

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

СТЕНОГРАММА

заседания № 6 специализированного совета по приему кандидатских и докторских
диссертаций Д 208.021.01 по защите диссертации

Тарасова Михаила Александровича

**«Факторы риска и ранние предикторы несостоятельности низких
колоректальных анастомозов»,**

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.17 "Хирургия"

27 октября 2016 г.

Председатель диссертационного
совета Д 208.021.01

доктор медицинских наук, профессор

Ю.А.Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

И.В.Костарев

Москва – 2016 г.

Присутствовали следующие члены Диссертационного Совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
3.	Костарев И.В.	кандидат медицинских наук	14.01.17
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	14.01.17
5.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
6.	Болквядзе Э.Э.	доктор медицинских наук	14.01.17
7.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
8.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
9.	Жученко А.П.	доктор медицинских наук	14.01.17
10.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	14.01.17
11.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	14.01.17
12.	Пугаев А.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
13.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
14.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	14.01.17
15.	Тихонов А.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
16.	Фёдоров А.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
17.	Халиф И.Л.	доктор медицинских наук	14.01.17

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

Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! На повестке дня представлена к защите диссертация Тарасова Михаила Александровича «Факторы риска и ранние предикторы несостоятельности низких колоректальных анастомозов» по специальности хирургия 14.01.17. Работа выполнена в учреждении ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих» Минздрава РФ. Научный руководитель – доктор медицинских наук Рыбаков Евгений Геннадиевич. Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор Луцевич Олег Эммануилович и доктор медицинских наук, профессор Севостьянов Сергей Иванович. Ведущая организация: ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения РФ. Из 19 членов на заседании присутствуют 17, т.е. имеется кворум, что дает основание считать заседание совета правомочным. Если нет

возражений, то начнем. Иван Васильевич сообщите информацию о диссертанте, которая имеется в личном деле.

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

Ученый секретарь специализированного совета к.м.н. Костарев И.В.: Автобиография Тарасова Михаила Александровича. Родился в 1988 году в городе Тула. В 2011 году окончил лечебный факультет РГМУ им. Пирогова, получил квалификацию врач по специальности лечебное дело. С 2011 по 2013 год проходил обучение в клинической ординатуре по специальности «Колопроктология» в ФГБУ ГНЦК им. А.Н. Рыжих. С 2013 по 2016 год проходил обучение в аспирантуре в ФГБУ ГНЦК им. А.Н. Рыжих в отделе онкопроктологии. За время аспирантуры подготовил диссертационное исследование на тему: «Факторы риска и ранние предикторы несостоятельности низких колоректальных анастомозов». Михаил Александрович представил пакет документов в диссертационный совет. Все документы соответствуют требованиям ВАК, замечаний по документам нет.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Какие-либо вопросы к Ивану Васильевичу имеются? Тогда пожалуйста, Михаил Александрович, в течение 20 минут изложите результаты вашей работы.

Тарасов М.А.: в течение 17 минут изложил основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

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

Луцевич О.Э., д.м.н., профессор: Михаил Александрович, я хотел бы услышать чисто практический совет. Если на 3-и сутки после операции отмечается повышение уровня прокальцитонина выше 0,3 нг/мл, но при этом клинических проявлений несостоятельности анастомоза нет (температура 36,9 – 37,1), клинически вроде бы все благоприятно, то как это изменит дальнейшую тактику лечения? Вы будете продолжать энтеральное, парентеральное питание, использовать антибиотики?

Ответ: Олег Эммануилович, спасибо за вопрос. В нашем случае у всех пациентов зона анастомоза была отключена, т.е. это были все пациенты с превентивной стомой. Они питались со второго дня послеоперационного периода. Что касается использования данного теста, то в случае, если даже у пациента уровень прокальцитонина на 3-и сутки послеоперационного периода был больше 0,3, принципиального значения для изменения тактики лечения это не имело.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Хорошо. Это в рамках вашего исследования. А вот если вы сделали анастомоз и не наложили превентивную стому, что делать тогда? Меняется или не меняется тактика лечения? Ведь сторонников не накладывать превентивную стому остается не мало. Как быть??? Что делать? Это значимо или не значимо с Вашей точки зрения?

Ответ: Спасибо за вопрос Юрий Анатольевич! Для того чтобы ответить на этот вопрос о корреляции уровня прокальцитонина, С-реактивного белка на не отключённом анастомозе, необходимо набирать другую группу больных.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Подождите, я Вам вопрос совсем другой задавал. Что делать когда повышен уровень? Вы уже определили неблагоприятный фактор с огромной чувствительностью, что делать?

Ответ: Рентгенологическое исследование.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Правильно. Рентгенологическое исследование вне плана именно на 3-й день, с момента повышения уровня предиктора. И это достаточно нередкое явление, когда определяется несостоятельность, и вот тогда уже накладывается превентивная стома в качестве срочного оперативного вмешательства иди делаются какие – либо дренирующие манипуляции и т.д. Пожалуйста еще вопросы.

Пугаев А.В., д.м.н., профессор: Михаил Александрович, скажите пожалуйста, как Вы себе представляете наложенный анастомоз? Вы считаете он наложен в условиях наличия инфекционного агента или этого инфекционного агента нет? Это мой первый вопрос. И второй вопрос. Скажите пожалуйста, если не развивается несостоятельность анастомоза, и вы считаете, что существует инфекционный агент в процессе наложения, когда он исчезает из области анастомоза? Потому что так или иначе воспаление будет иметь место. И тогда через сколько времени при наличии в исходе инфекционного агента возникнет несостоятельность анастомоза с точки зрения микробной инвазии? И скажите пожалуйста, а Вы не изучали тяжесть состояния нарушений трофического статуса и связи их с несостоятельностью анастомоза и той микрофлорой, которая вызывает это осложнение?

Ответ: Спасибо за вопрос. Позвольте я начну со второго вопроса. Той связи, которая могла бы иметь место между микрофлорой и несостоятельностью анастомоза, мы не искали. Что касается первого Вашего вопроса по поводу есть ли изначально микробный агент или нет, необходимо сказать о том, что инфекционный агент присутствует, несмотря на то, что пересечение культи прямой кишки производится линейным степлером и со стороны промежности перед формированием анастомоза отмывается культа прямой

кишки. Вышележащие отделы ободочной кишки, несмотря на то, что имеется превентивная стома, не могут быть очищены на 100 %. Поэтому в любом случае инфекционный агент присутствует. Что касается сроков возникновения несостоятельности анастомоза, то в случае, если у пациента она не реализовалась клинически до 7 дня и мы её выявили только при рентгенологическом исследовании, последние определить не возможно. Что касается клинических случаев несостоятельности - то четверым больным которым мы выполнили релапаротомию и разобщение анастомоза. При этом у двух пациентов данное осложнение возникло на 4 день после операции, у одного - на девятые сутки и у одного - на десятые.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Но все-таки, на 4-ый день это с чем было связано? Это связано с какими то причинами нарушения трофики? Или это связано с каким-то несовершенством наложения швов? Я так понимаю, что речь идет о механическом шве. Хотя применение ручного шва так же не может гарантировать отсутствие несостоятельности анастомоза. И второй вопрос: часто ли рентгенологическая несостоятельность определялась в отдаленные сроки? Ведь мы знаем, что в обычной рутинной практике, как правило, она совершенно клинически не проявляется и в лучшем случае диагностируется только перед закрытием превентивной стомы?

Ответ: Спасибо за вопрос. По поводу первого вопроса: у всех пациентов, которые были у нас оперированы по срочным показаниям, каких либо объективных методов, подтверждающих присутствие трофических нарушений в низведенной кишке не было: низведенная кишка была жизнеспособна, и у 100 человек нашей группы некроза не было ни у кого.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Вы расскажите про этих людей, их же у Вас всего трое. Вы наверняка отмечали все эти нюансы. Пожалуйста.

Ответ: Экстренные оперативные вмешательства были выполнены у пациентов с недостаточно очищенными отключенными отделами толстой кишки. Как правило, дефект, как причина развития калового перитонита, локализовался в месте слияния линейного шва культи прямой кишки и шва циркулярного аппарата.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Не совсем понял. Еще раз объясните.

Ответ: наиболее уязвимая точка, где происходила несостоятельность анастомоза в большинстве процентов случаев - это место соединения линейного шва культи и циркулярного шва головки сшивающего аппарата по бокам.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Причина то в том, что действительно это наиболее слабое место, это известный факт. Не совсем плотное соприкосновение скобок, вот здесь что то не так легло. Понятно.

Тарасов М.А.: Второй момент. Всем пациентам после формирования анастомоза выполнялось воздушная проба с целью возможного определения пузырьков воздуха и визуализации зоны дефекта. Как оказалось в дальнейшем из 27 человек, у кого воздушная проба была положительная, несостоятельность анастомоза была диагностирована только у 7, т.е. не было выявлено статистически значимой корреляции между положительной воздушной пробой во время операции и фактом возникновения несостоятельности анастомоза в отсроченный период.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Как боролись с данным явлением положительной воздушной пробы?

Ответ: по разному, кому-то ушивали дефект, кому-то не ушивали.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Хорошо. Тогда вопрос следует. Какова частота при ушитом дефекте? Какова частота при не ушитом дефекте?

Ответ: Трансабдоминальное укрепление анастомоза было выполнено у 36 пациентов.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Я говорю только о воздушной пробе. Вы говорите, что у 27 пациентов была положительная воздушная проба. А у какого числа больных не удалось ушить дефект?

Ответ: не удалось ушить дефект у 11 человек.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Тогда какая частота несостоятельности анастомоза у этих 11 больных? И, соответственно, у оставшихся 16?

Ответ: из 27 человек с положительной воздушной пробой несостоятельность возникла у 7. Из тех пациентов, которым ушивался дефект, а таковых было 4, клинически выраженной несостоятельности анастомоза у этих пациентов не возникло. Было 2 человека, у которых была выявлена рентгенологическая несостоятельность анастомоза.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: В чем причина неушивания дефекта у остальных пациентов?

Ответ: это технически было невозможно, из-за низкого расположения анастомоза.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Пожалуйста, еще вопросы.

Кузьминов А.М., д.м.н., профессор: Вы провели достаточно обширный многофакторный анализ. Всем известно, что наложение анастомоза, в большинстве случаев, это искусство хирурга. Учитывали ли Вы его опыт? Это нашло отражение в Вашем анализе или нет?

Ответ: Спасибо за вопрос, Александр Михайлович. Такого специального анализа, как фактор хирурга, мы не проводили по причине того, что опыт выполнения оперативных вмешательств всеми сотрудниками отдела онкопроктологии не менее 40 операций в год.

Луцевич О.Э., д.м.н., профессор: Может я Вам задам вопрос, не относящийся непосредственно к тексту диссертации. Просто я не нашел на него ответа, прочитав работу. У вас было 4 случая разобщения анастомоза по поводу несостоятельности, но при этом у всех больных была наложена превентивная стома. Какова судьба этих пациентов?

Ответ: Спасибо за вопрос. Всем пациентам, которых брали на экстренную операцию по поводу несостоятельности анастомоза, выполнено его разобщение и формирование концевой колостомы.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Я продолжу вопрос Олега Эммануиловича. Судьба этих четырех пациентов? Что с ними произошло дальше?

Ответ: Спасибо за вопрос. Трем пациентам было выполнено закрытие превентивной стом, они остались жить с концевыми стомами. Одна пациентка, которой было выполнено разобщение колоректального анастомоза, погибла в ближайшем послеоперационном периоде.

Костарев И.В., ученый секретарь специализированного совета, к.м.н.: Михаил Александрович! Какому количеству пациентов проводилось переливание компонентов крови интраоперационно?

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! 27 пациентам.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: А чем это было обусловлено?

Ответ: Спасибо за вопрос. Пациентов с анемией ниже 90 г/л в нашем исследовании было всего 6, потому что критерием включения в исследование был неосложненный характер первичной опухоли, что в свою очередь могло бы не увеличивать частоту несостоятельности анастомоза. Из 27 пациентов которым переливались компоненты крови, несостоятельность анастомоза возникло у 10 человек. Показания для данной манипуляции были различные, т.к. объем кровопотери превышающей 200 мл был у 54

пациентов, в итоге несостоятельность анастомоза возникла только у 15. Из этих 15 человек, у которых возникла несостоятельность анастомоза, компоненты крови переливали 8.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Вы так и не ответили на мой вопрос. Какие были показания к переливанию компонентов крови интраоперационно? Чем это обусловлено? Расширением объема операции в связи с резекцией печени? Ведь в настоящий момент показания к переливанию компонентов крови существенно сужены.

Ответ: Уважаемый Юрий Анатольевич! Необходимо отметить, что понятие гемотрансфузии включало в себя переливание донорских компонентов, в том числе и свежезамороженной плазмы. В том случае, если у оперирующего хирурга не было спокойствия о стабильном гемостазе в случае диффузного подкравливания, пациенту назначали две дозы свежезамороженной плазмы интраоперационно.

Кузьминов А.М., д.м.н., профессор: были ли именно гемотрансфузии? Что служило показанием к их проведению?

Ответ: Глубокоуважаемый Александр Михайлович! Объем кровопотери более полулитра.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: что служило показанием для проведения гемотрансфузии?

Ответ: Юрий Анатольевич! Нестабильность гемодинамики.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Какой был возраст пациентов, которым производилась гемотрансфузия? Какой уровень гемоглобина был у них до операции?

Ответ: у одной пациентки - 87 г/л, у второй 80 г/л, у третьего больного - 110 г/л, у четвертого - 115 г/л. Возраст - 62, 63, 73 и 74 года.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: есть ли еще вопросы? Нет. Прошу научного руководителя Рыбакова Е.Г. дать характеристику диссертанту.

Рыбаков Е.Г., д.м.н.: Тарасов Михаил Александрович у нас 5 лет в центре, проходил клиническую ординатуру, потом поступил в аспирантуру. За время прохождения обучения зарекомендовал себя исключительно с положительной стороны. Это очень внимательный врач и способный хирург, ему свойственно такое редкое качество, как искреннее сострадание к нашим пациентам, которые попали в такую сложную жизненную ситуацию со своим жизнеугрожающим заболеванием. Что касается его личного участия в

этой работе, естественно, все пациенты были внесены в базу данных, которая им же и была создана. Он непосредственно общался с лабораторией микробиологии, которая внесла свой непосредственный вклад в исследование диссертанта, и с нашими коллегами радиологами, без которых эта работа была бы невозможна. Вы видите, что целью исследования было изучить не только клиническую, но и рентгенологическую несостоятельность анастомоза. По этому у меня исключительно положительный отзыв о нем, как о научном сотруднике. За время работы с диссертацией Тарасов М.А. освоил несколько программ биомедицинской статистики, включая и достаточно сложные шкалы логистической регрессии. Теперь он в этом очень хорошо разбирается. Для него характерен аналитический склад ума, пытливость. О достоинствах кандидатской работы будет судить диссертационный совет. Спасибо.

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

Ученый секретарь специализированного совета, к.м.н. Костарев И.В.: апробация диссертации Тарасова Михаила Александровича была проведена на совместной научной конференции отделов онкопроктологии и отдела хирургии ободочной кишки 14 июня 2016 года. Диссертация получила положительную оценку и была рекомендована к защите. По теме исследования автор имеет 5 научных работ, в которых отражены основные положения диссертации. В центральной печати из них опубликованы 2 работы. Отзывы поступившие в диссертационный совет официальных оппонентов профессора Луцевича Олега Эммануиловича, представляющего ФГБОУ ВО МГСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России и профессора Севостьянова Сергея Ивановича, представляющего ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, исключительно положительные. Принципиальных замечаний по диссертации нет. Отзыв ведущей организации ФГБУ «Институт хирургии им. Вишневского» Минздрава России, подписанный профессором Кригером Андреем Германовичем, так же положительный. Отзыв на автореферат, подписанный доктором медицинских наук Сидоровым Д.В., представляющим МНИОИ им. П.А. Герцена, так же положительный. Других отзывов на диссертацию и автореферат не поступало.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо. Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору, Луцевичу Олегу Эммануиловичу (Отзыв прилагается). Со второй страницы Вашей работы появляются такие понятия, как отношение шансов и доверительный

интервал. Вы не даете разъяснения используемым понятиям. На мой взгляд, диссертанту стоило бы разъяснить данные аббревиатуры. Кроме того, русскоязычные источники используемой литературы представлены в недостаточном количестве. И расскажите пожалуйста о предпочтениях в выборе циркулярных сшивающих аппаратов.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Слово для ответа официальному оппоненту предоставляется соискателю.

Тарасов М.А.: Глубокоуважаемый Олег Эммануилович! Большое спасибо за тщательный анализ работы, за потраченное Вами время. Мне хотелось бы остановиться на некоторых из ваших замечаниях. По поводу обзора литературы. Прежде всего я бы хотел сделать акцент на том, что большинство работ, которые представлены в современных отечественных публикациях, построены на разнородных группах больных. Туда включены пациенты и после передних резекций прямой кишки, и после брюшно-анальных резекций. Отсутствует разделение между типами операций при проведении многофакторного анализа. Поэтому мне хотелось бы представить наиболее однородную группу пациентов, что наиболее наглядно отражено в иностранных публикациях. Что касается вашего замечания по поводу аббревиатур, то вы полностью правы. По поводу предпочтений в выборе аппаратов, то скажу о том, что мы всегда использовали одноразовые сшивающие аппараты, единственная разница была лишь в диаметре головки сшивающего устройства. И это напрямую зависело о диаметра кишки, которая низводилась в полость таза.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Севостьянову Сергею Ивановичу (Отзыв прилагается). Диссертация написана прекрасным языком, логична и методична. Проведен статистический анализ.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Слово для ответа официальному оппоненту предоставляется соискателю.

Тарасов М.А.: Глубокоуважаемый Сергей Иванович! Для меня огромная честь, что Вы согласились стать моим официальным оппонентом! Кроме того, провели глубочайший анализ нашей работы и дали ей высокую оценку. Большое Вам спасибо!

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Кто желает выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, Армен Восканович Варданян.

Варданян А.В., кандидат медицинских наук: Глубоко уважаемый Юрий Анатолиевич, глубоко уважаемые члены ученого совета, уважаемы коллеги, Михаил Александрович!

Позвольте подробно не останавливаться на введении, целях, задачах и структуре диссертации, об этом подробно было доложено официальными оппонентами. О чем хотелось бы сказать? О практической составляющей этой работы. Несомненно, что достаточно много людей, прочитают эту диссертацию. И для них было бы важно выявить именно практические аспекты, которые они смогут применить именно в клинической практике. Для меня важным моментом было изучение таких маркеров как прокальцитонин и С-реактивный белок. Единственное, что хотелось бы сказать, что, насколько нам известно исследование прокальцитонина экономически не совсем выгодно. Это дорогостоящее исследование, в связи с этим выигрывает анализ С-реактивного белка, который в несколько раз дешевле. Таким образом, его можно изучать в монорежиме, а не в комплексе с другими биохимическими показателями. Более того, С-реактивный белок достаточно многими исследователями был изучен, в частности, этот вопрос освещался в лечении язвенного колита. Многими исследователями было доказано, что он является предиктором риска осложнений хирургического вмешательства. В связи с этим отметим, что в работе имеется четкая граница – 100 мг/л. Надо сказать, что уже после первого Вами сообщения о результатах Вашего исследования, в частности, в нашем отделе хирургии ободочной кишки, этот тест стал широко использоваться. Мы достаточно на ранних этапах выявляем клинически незначимую несостоятельность швов, что помогает нам более эффективно лечить наших пациентов. И еще хотелось бы сказать о трансабдоминальном укреплении анастомоза. Мне бы, как практикующему хирургу, было бы интересно узнать из диссертации о каких либо технических аспектах данной методики. Ушивалась ли передняя стенка? Или задняя стенка? Или только «уши» анастомоза? Какими были узлы? П-образные? Отдельные узловые? Может быть в дальнейшем стоит провести какое-либо исследование в этой области? Но в любом случае это несколько не умоляет тех результатов, которые Вы получили. В заключении я хотел бы признать, что Ваша работа соответствует всем требованиям, предъявляемым к кандидатским диссертациям. Спасибо.

Тарасов М.А.: Армен Восканович, большое спасибо за тщательный анализ работы, за потраченное время. По поводу экономической эффективности предикторов - прокальцитонина и С-реактивного белка, несомненно, Вы правы. В настоящее время для получения точных показаний прокальцитонина используется серологический метод. Это метод дорогостоящий, примерно, 1000 рублей на человека. При этом комплексное биохимическое исследование, куда входит С-реактивный белок, стоит 1500 рублей. Стоимость одного лишь С-реактивного белка в данном анализе - 180 рублей на пациента.

Но необходимо отметить, прокальцитонин до выполнения хирургических операций не повышается, в то же время С-реактивный белок, являющийся стандартом биохимического анализа, может быть повышен у пациентов даже с неосложненными формами рака прямой кишки. Поэтому на наш взгляд, использование только С-реактивного белка в монорежиме без прокальцитонина для онкологических пациентов не совсем оправдано, хотя, как Вы правильно отметили его отрицательная прогностическая значимость очень высока. Что касается Вашего замечания по поводу трансабдоминального укрепления анастомоза, Вы абсолютно правы. Наверно стоило бы подробно остановиться именно на методике данной процедуры, каким способом оно производилось. Но дело в том, что зачастую трансабдоминальное укрепление анастомоза в тазу, особенно, если это мужчина с узким тазом, с широкой брыжейкой низводимой кишки, просто технически не возможно. Более того, единой методики трансабдоминального укрепления не было. Если представлялась возможность обшить анастомоз, это, как правило, делалось.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Есть ли еще желающие выступить? Нет. Поступило предложение избрать счетную комиссию. Предлагаю включить в ее состав следующих членов диссертационного совета: Александра Михайловича Кузьмина, Этери Энверовну Болквдзе и Олега Владимировича Головенко. Члены совета единогласно утвердили состав счетной комиссии. Предлагаю счетной комиссии приступить к работе и предоставляю заключительное слово Михаилу Александровичу.

Тарасов М.А.: Глубокоуважаемые члены Ученого Совета! Глубокоуважаемые коллеги! Я выражаю свою благодарность Юрию Анатольевичу Шельгину за предоставленную возможность выполнить данную диссертационную работу в центре, возглавляемым им. Хочу выразить отдельную благодарность руководителю отдела Е.Г. Рыбакову, за неоценимую помощь в написании данной работы, заведующему отделением С.В. Чернышову, а также всем сотрудникам отдела онкопроктологии за сотрудничество при проведении данного исследования. Так же хочу выразить отдельную благодарность руководителю отдела рентгендиагностики Зароднюк И.В. и заведующей лабораторией микробиологии Лягиной И.А. Спасибо всем большое! */во время перерыва для тайного голосования/*

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

Предлагаю обсудить заключение диссертационного совета. Члены совета ознакомились с проектом заключения заранее. Есть у кого дополнения, изменения? Нет.

Таким образом, принимается следующий текст заключения:

Диссертационный совет отмечает, что диссертация Тарасова Михаила Александровича «Факторы риска и ранние предикторы несостоятельности низких колоректальных анастомозов», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, является самостоятельной, законченной, научно-квалификационной работой, в которой содержится решение актуальной задачи современной хирургии – определение факта наличия несостоятельности анастомоза до появления клинических симптомов, что имеет важное научно-практическое значение.

По своей актуальности, методическому уровню, объему исследований, научной новизне и практической значимости полученных результатов диссертационная работа Тарасова М.А. полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней (Постановление Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842)», предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а её автор заслуживает присуждения искомой ученой степени по специальности 14.01.17 - Хирургия.

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

Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, Головенко Олегу Владимировичу.

Головенко О.В., доктор медицинских наук, профессор:

Глубокоуважаемые коллеги! Протокол № 6 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом Д 208.021.01 от 27 октября 2016 года для подсчета голосов при голосовании по диссертации Тарасова Михаила Александровича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 «Хирургия».

Присутствовало на заседании 17 членов Диссертационного совета. Роздано бюллетеней – 17. Оказалось в урне бюллетеней - 17. Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Тарасову Михаилу Александровичу: за - 17, против - нет, недействительных и испорченных бюллетеней - нет.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Предлагаю утвердить протокол счетной комиссии. Кто за то, чтобы утвердить? Прошу голосовать. Кто «против»? Нет. «Воздержался»? Нет.

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

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

Протокол счетной комиссии утверждается единогласно. На основании результатов тайного голосования Тарасову Михаилу Александровичу присуждается ученая степень кандидата медицинских наук. Михаил Александрович, поздравляем Вас с успешной

защитой кандидатской диссертации! На этом повестка дня заседания исчерпана. У кого есть замечания по ведению заседания? Замечаний нет. Благодарю всех за активную работу и внимание. Позвольте завершить работу ученого совета.

Председатель диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор



Ю.А. Шелыгин

Ученый секретарь диссертационного
совета,
кандидат медицинских наук

И.В. Костарев

A handwritten signature in blue ink, likely belonging to I.V. Kostarev, is written below the text.

27 октября 2016 г.