

**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

Сычева Сергея Игоревича

«Тотальная нео-адьювантная терапия в лечении рака прямой кишки»,
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальностям 3.1.9 «Хирургия» и 3.1.6. «Онкология, лучевая терапия»
от 20 июня 2024 г.

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

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2024 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	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
6	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
7	Горский В.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
8	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
9	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9
10	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
11	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9
12	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
13	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9
14	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9

Дополнительно введенные члены диссертационного совета

15	Бойко А.В.	доктор медицинских наук	3.1.6
16	Волченко Н.Н.	доктор медицинских наук	3.1.6
17	Старинский В.В.	доктор медицинских наук	3.1.6

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

Коллеги, добрый день! Я хотел бы сообщить, что в диссертационный совет нашего Центра поступила работа Сычева Сергея Игоревича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Тотальная нео-адьювантная терапия в лечении рака прямой кишки».

Поскольку работа идет по двум специальностям «Хирургия» и «Онкология, лучевая терапия», научными руководителями являются Рыбаков Евгений Геннадьевич, доктор медицинских наук, профессор РАН и также Пономаренко Алексей Алексеевич, доктор медицинских наук.

Официальными оппонентами назначены доктор медицинских наук, профессор Стойко Юрий Михайлович и доктор медицинских наук Сидоров Дмитрий Владимирович.

Ведущей организацией назначено Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Поскольку у нас заседание идет по двум специальностям, то нам по регламенту необходимо ввести еще 3 специалистов и членов диссертационного совета по специальности «Онкология, лучевая терапия»:

- 1) Старинский Валерий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Российского Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии МНИОИ имени П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России;
- 2) Волченко Надежда Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделом онкоморфологии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России;
- 3) Бойко Анна Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением лучевой терапии с модификацией отдела лучевой терапии МНИОИ им. П.А. Герцена ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

Мы должны проголосовать открытым голосованием за введение в члены диссертационного совета наших уважаемых коллег. Я прошу проголосовать. Кто за то, чтобы ввести в диссертационный совет профессоров, наших коллег онкологов? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Таким образом, у нас наш стандартный состав совета насчитывает 19 членов, соответственно введено на защиту еще 3 члена совета, таким образом, итого 22 члена совета. Присутствует – 17. То есть кворум у нас есть. Поэтому, если вы не возражаете, мы начнем заседание нашего диссертационного совета.

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

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

Уважаемые коллеги! Соискатель Сычев Сергей Игоревич родился в 1994 году. В 2018 году он окончил Медицинский институт Балтийского федерального университета имени Иммануила Канта по специальности «Лечебное дело». В дальнейшем он поступил в клиническую ординатуру по специальности «Колопроктология» на базе Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих. В 2020 году он зачислен в клиническую ординатуру в Центр колопроктологии, которую успешно закончил и в 2023 году поступил на работу в должности младшего научного сотрудника в отдел онкопроктологии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России.

В настоящее время Сергей Игоревич подготовил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме: «Тотальная нео-адьювантная терапия в лечении рака прямой кишки».

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

При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составила 82%.

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

Есть ли какие-то вопросы по поступившим в ученый совет сведениям? Если нет, я хотел бы тогда предоставить слово соискателю Сергею Игоревичу Сычеву. Пожалуйста.

С.И. Сычев в течение 15 минут изложила основные положения диссертационной работы, иллюстрирую доклад слайдами.

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

Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор С.И. Ачкасов.: Сергей Игоревич, все-таки по Вашим данным, на какой период времени приходится пик пациентов, которые полностью ответили, по данным пальцевого исследования, магнитно-резонансной томографии, а потом возник у них регресс?

Ответ: 60% больных запрогрессировали спустя 6 месяцев. В одном наблюдении продолженный рост был отмечен спустя 18 месяцев после окончания лечения и в двух наблюдениях спустя 1 год. Подавляющее большинство – это 6 месяцев после окончания лучевой терапии.

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

Пожалуйста, еще вопросы? Пожалуйста, Дмитрий Геннадьевич.

К.м.н. Д.Г. Шахматов: Скажите, пожалуйста, после Вашего исследования отмечалось, что у ряда пациентов изменился план операции? Речь идет о смещении в сторону сфинктеросохраняющих операций. Если такое явление отмечалось, то каким образом это фиксировалось? И соответственно была ли разница в группах, которые проходили тотальную неоадьювантную терапию (ТНТ) и стандартное химиолучевое лечение?

Ответ: Да, действительно у нас были случаи изменения операционного плана. Это касается именно пациентов, которые были кандидатами на экстирпацию прямой кишки. И при сравнении двух групп в группе тотальной неоадьювантной терапии изменение плана произошло в 33% наблюдений в сравнении с 29% в группе химиолучевой терапии. Разница статистически незначима. Документировалось это следующим образом: это контрольное обследование до и после завершения лечения. Соответственно особым образом это не фиксировалось, но при локализации опухоли непосредственно вблизи анального канала это всё обсуждалось, что пациент действительно может быть кандидат на экстирпацию, особенно это обсуждалось на онкологическом консилиуме.

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

Вы удовлетворены или у Вас еще вопросы?

К.м.н. Д.Г. Шахматов: Еще вопрос касательно стратегии «watch and wait». Правильно ли я понимаю, что при полном клиническом ответе предлагалась такая тактика ведения, то есть не стратегии даже, а ведения, пациенту, и что все пациенты принимали ее, понимая, что это позволяет избежать операции, возможных потерь функциональных и т.д.? Или же все-таки были пациенты, которые настаивали на таком более классическом, более традиционном лечении, были агрессивны сразу на проведение операции?

Ответ: Следует заметить то, что динамическое наблюдение это не является стандартом лечения у больных раком прямой кишки, и по большей части всем пациентам показано хирургическое лечение, что прописано в наших клинических рекомендациях. Однако, в ряде случаев, особенно опять-таки у тех пациентов, которые являются кандидатами на экстирпацию, а это порядка 60% всех пациентов, которые были у нас в группе динамического наблюдения, это были пациенты, которые были кандидаты на экстирпацию, то при таком решении на онкологическом консилиуме, если пациент действительно информирован о всех рисках о необходимости регулярного обследования, если он принимал такое решение, то это фиксировалось на консилиуме и, конечно, такой пациент попадал под динамическое наблюдение. Но повсеместно всем больным это не

предлагалось, особенно если была возможность выполнить сфинктеросохраняющую резекцию, то пациенты, как правило, получали именно это лечение.

К.м.н. Д.Г. Шахматов: Хорошо, спасибо.

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

Д.м.н., профессор А.В. Бойко: Я лучевой терапевт, поэтому вопросов у меня, конечно, много следующего свойства.

Скажите, пожалуйста, какой срок проходит от начала лечения у больных первой группы (химиолучевая + химиотерапия) до операции и какой – во второй?

Ответ: Я от начала лечения не могу сказать, могу сказать, сколько проходило времени от завершения лучевой терапии в обеих группах до оперативного вмешательства.

Д.м.н., профессор А.В. Бойко: И тогда после последней химиотерапии. Пожалуйста.

Ответ: Действительно закономерным образом время операции увеличилось у тех пациентов, которые проходили консолидирующую химиотерапию – в среднем это было около 18 месяцев в сравнении с 12 месяцами в группе химиолучевой терапии. Однако, трудно ориентироваться на эти сроки, так как хотелось бы еще раз подчеркнуть, что у нас само исследование проходило во время пандемии коронавирусной инфекции. И тогда действительно была очень большая проблема с логистикой этих больных. ПЦР-тесты периодически нам показывали то, что пациенты имеют...

Д.м.н., профессор А.В. Бойко: Я поняла. Но все-таки после химиолучевого лечения мы стараемся как-то через 2-2,5 месяца прооперировать. 12 месяцев – это получается как-то очень много.

Ответ: Я прошу прощения, 12 недель, я оговорился.

Д.м.н., профессор А.В. Бойко: 12 недель, конечно. Но вопрос у меня тогда такого свойства: все-таки срок, когда лучевая терапия, потом химиотерапия, операция, достаточно велик, скажите, пожалуйста, нарастал ли процент клинической полноты резорбции опухоли в первой группе, например, после завершения лучевой терапии плюс добавочной химиотерапии и плюс интервалы перед операцией?

Ответ: Мы это оценивали в унивариантном анализе. Эти данные здесь не приведены, но они никоим образом не сыграли. Но опять-таки мы не стали это предоставлять по той простой причине, что очень трудно оценить, в чем была причина такой сильной задержки, и мы этот фактор несильно оценивали, но он влияния ни оказал.

Д.м.н., профессор А.В. Бойко: Хорошо. Тогда вопрос такого свойства: качество жизни пациента за этот срок, я имею в виду реакции, купирование реакций и влияние срока от начала лечения до операции на характер выполнения операций в плане утяжеления,

усложнения или еще чего-то, или это не имело значения, то есть не было проявлений выраженного фиброза, потому что сроки уже удлинялись, или это было сложнее делать после химиолучевой терапии или это не имело существенного значения?

Ответ: Я могу несколько не по порядку на Ваши вопросы ответить. Что касается выраженного лучевого фиброза, то у нас есть пациенты, которые были оперированы спустя даже 18 месяцев после завершения лечения в связи с подозрением на продолженный рост. И во всех случаях операция была выполнена в объеме R0, и даже во всех этих наблюдениях пациентам удалось сформировать колоректальный анастомоз, впоследствии стома у них была закрыта.

Что касается качества жизни, наверное, здесь в большей степени идет то, что мы анализировали частоту осложнений. И, например, у пациентов после химиолучевой терапии, конечно, приступить к началу консолидирующей химиотерапии удавалось в среднем где-то через 2 недели после окончания, когда стихали явления острых лучевых реакций. Но при этом по частоте выраженности группы не различались.

Д.м.н., профессор А.В. Бойко: Теперь еще один вопрос. Вы уж извините, просто у меня их накопилось очень много, очень интересно для лучевого терапевта и это имеет просто необыкновенную школу. Поэтому мы уже прочитали в отделении Ваш автореферат и много чего обсудили. И вопрос такого у меня свойства: клиническая оценка, допустим, первой группы, неважно какой, там получилось 22% клинической полной резорбции, а плюс еще до 38% добавилось то, о чем нам сказали патоморфологи. Скажите, пожалуйста, ведь если бы мы смогли эти 38% на момент до операции, то число больных, которым можно было бы избежать хирургического вмешательства, возможно, возросло, в чем сложности оценки полноты резорбции опухоли, если такая существенная морфологическая добавка почти 16%?

Ответ: Действительно вопрос оценки полного клинического ответа очень сложный. Основной метод подтверждения – это в данном случае магнитно-резонансная томография. И в нашем исследовании среди 40 больных из обеих групп, у которых, по данным МРТ, была выявлена первая степень, то есть первый регресс – 13 больных, которые были оперированы, и в 10 наблюдениях была выявлена остаточная опухоль. То есть 13 больных, у которых по МРТ ставили первую стадию регресса – полная резорбция опухоли, они были оперированы, и в 10 наблюдениях была остаточная опухоль. То есть МРТ в отношении полного ответа не может использоваться как единственный метод визуализации. И в этом случае, конечно, нам очень сильно помогали данные эндоскопической оценки, но опять-таки там тоже были расхождения периодически. Потому что даже в тех случаях, когда

трактовалось наличие каких-то вроде бы структур, мы могли получить полный ответ. И обратные ситуации были в случаях, когда была выявлена остаточная опухоль.

Д.м.н., профессор А.В. Бойко: Спасибо. Конечно, мы будем ждать необыкновенное продолжение исследования. Потому что закономерно нам теперь посмотреть, как они жили дальше, как это всё происходило, собственно, для чего мы это и делали. Но вопрос у меня такого свойства: у Вас немножко слайды не совпадали, Вы просто изменили один слайд, там у Вас был продолженный рост 4 из 18, а на операции у одного опухоль не подтвердилась, поэтому в этом слайде Вы уже исправили 3 на 18. Но 3 человека, у которых на операции при, казалось бы, клинически полной резорбции оказалось T2 и T3. Скажите, пожалуйста, в какое время это все-таки было выявлено? И в чем была причина ошибка того, что мы при T3 расценили это как клинически полную резорбцию? Это первый вопрос.

И отличались ли эти 3 человека по каким-либо прогностическим факторам, которые, в общем-то, могли нам предполагать, что мы не совсем адекватно оцениваем эффект?

Ответ: Специальный такой подгрупповый анализ этих пациентов мы не проводили. Что касается первой части Вашего вопроса, то действительно вопрос очень такой непростой. Потому что по данным МРТ очень трудно дифференцировать – это выраженные фиброзные изменения или все-таки где-то есть микроскопические признаки остаточной опухоли, потому что специалисты МРТ видят только макроскопические признаки. Более того, даже были случаи в нескольких наблюдениях, когда, казалось бы, сама опухоль полностью ушла на фоне лечения, но при этом, уже по данным морфологического исследования, были выявлены метастазы в регионарных лимфатических узлах. Поэтому вопрос в том, что трактовалось вроде бы как неглубокая инвазия опухоли, по результатам патоморфологии в одном случае даже было T3, то здесь действительно вопрос очень такой пограничный, потому что очень трудно специалистам МРТ увидеть разницу между T2 и T3а.

Д.м.н., профессор А.В. Бойкова: И последний вопрос: конечно, в идеологии своего исследования, когда Вы обосновывали, и весь мир обосновывает, зачем мы добавляем сюда химиотерапию, а это один из показателей того, что мы пытаемся воздействовать вообще на организм, на профилактику, на развитие метастатического процесса. И в сроки, когда Вы наблюдали, Вы ни разу не увидели в этой группе метастатического поражения где-либо, то есть не получилось, то есть, если это и было, то это было в локорегионарной зоне. Скажите, пожалуйста, какое самое длительное наблюдение в этой группе больных с неoadъювантной терапией? И хотя бы в ближайший год удастся у них избежать развития метастатического процесса?

Ответ: Вопрос очень непростой. Самый большой срок наблюдения – это чуть больше 3 лет и пациента с полным клиническим ответом. Но при это мы приводим данные медианы,

которые говорят о том, что мы пока 2 года наблюдали. И, конечно, этого срока по большому счету еще мало для того, чтобы формировать окончательное суждение.

Что касается вероятности отдаленных метастазов, то тут можно обратиться к данным международной литературы, тут в пользу вообще в принципе постулата о динамическом наблюдении говорит тот факт, что вероятность отдаленных метастазов не зависит от того, какая тактика была выбрана – хирургическое лечение или же динамическое наблюдение. Потому что по большей части есть небольшой процент больных, которые, к сожалению, запрогрессируют, а у тех пациентов, у которых все-таки отмечается продолженный рост опухоли, как правило, это...

Д.м.н., профессор А.В. Бойко: Я имела в виду, простите, не динамическое наблюдение и операцию, я имела в виду факт влияния дополнительной неоадьювантной химиотерапии на различия в процессе метастазирования в группах одной и другой.

Ответ: Всё, я понял.

Д.м.н., профессор А.В. Бойко: Но это трудно пока. Я думаю, мы будем ждать с большим интересом Ваших результатов. Спасибо большое!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я в продолжение вопроса Анны Владимировны. Все-таки по частоте отдаленного метастазирования в группе так называемой основной и контрольной какие-то различия есть или нет? Будьте добры, еще раз акцентируйте внимание.

Ответ: Это не входило в задачи нашего исследования отдаленные результаты. Те данные, которые мы привели, они пока не достигли статистически значимой разницы – это 93% пока без признаков возврата заболевания в группе тотальной неоадьювантной терапии и 84% пациентов в группе химиолучевой терапии. Но пока эти факторы отдельно еще не делали, слишком маленький срок пока прошел. Но, тем не менее, всё равно это ориентирует каким-то образом.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: У нас все-таки в двухлетний срок наблюдения чаще всего проявляются признаки возврата или проявления отдаленного метастазирования.

Хорошо. Пожалуйста, есть ли еще вопросы? Пожалуйста, Надежда Николаевна.

Д.м.н., профессор Н.Н. Волченко: Сергей Игоревич, у нас недавно защищалась на этой неделе диссертация очень похожая по раку желудка, и там показано, что степень лечебного патоморфоза не влияла на выживаемость пациентов. Вы в своей работе можете сделать вывод, что чем больше степень лечебного патоморфоза, тем лучше прогноз?

Ответ: Я думаю, этот вопросе требует в принципе дальнейшего изучения. И если обратиться к данным литературы, то есть даже несколько метаанализов от 2015, 2013 гг., которые все-

таки свидетельствуют о том, что этот показатель увеличивает шансы пациента на выживание без прогрессирования. Поэтому я думаю, что пока еще не следует так от него отказываться и, действительно, возможно, при раке желудка несколько другое течение заболевания. Но что касается рака прямой кишки, то здесь в принципе уже факт наглядно продемонстрирован наглядно, что все-таки у больных, у которых он был достигнут, значительно лучше шансы на выживание без прогрессирования.

Д.м.н., профессор Н.Н. Волченко: Спасибо. И следующий вопрос: почему Вы выбрали систему оценки лечебного патоморфоза по Руан, отказавшись от нашей отечественной системы Г.А. Лавниковой и Е.Ф. Лушниковой, которые разрабатывали это в свое время? В чем преимущество этой системы?

Ответ: Особых преимуществ нет, просто она достаточно простая, мы несколько упростили процесс оценки, вот в принципе и всё. Она имеет всего 4 градации, нам удобно ее применять. Специалисты патоморфологи ее используют повсеместно.

Д.м.н., профессор Н.Н. Волченко: Не согласна, проще системы Г.А. Лавниковой нет, это самая простая система, отечественная система, которую мы должны защищать то, что сделали наши учителя. И, в общем-то, эта система Руан не имеет никаких преимуществ, только всё, наоборот, вывернуто наизнанку, а так всё то же самое.

Последний вопрос: скажите, пожалуйста, неужели никакие морфологические факторы не повлияли на степень лечебного патоморфоза?

Ответ: Мы анализировали этот факт. В принципе два фактора основных это лимфоваскулярная инвазия и периневральная инвазия они у нас не сыграли.

Д.м.н., профессор Н.Н. Волченко: А степень дифференцировки опухоли?

Ответ: Тоже аналогичным образом, степень дифференцировки не сыграла, даже в инвариантном анализе.

Д.м.н., профессор Н.Н. Волченко: У Вас как-то там 4 степень дифференцировки? Что это за четвертая степень?

Ответ: Это недифференцированная слизистая аденокарцинома, это редкие наблюдения, всего буквально несколько случаев у нас было.

Д.м.н., профессор Н.Н. Волченко: Спасибо.

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

Д.м.н. И.В. Костарев: Сергей Игоревич, скажите, пожалуйста, сколько у Вас было пациентов с позитивным латеральным краем резекции в той и другой группе?

И сразу же второй вопрос: были ли случаи, когда был позитивный край резекции и случился полный регресс опухоли?

Ответ: Да, конечно, такие наблюдения были, примерно 40% с вовлечением латерального края резекции были в обеих группах с небольшой погрешностью. И такие случаи действительно были.

Д.м.н. И.В. Костарев: Насколько часто? Все-таки это отрицательный момент, доказано у Вас по мультифакторному анализу. И сколько все-таки процент регресса у пациентов с позитивным краем резекции и с негативным?

Ответ: Все-таки примерно где-то в 5 раз у больных, у которых не вовлечен край резекции, у них больше шансов на получение полного ответа, чем у тех пациентов, у которых он вовлечен.

Д.м.н. И.В. Костарев: В таком случае следующий вопрос: рекомендовали ли Вы в последующем проводить пациентам с предварительно установленным позитивным краем резекции подобный вариант лечения или же нет?

Ответ: В принципе, как нам кажется, этот метод лечения в первую очередь должен предлагаться тем пациентам, которые являются кандидатами на брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, то есть с целью сохранения сфинктера. Поэтому действительно возможно действие больше, и в этом показание для проведения тотальной неоадьювантной терапии.

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

Д.м.н. О.И. Сушков: Сергей Игоревич, скажите, пожалуйста, правильно ли я понял из ответа на вопрос, что при полном ответе при стратегии «watch and wait» больше число пациентов, которым планировалась экстирпация прямой кишки, чем там, где сфинктеросохраняющая операция изначально предполагалась?

Ответ: Действительно среди всех больных в двух группах всего 26 больных, которые были отобраны для динамического наблюдения. И 60% этих больных, то есть 16 пациентов, которым в оперативном случае была бы показана брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. И при этом у 14 больных (83%) удалось им на данный момент, по крайней мере, сохранить задний проход в связи с отсутствием признаков продолженного роста.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Не совсем там прозвучало, может быть, это не входило в задачи исследования, но все ж таки каковы функциональные результаты у этой категории пациентов именно с нижеампулярным раком, где достигнута полная резорбция опухоли? Какие у них сейчас функциональные результаты – как-то они страдают / не страдают?

Ответ: Это не было целью нашего исследования, мы это не анализировали.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:
Понятно. Есть ли еще вопросы? (Нет). Достаточно много, мне представляется. Поэтому я предлагаю тогда завершить на этом.

И, пожалуйста, я хотел бы попросить ученого секретаря доложить сведения об апробации, научных работах, отзывах и т.д. Пожалуйста.

Ученый секретарь Диссертационного Совета к.м.н. Е.С. Суwegeин: Уважаемые коллеги!
Диссертация прошла апробацию на совместном заседании отделов онкологии и хирургии ободочной кишки и онкопроктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России 11 июля 2023 года.

На заседании диссертационного совета от 7 марта 2024 г. (протокол № 3) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук, профессора Кузьмина А.М., доктора медицинских наук Сушкова О.И. и доктора медицинских наук Вышегородцева Д.В. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

Диссертация была принята к защите на заседании диссертационного совета от 14 апреля 2024 года (протокол № 4).

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

Получены отзывы официальных оппонентов: доктора медицинских наук, профессора Стойко Юрия Михайловича, 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 доктора медицинских наук Сидорова Дмитрия Владимировича, заведующего онкологическим отделением № 7 «Онкологического центра № 1 – филиала Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы». Они будут озвучены ниже.

Получен отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный исследовательский медицинский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, подписанный доктором медицинских наук, профессором Карачуном Алексеем Михайловичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

И получен отзыв на автореферат, подписанный кандидатом медицинских наук, заведующей отделением лучевой терапии Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена – филиала федерального государственного бюджетного

учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Дрошневой Инной Викторовной. Он также положительный и критических замечаний не содержит.

Других отзывов на диссертацию в диссертационный совет не поступало.

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

Есть ли еще дополнительные вопросы к Евгению Сергеевичу? Если нет, тогда я попрошу Алексея Алексеевича как одного из научных руководителей дать характеристику соискателя. Пожалуйста.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Вы сейчас видели, как Сергей Игоревич выступает, насколько владеет материалом. Но я сейчас хочу сказать следующее. Я хочу охарактеризовать его как человека очень трудолюбивого, инициативного, который умеет структурировать свое время, он вовремя всё делает, вовремя закончил аспирантуру соответственно уже с результатами своей работы, очень организован. Сергей Игоревич умеет расположить к себе и сотрудников, и пациентов, и всегда слышно только положительные отзывы при упоминании Сергея Игоревича в качестве лечащего врача или сотрудников отделения. Хочу сказать, что его уже приняли на работу. И мы рады, что приобрели такого замечательного сотрудника.

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

Спасибо. Тогда я попрошу выступить официальных оппонентов. Пожалуйста, Юрий Михайлович. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет. Оппонентом задано два вопроса:

- 1) Оправдано ли трансанальное эндомикрохирургическое (ТЭМ) рубцово-язвенной ткани в месте проекции первичной опухоли с целью подтверждения полного патоморфологического ответа на тотальную неоадьювантную терапию и определения дальнейшей тактики лечения?
- 2) Рассматриваете ли Вы интенсификацию химиотерапии при проведении тотального неоадьювантного лечения, в частности, схему FOLFIRINOX?
- 3) Какие риски интра- и послеоперационных осложнений можно ожидать при проведении ТНТ, а также какой срок наблюдения свидетельствует о стойком клиническом ответе?

С.И. Сычев: Глубокоуважаемый Юрий Михайлович! В первую очередь, спасибо Вам за такое комплексное рецензирование данной диссертационной работы!

Отвечаю на поставленные вопросы.

- 1) Насчет применения трансанальной эндомикрохирургии. В нашей практике это не применяется по ряду причин. Во-первых, это не дает полного ответа на тот факт, есть там остаточная опухоль или нет, потому что у нас были случаи, когда несмотря на отсутствие

макроскопических признаков самой опухоли были выявлены пораженные лимфатические узлы. Поэтому применение ТЭМ не во всех случаях нам даст полный ответ – есть там ответ или нет. И, с другой, стороны применение этой методики у пациентов, уже перенесших химиолучевую терапию, чревато значительным числом осложнений, это длительно незаживающие раны. И в принципе данный подход здесь нам кажется неоправданным.

2) Что касается эскалации химиотерапии в режиме тотальной неоадьювантной терапии, то, конечно, здесь существует большой арсенал, и в принципе целесообразно применение в принципе любой химиотерапии. Почему конкретно в нашем исследовании была выбрана именно такая схема? Мы ее применили по причине оптимального соотношения ожидаемой частоты выполненных ответов и приемлемой токсичностью. Потому что закономерно, чем более агрессивный режим химиотерапии применяется, тем выше частота ожидаемых осложнений, что в принципе в ряде случаев может отсрочить сроки проведения хирургического лечения.

3) И что касается последнего вопроса, то действительно минимальный срок наблюдения этих больных до конца еще не установлен. В принципе отсутствуют единые подходы к тому, с какой очередностью необходимо выполнять контрольное обследование, сроки его. Но, как показало наше исследование, даже у пациентов спустя 18 месяцев после завершения лечения существует вероятность продолженного роста. И эти данные как раз-таки коррелируют с международной базой данных по «watch and wait», которая демонстрирует то, что порядка 26-27% пациентов находятся в зоне риска продолженного роста. Поэтому, на наш взгляд, минимальный срок должен быть, по крайней мере, 3 года по завершении лечения.

Д.м.н., профессор Ю.М. Стойко: У меня вопросов больше нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:
Юрий Михайлович, спасибо огромное за то, что Вы согласились.

Д.м.н., профессор Ю.М. Стойко: Заключение можно огласить, Юрий Анатольевич?

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:
Да, пожалуйста, Юрий Михайлович.

Д.м.н., профессор Ю.М. Стойко зачитывает заключение отзыва.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:
Спасибо, Юрий Михайлович. Я попрошу выступить Дмитрия Владимировича. Пожалуйста. (Отзыв прилагается.) Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Д.м.н. Д.В. Сидоров: Работа на самом деле вызывает ряд вопросов, которые требуют дальнейшей разработки и это очень хорошо. Мы с автором неоднократно разговаривали. И очень много у меня было различных вопросов, на которые он блестяще отвечает.

Но, тем не менее, первое, что мне было непонятно: почему 3 курса; почему XELOX; почему, например, не 2, не 5, не 25; почему не FOLFOX? Мы пришли к единому знаменателю, что это эмпирически на основании тех данных, которые в основном присутствуют в литературе, что чаще всего все-таки используются эти три курса. Но, тем не менее, а что будет, если мы добавим еще; а что будет, если мы добавим другие схемы; а что будет, если мы будем ожидать больше или, наоборот, меньше? Понятно, что в рамках кандидатской диссертации это решить очень сложно.

Дальше, здесь тоже возникали эти вопросы: а как оценивать полный клинический ответ? Триумвират: палец, эндоскопическое исследование и МРТ. Но если первые два, честно говоря, носят субъективный характер – у меня палец такой, у эндоскописта глаз такой, а МРТ, казалось бы, достаточно объективный способ, тем более, в современных трехсловых приборах, которые должны очень хорошо видеть и, тем не менее, в группу хирургического лечения (если я не прав, то поправьте) около 20% пациентов, которые неправильно диагностированы на дохирургическом этапе, и у них не обнаружено опухоли при патоморфологическом исследовании. Это что – ошибка диагностики; это невозможность современных методов МРТ это диагностировать; или мы не дождалась того времени, когда МРТ увидит это изменение? Ведь есть такие больные, он приходит к вам через 12 недель, по МРТ – остаточная опухоль и т.д. и т.п., он заболевает и приходит еще через 2 месяца, и уже не видно эту опухоль, такие случаи есть. И, безусловно, это исследование надо тоже дальше проводить и надо дальше об этом думать.

Следующий вопрос, который мы обсудили с автором, прежде всего, конечно, как уже здесь в зале говорилось, необходимо получить отдаленные результаты и посмотреть, какие факторы при проведении такого же регрессионного анализа сыграют на эту выживаемость. Не уверен, что все группы пациентов будут одинаково хорошо живы. Но, в то же самое время мы вполне четко понимаем, что те больные, которые отреагировали на предоперационную химиолучевую терапию с консолидацией, даже те, которые отреагировали на лучевую терапию, на химиолучевую терапию, и у которых получился полный клинический или полный патоморфологический ответ – это больные с другой биологией опухоли, это больные совершенно с другой генетикой, это больные совершенно с другим иммуногистохимическим статусом опухоли. В связи с этим, естественно, был задан вопрос: а не пробовали Вы определять какие-то морфологические, иммуногистохимические предикторы? Но я понял, что технически это было невозможно.

Почему я этот вопрос задаю? В свое время в Институте им. П.А. Герцена очень этим увлекались, у нас было много работ проведено, в том числе в отделении у Анны Владимировны. У нас тоже был ретроспективный материал. Нам удалось, возможно, это такие первые штрихи, но нам удалось получить, по крайней мере, статистически значимо мы увидели, что у KRAS-мутированных очень плохо идет ответ на предоперационную химиолучевую терапию, а те больные, у которых была высокая экспрессия PD-L, наоборот, ответили очень хорошо. Я думаю, что за этим будущее, я думаю, что за этим и кроется наше дальнейшее развитие лечения рака прямой кишки.

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

Спасибо огромное! Пожалуйста, Сергей Игоревич.

С.И. Сычев: Мне бы хотелось выразить огромную благодарность Дмитрию Владимировичу за то, что он согласился приехать и выступить официальным оппонентом. Действительно очень важно было услышать Ваше мнение на эту работу.

Действительно большинство вопросов мы с Вами обсудили и это действительно, наверное, повод для дальнейших исследований.

А что касается поиска предикторов, то, видимо, он выходит далеко за плоскость того стандартного набора молекулярно-генетического обследования, которое вообще проводится в принципе сейчас в отношении статуса микросателлитной нестабильности, в отношении KRAS, NRAS, действительно здесь необходимо сосредоточить поиски, видимо, на поиск новых предикторов для того, чтобы можно было выделить этих больных. Поэтому спасибо Вам большое!

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

Спасибо, Дмитрий Владимирович. Кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, Анна Владимировна.

Д.м.н., профессор А.В. Бойко: Многоуважаемый Юрий Анатольевич, многоуважаемый Евгений Сергеевич, члены диссертационного совета, коллеги! Спасибо большое за приглашение наше принять участие в нашей работе!

Я хочу сказать, что колоссальная школа принять участие в работе диссертационных советов не своего учреждения и услышать серьезные работы, которые в каждом учреждении проводятся. В сентябре будет 48 лет, как я работаю в Институте им. П.А. Герцена, это я к тому, что выступление моего коллеги Дмитрия Владимировича, поскольку мы коллеги, по сути, одна школа, если бы он не выступал, то практическую всю первую часть я собиралась сказать, хотя не знала, о чем он будет говорить, но буду говорить про другое.

Очень интересная работа и очень сложная работа, потому что в очень трудное время мы сейчас живем. Трудности эти определяются в том числе и большими достижениями,

которые есть сейчас в онкоколопроктологии. Посмотрите, как изменилась за последние годы вообще наша идеология всего того, что мы делаем. И, конечно, основной рубеж – это тотальная мезоректумэктомия. Вот этот рубеж, который позволил полностью для лучевого терапевта пересмотреть идеологию подхода к лучевой терапии. И кто же является нашими учителями в лучевой терапии, кто дает нам основания для разработки методов консервативного лечения? Представители в основном двух специальностей – это патоморфологи и это хирурги. Мы не можем знать, что мы получим и что мы увидим, все даете нам вы, вы являетесь свидетелями того, что получилось у нас от предоперационной лучевой терапии, это вы, хирурги. А патоморфологи, если говорить о мезоректумэктомии, я считаю, что всё, что дала на этом этапе патоморфология, изменило полное наше представление о выборе объема облучения, о необходимости облучения всего мезоректума, всё абсолютно. И это всё позволяет нам абсолютно идеализировать, пытаться индивидуализировать подходы в выборе метода лечения у пациентов рака легкого, особенно с местно-распространенными процессами или, допустим, нижеампулярными отделами, где хотелось бы сохранить орган. Но это всё мы имеем на сегодняшний день, и мы где-то отказались от предоперационного облучения (верхние отделы прямой кишки), где-то мы пытаемся усилить эти действия и видим, что мы получаем эффект не более чем в 60% случаев. А почему у 40% не получаем? Мы пытаемся найти предикторы не только радио- и химиочувствительности, но радио- и химиочувствительности нормальных тканей, в том числе сейчас и генетических, потому что нам не просто нужно получить хороший непосредственный ответ, нам надо получить не только излучение, но и высокое качество жизни. В этом плане Ваша работа очень серьезная, и она потребует сейчас очень тщательного изучения, поскольку характеристики практически у каждого больного почти индивидуальных, у всех, у кого полная резорбция, следует попытаться ретроспективно изучить предикторы, почему это произошло у них, почему произошла ошибка, почему мы не оценили, например, качество фиброза, ведь его же, допустим, не было, как мы к этому отнеслись.

Я хочу поклониться вашему учреждению, мы долго работали вместе с вами, и хочу сказать, это только работа с вами или с доктором медицинских наук Д.В. Сидоровым, которые при мультидисциплинарных командах лечения рака прямой кишки, если были неудачи какого-то лечения или сложные послеоперационные осложнения, ни разу в жизни не бросили камень в лучевого терапевта и не сказали, что все неудачи у хирурга – это лучевая терапия. Такое до сих пор встречается везде и много, хотя это далеко не так. Мы не исключаем нашего влияния там, где оно может быть отрицательное, для этого сейчас и изучаем все возможности, чтобы и лишнего не было и недодать нельзя. В этом плане, я считаю, что

Ваша работа просто кладезь всего этого, потому что это «кирпичики», которые дальше будут оцениваться, оцениваться, оцениваться и во многом, ведь можно сказать, что получился высокий процент полной резорбции и в то же время умеренного и небольшого ответа при химиолучевой терапии он тоже приличный. Это значит, почему мы у этого пациента, у которого процесс исходно был признан резектабельным, и в итоге операция выполнена радикально при том, что ответ на такое серьезнейшее лечение, которое неизвестно потом, как скажется по химиолучевым всевозможным осложнениям и проявлениям, и может быть, у них этого не нужно было делать. Вы даете нам повод и платформу дальнейшего изучения и подтверждения наших теоретических предпосылок за счет полученных вами практических результатов.

И, конечно, я вижу в этом еще для лучевого терапевта то, что такие работы имеют колоссальное значение, потому что большой процент людей функционально неоперабельных или нерезектабельных. А с ними что делать? Им надо каким-то образом помогать. Вот это, если показывается, что это и «хорошая» переносимость, в кавычках мы пишем, мы адекватно оцениваем и понимаем возможные последствия, высокий ответ – иногда полный, но чаще паллиативный, но паллиатив тоже может быть длительный, мы тогда должны думать, у кого из людей, которые функционально неоперабельны или нерезектабельны, можно экстраполировать это лечение на ту группу больных, которые не смогут перенести операцию.

Поэтому мы с большим интересом прочитали Вашу работу. Вопросов всегда очень много. Чем глубже работа, чем она интереснее и сложнее, тем больше к ней вопросов. И, конечно, всё это «кирпичик» в наше общее дело, который позволит, я, конечно, хорошо отношусь к стандартам, но очень критически, от слова «стандарт» мне плохо, потому что можно пытаться применить стандарт, когда человек вообще перенести не может, либо это ему не надо. Но какой тут стандарт? Стандарт хорош, потому что он предполагает, где бы человек ни жил, ему всё равно должны выполнить лечение в полном объеме, которое возможно – вот этот стандарт. Но этот же стандарт не учитывает огромное количество индивидуальных показателей каждого больного, а Ваша работа в том числе направляет еще раз на то, что это сделать обязательно необходимо, и это делается.

Я, конечно, с удовольствием буду поддерживать Вашу работу и вообще считаю, что это очень хорошая школа, когда из разных учреждений люди серьезно знакомятся с работами своих замечательных коллег. Спасибо вам большое!

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

Анна Владимировна, спасибо. Но здесь ответ не требуется, только благодарность. Позвольте, тогда я выражу её от имени диссертанта. Спасибо огромное!

Станислав Викторович, пожалуйста.

Д.м.н. С.В. Чернышов: Уважаемые коллеги, добрый день! Благодарю Вас, Юрий Анатольевич, за предоставленное слово. Конечно, мне можно было бы начать первой частью речи Дмитрия Владимировича, закончить второй частью речи Анны Владимировны. Но я не могу молчать, потому Сергей Игоревич большей частью трудился и работал в нашем отделении, можно сказать, что мы его вскормили, эта вся работа проходила на наших глазах, можно сказать, что мы участвовали в этом.

И еще, посмотрите, мы все сегодня говорим, что нужны какие-то большие рандомизированные исследования, как Дмитрий Владимирович сказал, но ведь это тоже рандомизированное исследование, хоть оно и небольшое и включает в себя не очень много пациентов, но выполнено на очень хорошем методическом уровне, есть хорошие достоверные результаты. Все мы, когда обсуждаем лечение рака прямой кишки, химиолучевое, хирургическое лечение, мы всегда оперируем какими-то данными зарубежных исследований, показываем, что сказал американский коллега, что сказал, например, Амжад Парваиз, и при этом как-то всегда наши данные остаются в тени, если они еще есть. И как раз работа Сергея Игоревича – рандомизированное проспективное исследование, это как раз то, что мы должны делать чаще и то, что мы ждем – мы ждем этих результатов. И как раз эти результаты – это тот самый маленький «камушек» и тот самый «кирпичик», который мы можем использовать для внесения изменений в наши клинические стандарты рекомендации на основании этих таких достоверных данных.

И я бы сказал еще, что да, мы сегодня получили такие хорошие результаты консервативного лечения наших пациентов. И я предлагаю не пользоваться этим как таким знаменем, чтобы отказываться хирургам от мезоректумэктомии, потому что на сегодняшний день всё равно лечение рака прямой кишки – это в основном хирургия. И при этом я хочу поддержать это исследование Сергея Игоревича, оно достаточно хорошо выполнено.

Спасибо большое!

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

Спасибо, Станислав Сергеевич. Я так понимаю, что у нас больше желающих нет. И вопросов было много и несколько неофициальных выступлений. Я думаю, что вполне достаточное обсуждение.

И я прошу тогда, пожалуйста, Сергей Игоревич, Вам предоставляется заключительное слово.

С.И. Сычев: В первую очередь, конечно, хотелось бы выразить благодарность научным руководителям – это Рыбакову Евгению Геннадиевичу и Пономаренко Алексею Алексеевичу, без которых невозможно было бы представить диссертацию в том виде, в

котором мы ее получили. Действительно это по большей части такой коллективный труд, это огромная титаническая работа всего коллектива наших отделений, которые помогали, направляли в осуществлении этой работы.

Особую благодарность хотелось бы выразить также в принципе всему коллективу 3-го и 6-го отделения, бок о бок с которыми проходили все эти годы при написании диссертационного исследования.

Хотелось бы выразить благодарность администрации учреждения за то, что позволили и сделали все условия для формирования цели этой работы, ее проведения, оформления в виде кандидатской диссертации.

Также хотелось бы выразить благодарность отделению лекарственного противоопухолевого лечения, специалисты которого помогали и лечили наших больных.

И хотелось бы также выразить благодарность специалистам из Центра онкологии имени Н.Н. Блохина, на базе которого проходили лучевое лечение наши больные.

И также хотелось бы выразить отдельную благодарность Стойко Юрию Михайловичу, Дмитрию Владимировичу Сидорову за то, что они потратили свое время, приехали, выступили в качестве официальных оппонентов и высказали очень важные критические замечания по работе, которые в дальнейшем будут направлены на планирование следующих исследований.

Конечно же, благодарность членам диссертационного совета нашего учреждения и введенным членам из Центра имени П.А. Герцена, которые действительно не просто формально отнеслись к просьбе приехать и участвовать, а действительно изучили материал и также высказали свое мнение. Было очень много вопросов – это говорит о том, что наша работа была проделана не зря.

Спасибо большое!

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

Спасибо. Пожалуйста, мы дальше двигаемся – нам необходимо избрать счетную комиссию.

Предлагаются следующие кандидатуры: Дмитрий Вячеславович Вышегородцев, Олег Владимирович Головенко и Олег Иванович Сушков. Пожалуйста, кто за данный состав счетной комиссии, прошу проголосовать. (Члены совета голосуют). Единогласно.

Тогда я прошу счетную комиссию приступить к работе. Пожалуйста.

/перерыв для тайного голосования/

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

Я так понимаю, что Олега Ивановича избрали председателем счетной комиссии. Пожалуйста, Олег Иванович Сушков.

Д.м.н. О.И. Сушков: Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Протокол № 2 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 20 июня 2024 г. Состав комиссии: О.И. Сушков, Д.В. Вышегородцев, О.В. Головенко. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Сычева Сергея Игоревича.

Присутствовало на заседании 17 членов совета, в том числе докторов наук по профилю – 16. Роздано бюллетеней - 17. Осталось не розданных – 5. В урне оказалось – 17.

Результаты голосования: «за» - 17, «против» - нет, недействительных бюллетеней – нет.

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

Я прошу тогда открытым голосованием утвердить результаты тайного голосования. Пожалуйста. Кто за то, чтобы утвердить?

/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/

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

Теперь нам нужно утвердить проект заключения.

Позвольте полностью не зачитывать, а только резюмирующую часть по диссертации «Тотальная нео-адьювантная терапия в лечении рака прямой кишки». Представленная к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем онкологии и хирургии, является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведённое автором исследование содержит решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения больных раком прямой кишки.

Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым 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 и от 01 октября 2018 г. № 1168), а сам автор Сычев Сергей Игоревич достоин присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.9 «Хирургия» и 3.1.6 «Онкология, лучевая терапия».

Я хотел бы еще спросить: кто имеет какие-либо замечания по проекту? Если нет, тогда прошу проголосовать за то, чтобы утвердить или нет данный проект заключения. Кто за то, чтобы утвердить? (Члены совета голосуют). Единогласно. Спасибо.

Тогда нам остается только поздравить Сергея Игоревича и его руководителей с успешной защитой. Поздравляем!

