелся рецидивный свищ. Вы можете сказать, какова частота заживления свища или частота рецидива после «инвагинационного» метода в группе с прикрытием стомы и в группе без стомы?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Частота заживления у пациенток со стомой составила 71 %, без стомы – 63 %. Но учитывая, что пациенток у нас было довольно-таки мало, мы не можем сказать, что стома действительно повлияла или не повлияла.

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

Шельгин: А по каким-то характеристикам этих рецидивных свищей они были примерно сопоставимы в этой подгруппе, где стома была наложена, и в той подгруппе, где стомы не было?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! У пациенток со стомой свищевое отверстие было больше, более 1,5 см. Максимальный размер свищевого отверстия - 2 см. У пациенток без стомы, как правило, оно было до 1 см.

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

Шельгин: Это существенный момент, конечно. И, наверно, я соглашусь с этим. И я думаю, что материал маленький, чтобы мы так могли утверждать.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Мы поэтому и не говорим, что стома не нужна, она действительно нужна в ряде случаев.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Понятно. Пожалуйста, еще вопросы. Меня немного смущает, каким образом эндоморфный тип строения пациентки оказывал такое отрицательное влияние на частоту рецидива, чем Вы можете объяснить? Всё ли Вы там вычислили? Сколько было с рецидивными свищами? Это всё проанализировано? Или они с наличием превентивной стомы и т.д.? То есть явился ли действительно сам фактор такого телосложения фактором риска неблагоприятных исходов? Пожалуйста, попробуйте нам проанализировать. Материал-то небольшой.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Четко ответить на этот вопрос мы не можем. Однако, у нас есть предположение, что эндоморфный тип телосложения повлиял в связи с более выраженным развитием подкожной жировой клетчатки, с более рыхлыми тканями, с более частой возможностью прорезывания швов, что подтверждается у нас в исследовании, когда диастаз составил 10 из 16, что составило 66 %, в то время как при других типах это было 2 из 9, что составило 22 %. Однако, мы также не исключаем того, что результаты такие были получены в связи с тем, что большинство пациенток в нашей группе (37 человек, что составило 65 %) это были пациентки именно с эндоморфным типом телосложения.

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

Благодарный Л.А., д.м.н., профессор: Уважаемая Юлия Алексеевна! Скажите, пожалуйста, а только ли эндоморфный тип строения повлиял на частоту развития рецидивов? И какие еще причины частоты? Чем Вы еще объясните частоту развития рецидивов у Ваших пациенток? Это первый вопрос.

И второй вопрос: каким образом все-таки Вам удалось получить достаточно такие неплохие результаты?

И какая частота многократного лечения? Потому что у Вас 63 %, 77 % и 94 %. Какая, в общем-то, частота является достоверной после многократного лечения?

Спасибо.

Ответ: Глубокоуважаемый Леонид Алексеевич! Можно, я начну с третьего вопроса. 63 % - это заживление после однократного применения инвагинационного метода; 77 % - это после повторного применения инвагинационного метода, то есть когда мы считали чисто группу с инвагинацией; 94,7 % - это просто мы решили показать судьбу всей этой группы, у которой были выполнены не только операции инвагинации, но и различные другие вмешательства с целью ликвидации ректовагинального свища.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: То есть, иными словами, Вы можете достичь с использованием этого метода успех в 71 % наблюдения. Так можно сказать или сколько?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Если инвагинация после двух этапов, то 77 %.

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

Ответ (продолжение ответа на вопросы Благодарного Л.А.): Что касается полученных результатов, то мы можем это объяснить преимуществами данного метода. Учитывая то, что метод является малотравматичным и затрагивает только ткани парасвищевой области. Поэтому он не вызывает выраженного рубцового процесса, что позволяет в дальнейшем в случае рецидива свища выполнять любые другие вмешательства.

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

Титов А.Ю., д.м.н.: Юлия Алексеевна, будьте добры, скажите, пожалуйста, у Вас в группу входили пациенты с сопутствующей недостаточностью анального сфинктера или Вы их не включали в свое исследование?

Ответ: Глубокоуважаемый Александр Юрьевич! В нашей группе были пациентки с недостаточностью анального сфинктера. Так, по данным сфинктерометрии это было 37 человек из 57: 27 человек имели недостаточность анального сфинктера I степени; 7 человек – недостаточность II степени; и 3 пациентки с недостаточностью анального сфинктера III степени.

Титов А.Ю., д.м.н.: И какая тактика была у этих пациентов?

Ответ: Глубокоуважаемый Александр Юрьевич! В нашей группе первым этапом у этих пациенток мы делали операцию ликвидации ректовагинального свища инвагинационным методом. У пациенток с недостаточностью анального сфинктера III степени через 6 месяцев после операции была выполнена операция сфинктеролеваторопластики с положительным исходом.

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

Титов А.Ю., д.м.н.: Да.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: Появились ли еще вопросы?

Орлова Л.П., д.м.н., профессор: Юлия Алексеевна, Вы из исследования исключали пациенток, у которых при интраоперационной ревизии были выявлены затеки. Они что были не диагностированы на дооперационном этапе? Потому что Вы применяли и проктографию, и эндоректальное ультразвуковое исследование.

Ответ: Глубокоуважаемая Лариса Петровна! К сожалению, в 7 наблюдениях, у нас затеки были диагностированы уже во время операции. Преимущественно мы опирались на метод ультразвуковой диагностики, когда мы получали в большинстве случаев все необходимые данные, в том числе и по затекам. Когда у пациенток были выявлены затеки, то в качестве первого этапа им проводилась дренирующая лигатура, и только на втором этапе мы могли делать другие операции.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: у этих 7 пациенток, у которых Вы выявили затеки, все-таки выполнялось ультразвуковое исследование или нет?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Выполнялось, но, к сожалению, данный результат мы не получили.

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

Орлов Л.П., д.м.н., профессор: Тогда почему 100 % диагностика?

Ответ: Глубокоуважаемая Лариса Петровна! Здесь мы говорим про диаметр отверстия и длину свища. По проктографии мы получали не всегда результаты, потому что именно в 10 наблюдениях у нас вообще не был контрастирован свищевой ход, когда он был. Поэтому мы и писали, что чувствительность метода именно ультразвуковой диагностики составила 100 %, в то время как проктографии – 82,4 %

Орлова Л.П., д.м.н., профессор: Всё понятно. Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Там, видимо, по типу клапанного механизма?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Да, там, скорее всего был извитой характер свищевой ходы или клапанный характер отверстия, поэтому не был контрастирован свищевой ход.

Орлова Л.П., д.м.н., профессор: Но Вы, наверно, ректально ультразвуковое исследование с контрастированием проводили? Нет?

Ответ: Глубокоуважаемая Лариса Петровна! Без контрастирования.

Орлова Л.П., д.м.н., профессор: Понятно. Спасибо.

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

Шельгин: Пожалуйста, еще вопросы имеются?

Суровегин Е.С., к.м.н.: У меня пара простых вопросов.

У Вас тип телосложения является значимым фактором риска. Скажите, как Вы его определяли, это был просто визуальный осмотр, или Вы какие-то индексы применяли?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! Существует много способов определения типа телосложения: это и обхват запястья, онлайн-калькуляторы, визуально-оценочные методы, таблицы. Мы применяли различные методы с целью получения наиболее достоверных результатов?

Суровегин Е.С., к.м.н.: Какие конкретно методы?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! На самом первом этапе это как раз визуально-оценочный метод, далее мы применяли росто-весовые, применяли таблицы и онлайн-расчеты.

Суровегин Е.С., к.м.н.: Спасибо. И еще такой вопрос. У Вас 3 пациентки было с воспалительными заболеваниями кишечника болезнь Крона и язвенный колит. Скажите, пожалуйста, формирование ректовагинального свища в этой ситуации было обусловлено основным заболеванием, с нашей точки зрения, воспалительным заболеванием или это была просто фоновая ситуация?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! Это было вследствие воспалительного заболевания кишечника. Но данные пациентки были оперированы в ремиссию.

Суровегин Е.С., к.м.н.: Спасибо. И еще такой вопрос. У Вас, наверно, у чуть больше половины пациентов прошло первичное заживление раны, и у 36 %, насколько я помню, пациенток диагностирован рецидив. Однако, мы видим, что качество жизни у большинства пациенток значимо улучшилось после первой операции. Как Вы это можете объяснить?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! Здесь мы можем предположить, что улучшение качества жизни связано с тем, что операция затрагивает, как я уже говорила, только ткани парасвищевой области; что у пациенток после операции имеется невыраженный уровень болевого синдрома; то, что после операции в ряде случаев отмечается уменьшение в размерах свищевого отверстия; самое главное то, что мы можем излечить данное тяжелое заболевание без необходимости формирования превентивной колостомы.

Суровегин Е.С., к.м.н.: Спасибо.

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

Батгалова А.М.: Батгалова Арина Маратовна, ординатор второго года. Юлия Алексеевна, скажите, пожалуйста, как инвагинационный метод отразился на запирательном аппарате прямой кишки? Это первый вопрос.

И второй вопрос: почему в Вашей группе 3 пациенткам не была закрыта стома?

Ответ: Уважаемая Арина Маратовна! Что касается состояния запирательного аппарата после применения инвагинационного метода, то по данным сфинктерометрии мы видим, что у нас нет отрицательного влияния на функциональные показатели, такие как тонус и максимальное сокращение. Это результаты проведенной сфинктерометрии после операции инвагинации.

Что касается пациенток со стомой, то результаты, представленные на слайде (слайд № 49) – это было в момент написания работы. В настоящее время у всех 11 пациенток стома закрыта.

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

Шельгин: Вы удовлетворены ответами?

Батгалова А.М.: Да.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Появились ли еще вопросы? Или мы все-таки завершим? Тогда спасибо.

Пожалуйста, необходима характеристика со стороны научного руководителя. Пожалуйста, Иван Васильевич Костарев.

Костарев И.В., д.м.н.: Уважаемый Юрий Анатольевич, уважаемые члены ученого совета, уважаемые коллеги! Юлия Алексеевна пришла к нам не сразу. Она закончила, я напомним, 2 года ординатуры по хирургии, и пройдя повышение квалификации и специализацию по колопроктологии, решила все-таки заняться в нашем центре научной работой и была принята в аспирантуру.

Ей досталась не совсем простая тема. В основном сложности были связаны с психологическим характером пациенток, потому что это, как вы видели пациентки с рецидивными свищами, это очень сложная задача. И Юлия Алексеевна как доктор она справилась с этой работой и показала себя очень хорошим врачом, внимательным специалистом. А о качестве ее работы судить членам диссертационного совета. Спасибо.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.: Спасибо, Иван Васильевич.

Тогда мы попросим Евгения Сергеевича огласить нам сведения о том, какие поступали еще отзывы в ученый совет.

Ученый секретарь Диссертационного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: Уважаемые коллеги!

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

Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отдела общей колопроктологии «Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих» 02 декабря 2021 г.

На заседании диссертационного совета 10 марта 2022 г. (протокол № 2) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук, профессора Кузьмина А.М., доктора медицинских наук Кашникова В.Н. и доктора медицинских наук Чернышова С.В.

Диссертация была принята к защите на заседании диссертационного совета 08 апреля 2022 г. (протокол № 4). В целом диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 3 научные работы, в которых отражены основные положения диссертации. Также опубликован 1 патент на изобретение. Были получены отзывы официальных оппонентов доктора медицинских наук, профессора Гуляева Андрея Андреевича и доктора медицинских наук, профессора Хитарьяна Александра Георгиевича. Они будут озвучены несколько позже.

Также получен отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, составленный доктором медицинских наук, доцентом Костенко Николаем Владимировичем. Он положительный.

И получен отзыв на автореферат:

- из Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения города Москвы», подписанный заведующий отделением колопроктологии № 3, кандидатом медицинских наук Корневым Леонидом Владимировичем. Он также положительный.

Других отзывов на диссертацию и автореферат в диссертационный совет не поступало.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н.: Я так понимаю, что замечаний также не имеется.

Ученый секретарь Диссертационного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: Замечаний нет.

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

Шельгин: Есть ли еще дополнительно вопросы к Евгению Сергеевичу?

Если нет, тогда позвольте предоставить слово официальному оппоненту Андрею Андреевичу Гуляеву. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Оппонентом во время выступления высказано пожелание об издании методических рекомендаций по данной проблематике после защиты с обязательным указанием на, что пациенты с данным заболеванием должны оперироваться только в специализированных учреждениях, в частности, в «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рьжих», о чем свидетельствует кривая обучения хирурга при освоении инвагинационного метода хирургического лечения ректовагинальных свищей и небольшая встречаемость данного заболевания.

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

Шельгин: Спасибо, Андрей Андреевич. Пожалуйста, Юлия Алексеевна.

Соколова Ю.А.: Глубокоуважаемый Андрей Андреевич! Я хотела Вас поблагодарить за большую проведенную работу и за Вашу поддержку. Спасибо большое!

Гуляев А.А., д.м.н., профессор: Спасибо!

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

Шельгин: У нас так сложилось по объективным причинам, вы знаете, что сейчас есть проблема с выездом из Ростова-на-Дону, и соответственно в связи с этими сложностями наш второй оппонент профессор Хитарьян А.Г. не смог приехать. И по протоколу мы в этом случае должны полностью зачитать отзыв второго официального оппонента. Пожалуйста, Евгений Сергеевич. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

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

Шельгин: Спасибо.

Я бы хотел спросить, кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Александр Юрьевич, пожалуйста.

Титов А.Ю., д.м.н.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги! Идея этой методики, этой операции она достаточно давно витала в нашем отделении. И раньше мы с Андреем Анатольевичем еще оспаривали, кому принадлежит идея этой операции – он говорит, что мне, я говорю, что ему. Потом к этому спору присоединился Иван Васильевич Костарев. А потом произошло, таким образом, что, по-моему, где-то в 2014 году мы присутствовали на одной нашей большой конференции, может быть, это

был съезд. И там мы услышали выступление доктора Б.А. Агаева из Азербайджана, который говорил, что такая методика уже существует. Мы с ним познакомились, пообщались. И таким образом, в общем-то, это сподвигло нас на то, чтобы попробовать эту методику практически, что она из себя представляет. И, как всегда, бывает, тут же подъехала больная. И раньше я бы этой больной, не сомневаясь, предложил бы, первым этапом наложить стому, потому что это был свищ высокого уровня, он располагается в нижеампулярном отделе прямой кишки, это высоко. И вот эту методику мы вместе с Андреем Анатольевичем применили, и на удивление это всё зажило. И она приехала через 3 месяца – рецидива нет. Это, конечно, очень воодушевило.

И здесь вдруг, под эту тему подворачивается Юлия Алексеевна, которую мы уже к тому времени хорошо знали. И она с удовольствием разрабатывает эту тематику, разрабатывает эту методику, определяет параметры, когда это необходимо. Потому что не у всех, конечно, пациентов эта методика подходит, здесь нужен четкий отбор больных. И я думаю, что она достаточно четко сегодня показала это в своем докладе.

А касаясь, конечно, правильного начатого разговора о показаниях к колостоме, это, несомненно, показана колостома больным с рецидивными свищами ректовагинальными, когда свищевое отверстие более 1,5 см, когда имеются вокруг рубцово измененные ткани, когда произвести инвагинацию нечем, потому что инвагинацию нужно проводить все-таки тогда, когда имеется вокруг свищевого отверстия более-менее нормальная физиологическая ткань, а не фиброзно измененная область полноценная, тогда можно провести эту операцию инвагинации.

И касаясь все-таки эндоморфного типа сложения, мое мнение, которое сложилось четко, оно заключается в том, что женщины, представьте себе женщину где-то за 100 кг, имеющую такую проблему, с выраженным массивным тазовым дном, с массивными структурами запирающего аппарата прямой кишки, и когда даже такая выполненная, казалось бы, минимально травматическая операция, всё равно основная проблема, на мой взгляд, заключается в послеоперационном ведении таких больных. Почему? Потому что даже встать с кровати, лечь на кровать, переместиться на перевязочный стол в перевязочную – это всё приводит в движение эти мощные мышечные структуры, которые не дают покоя ушитой зоне. И, на мой взгляд, вполне логично, что у них частота рецидивов выше. Я думаю, что в этом кроется основное зерно.

А работу я, конечно, поддерживаю, поддерживаю диссертанта, считаю, что она достойна звания кандидата медицинских наук.

Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Александр Юрьевич, спасибо. Пожалуйста, Юлия Алексеевна.

Соколова Ю.А.: Александр Юрьевич, я хотела бы выразить Вам огромную благодарность за Ваши теплые слова, за Вашу помощь и поддержку. Спасибо!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Но все ж таки Вы согласны с той концепцией и трактовкой Александра Юрьевича? Мы собственно об этом, наверно, должны, прежде всего, говорить. Он высказал предположение. Вы как исследователь должны или согласиться, или сказать, что Александр Юрьевич здесь не совсем прав, или заблуждается, или еще что-нибудь. Пожалуйста, по этому поводу.

Соколова Ю.А.: Не могу сказать, что Александр Юрьевич не прав, но, чтобы точно говорить, что касается пациенток с эндоморфным типом телосложения, естественно нам нужны дальнейшие исследования.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: То есть у Вас пока таких объективных данных, чтобы это подтвердить, нет?

Соколова Ю.А.: Нам нужны дальнейшие исследования.

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

Пожалуйста, Леонид Алексеевич.

Благодарный Л.А., д.м.н., профессор: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены ученого совета, коллеги, Юлия Алексеевна! Я могу одно сказать, что несмотря на тяжелые страдания этих пациентов, Юлия Алексеевна достойно рассмотрела весь этот вопрос, рассмотрела хорошую операцию. И главное достоинство этой операции, мне кажется, это то, что не страдают мышцы запирающего аппарата и анального сфинктера. Потому что эту операцию, несмотря на всю ее, в общем-то, ювелирную точность, ее можно отнести все-таки к малоинвазивным операциям, потому что она только стенки влагалища травмирует и еще раз подчеркиваю, совершенно не влияя на функцию анального сфинктера.

Здесь интересный вопрос ставится: а что было с пациентами, у которых была III степень недержания анального сфинктера? Мне кажется, что этот вопрос с последующим лечением, думаю, является последующей функцией каких-либо диссертантов, но, тем не менее, это нужно разобрать. И я не буду растекаться мыслью по древу, скажу одно, что диссертация очень хорошая, мне удалось ее прочитать и автореферат, написана она очень

понятно, очень хорошо. Мне понравилась статистическая обработка материала, выполненная на современном уровне, доказательная диссертация.

И поэтому я считаю, что диссертация может быть признана как кандидатская диссертация, а Юлия Алексеевна достойна звания кандидата медицинских наук.

Спасибо за внимание!

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

Шельгин:

Спасибо, Леонид Алексеевич. Но поскольку здесь критических и спорных суждений не было высказано, поэтому спасибо, Леонид Алексеевич. Кто бы хотел еще выступить в качестве неофициального оппонента?

Если нет, то позвольте предоставить заключительное слово Юлии Алексеевне. Пожалуйста.

Соколова Ю.А.: Я хотела бы выразить искреннюю благодарность научному руководителю Центра Юрию Анатольевичу Шельгину за возможность проведения данной диссертационной работы.

Также хотела бы поблагодарить Сергея Ивановича Ачкасова за его неоценимые советы для написания данной диссертационной работы.

Хочу поблагодарить научного руководителя Костарева Ивана Васильевича за его советы, помощь, поддержку для написания данной диссертационной работы.

Также хотела бы поблагодарить руководителя отдела общей и реконструктивной колопроктологии Титова Александра Юрьевича за его помощь и поддержку, всех сотрудников отделения, особенно Мудрова Андрея Анатольевича, который очень помог в написании данной диссертационной работы, и всех сотрудников центра.

Спасибо большое!

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

Шельгин: Хорошо. Тогда нам остается сейчас избрать счетную комиссию. И предлагаем в таком составе: Владимир Николаевич Кашников, Евгений Геннадиевич Рыбаков и Олег Владимирович Головенко. Кто за данный состав счетной комиссии, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто воздержался? (Нет). Кто против? (Нет). Единогласно.

Тогда прошу счетную комиссию приступить к работе.

/перерыв для тайного голосования/

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

Шельгин: Пожалуйста. Евгений Геннадиевич выбран в качестве председателя. Поэтому, пожалуйста.

Рыбаков Е.Г., д.м.н., профессор: Протокол № 2 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 09 июня 2022 г. Состав комиссии: профессор Е.Г. Рыбаков, доктор медицинских наук В.Н. Кашников, профессор О.В. Головенко. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Соколовой Юлии Алексеевны 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 наук по профилю рассматриваемой диссертации – 16. Роздано бюллетеней – 16. Осталось не розданных – 3. В урне оказалось 16 бюллетеней.

Следующие результаты голосования: «за» - 16, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Прежде всего, какая-то коррекция там должна быть – у нас докторов наук среди присутствующих 15. И нужно тогда это исправить, потому что Евгений Сергеевич еще не защитился, но как ученый секретарь имеет право голосовать.

Теперь я хотел бы попросить членов ученого совета проголосовать за результаты. Кто за то, чтобы утвердить результаты работы счетной комиссии? Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет).

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Тогда мы должны сейчас обсудить проект заключения. Есть ли замечания по подготовленному проекту заключения по данной диссертационной работе?

(Обсуждение проекта заключения)

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Тогда если других корректив нет, то позвольте мне зачитать уже собственно заключение этого проекта по кандидатской диссертации Юлии Алексеевны Соколовой «Хирургическое лечение ректовагинальных свищей «инвагинационным» методом». Представленная к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем колопроктологии, является самостоятельным и законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные диссертантом исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения пациентов с ректовагинальными свищами.

Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалифицированную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидат наук согласно п. 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (в ред. Постановлений Правительства РФ № 335 от 21.04.2016, № 748 от 02.08.2016), а сам диссертант Соколова Юлия Алексеевна достойна присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия» - 3.1.9.

Кто за такое заключение, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет).

В таком случае позвольте поздравить Юлию Алексеевну с присуждением ей степени кандидата медицинских наук.

Есть ли замечания по ведению ученого совета?

Если нет, то позвольте на этом закончить заседание.

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

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук



Ю.А. Шельгин

Е.С. Суровегин

09 июня 2022 г.