

**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** № 3
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России
по защите диссертации

Ткалич Ольги Владимировны

**«Комплексное лечение хронической анальной трещины с применением
ботулинического токсина типа А»,**

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальностям 3.1.9 «Хирургия» и 3.3.3. «Патологическая физиология»

от 09 июня 2022 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 – 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
Дополнительно введенные члены диссертационного совета			
17.	Чаусова С.В.	доктор медицинских наук	3.3.3
18.	Камкина О.В.	доктор медицинских наук	3.3.3
19.	Пономарева Н.В.	доктор медицинских наук	3.3.3

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

Уважаемые коллеги! У нас представлена в ученый совет диссертационная работа от Ткалич Ольги Владимировны, и должен вам сказать, что она идет у нас по двум специальностям: это «Хирургия» 3.1.9 и соответственно «Патологическая физиология» 3.3.3. И соответственно у нас создается для одноразовой защиты ученый совет, который включает, прежде всего, членов диссертационного совета 21.1.030.01 ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России, и также вводятся, как это положено по Постановлению ВАК, еще 3 члена ученого совета по специальности «Патологическая физиология» 3.3.3. И я хотел бы вам доложить, что у нас всего, таким образом, образовался ученый совет, состоящий из 19 членов нашего базового диссертационного совета плюс 3 введенных члена по специальности «Патологическая физиология» 3.3.3, суммарно 22 человека. И мы предлагаем ввести в качестве наших коллег:

- 1) Чаусова Светлана Витальевна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой общей патологии медико-биологического факультета федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- 2) Камкина Ольга Васильевна, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры физиологии медико-биологического факультета федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- 3) Пономарева Наталия Васильевна, доктор медицинских наук, заведующая лабораторией возрастной физиологии мозга и нейрокибернетики отдела исследований мозга федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр неврологии».

Я хотел бы тогда проголосовать, во-первых, за введение временных членов нашего диссертационного совета. Кто за то, чтобы включить трех наших коллег в разовое заседание, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Таким образом, у нас образовался диссертационный совет для такого рода защиты. Всего 22 члена совета. Присутствует у нас 19. Таким образом, кворум у нас есть. И позвольте тогда стартовать заседание диссертационного совета 21.1.030.01.

Еще раз я хотел бы повторить, что к нам поступила к защите диссертационная работа Ткалич Ольги Владимировны, называется она «Комплексное лечение хронической анальной трещины с применением ботулинического токсина типа А», как я уже упоминал, по двум специальностям «Хирургия» 3.1.9 и «Патологическая физиология» 3.3.3.

Научными руководителями являются:

- Владимир Николаевич Кашников (по специальности «Хирургия» 3.3.3);
- Фоменко Оксана Юрьевна (по специальности «Патологическая физиология» 3.1.9).

Официальными оппонентами назначены: Николай Николаевич Коротких, доктор медицинских наук, доцент кафедры специализированных хирургических дисциплин федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и Порядин Геннадий Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, профессор кафедры патофизиологии и клинической патофизиологии лечебного факультета федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущей организацией назначено государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы».

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

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

Уважаемые коллеги! Соискатель Ткалич Ольга Владимировна родилась 2 сентября 1990 года в городе Твери. В 2007 году окончила Тверскую гимназию № 6. В 2013 году окончила федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Лечебное дело». С 2013 по 2015 гг. проходила клиническую ординатуру по специальности «Хирургия» на базе Тверского государственного медицинского университета Минздрава России. С сентября 2015 года по декабрь 2015 года проходила профессиональную переподготовку по специальности «Колопроктология» в Национальном медицинском исследовательском центре колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. С сентября 2016 года по 31 августа 2019 года проходила обучение в аспирантуре по специальности «Хирургия» на базе

отдела общей и реконструктивной колопроктологии федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации. А с 2020 года по настоящее время работает в должности врача-колопроктолога консультативной поликлиники федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

За время прохождения аспирантуры соискатель подготовила диссертацию на тему: «Комплексное лечение хронической анальной трещины с применением ботулинического токсина типа А».

При проверке в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составила 79 %.

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

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: Имеются ли вопросы к Евгению Сергеевичу по представленным документам или по биографическим данным соискателя? Если, нет, спасибо.

Пожалуйста, я хотел бы предоставить 20 минут Ольге Владимировне с тем, чтобы доложить основные результаты проведенного исследования. Пожалуйста.

Ткалич О.В. в течение 12 минут изложила основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин поблагодарил диссертанта за доклад и предложил членам диссертационного совета 21.1.030.01 задавать вопросы по материалам диссертации.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор: Уважаемая Ольга Владимировна! Скажите, пожалуйста, при разработке дизайна исследования почему были выбраны точки для введения токсина на 9 и 3 часах, хотя мы знаем, что наиболее типичными локализациями для трещины являются передняя и задняя, не логичнее ли было вводить на 12 и на 6 часах ботулинический токсин? Тем более что, когда Вы модифицировали свою методику, Вы изменили способ введения токсина, разделив его на 4 точки. Чем Вы руководствовались?

Ответ: Глубокоуважаемый Сергей Иванович! Спасибо большое за вопрос. По литературным мировым данным согласно метаанализам ни количество точек, ни количество единиц ботулинического токсина не влияет ни на эффективность лечения, ни на развитие осложнений в послеоперационном периоде. В связи с этим мы выбрали

изначально минимально возможную дозировку ботулинического токсина и приняли решение о том, что удобнее будет вводить на 3 и 9 часах при том, что наиболее распространенные локализации для трещины это задняя и передняя.

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

Позвольте, я тогда немного расширю вопрос. А если мы говорим о спазме внутреннего сфинктера, все-таки спазм что локализовался только в области локализации расположения трещины или он был все-таки циркулярный? И выбирались такие пропорции. Это очень важный такой момент, я прошу это еще раз тогда уточнить. Пожалуйста.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Мы все-таки предполагаем, что спазм внутреннего сфинктера это циркулярно.

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

Почему предполагаете? Что значит предполагаете? У Вас есть данные. Вы скажите, предполагаете или действительно вовлечены циркулярно, и происходит спазм фактически по всей окружности сфинктера?

Ответ: Спазм происходит практически по всей окружности у основного количества пациентов.

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

Но здесь Вы знаете, тогда, может быть, Вы неточно уразумели мой вопрос. Это хорошо известно, что может вовлекаться не полностью вся мышечная масса, я имею в виду, внутреннего сфинктера, а известно, что иногда бывает просто какой-то небольшой участок, но только циркулярно, насколько я владею этим вопросом. И тут такой это очень сложный вопрос именно при обсуждении эффективности боковой подкожной сфинктеротомии, что можно, во-первых, недорезать то, что там не спазмировано, и тогда может быть рецидив и не достичь эффекта, или наоборот слишком большую порцию разрезать. Собственно смысл Вашего исследования, и Вы уже доложили это. Поэтому здесь крайне важный такой момент, что все-таки циркулярно происходит вовлечение каких-то порций внутреннего сфинктера, иногда и тотальное. И сказал такую преамбулу, чтобы мы понимали друг друга. И тогда вопрос мой: имеются ли у Вас сведения, у какого числа больных, включенных в это исследование, было вовлечение, предположим, всего сфинктера или каких-то отдельных частей сфинктера? Я имею в виду именно по протяженности.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Таких данных у нас нет, мы их не оценивали.

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

Понятно.

Ответ: Позвольте, я продолжу отвечать на вопрос Сергея Ивановича, почему мы увеличили количество точек введения препарата. В связи с тем, что отсутствует объективный контроль за введением ботулинического токсина типа А в моем исследовании, соответственно мы предполагаем, чтобы исключить возможную неточность введения увеличением количества точек.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Я не совсем понял. Еще раз ответьте. Я не совсем уловил Ваш ответ.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! В связи с тем, что отсутствует объективный контроль за введением ботулинического токсина типа А помимо под контролем пальца во внутренний анальный сфинктер, мы решили диверсифицировать риски и, таким образом, сгладить возможную неточность попадания введения препарата во внутренний анальный сфинктер.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Но не была ли другая еще цель – увеличив количество точек введения, Вы считаете, что это более равномерно будет вовлекать все травмированные части?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Естественно это еще одна из причин.

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

Рыбаков Е.Г., д.м.н., профессор РАН: У меня также вопрос по поводу техники самой манипуляции, хотя я отчасти уже услышал ответ. Вы как вводили – подслизисто или точнее субдермально (там анодерма, там не слизистая) или в межсфинктерное пространство (пространство между внутренним сфинктером и наружным сфинктером? Это первый вопрос. Уточните просто саму технику введения туда.

И второй вопрос: не было ли у Вас осложнений, связанных собственно с самим введением?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Геннадиевич! Спасибо большое за вопросы.

Мы непосредственно вводили ботулинический токсин во внутренний анальный сфинктер, не в сфинктерную борозду, не подслизисто, а непосредственно старались попасть в мышцу. Из осложнений введения ботулотоксина единственное, которое мы можем отметить – это тромбоз наружных геморроидальных узлов у некоторых пациентов в послеоперационном раннем периоде.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Как часто возникал тромбоз?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! В основной группе у 7 пациентов из 28.

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

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! В контрольной группе не было выявлено тромбозов.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Это было в группе, где вводилось по 10 ЕД или по 5 ЕД?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Да, мы говорим про 10 ЕД.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
А в группе, где вводилось 40 ЕД, то есть уже, получается, увеличивается количество, а там наблюдались острые тромбозы или нет?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Да, конечно, наблюдались, но статистической разницы в группах выявлено не было.

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

Ответ: 3 пациента.

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

Костарев И.В., д.м.н.: Уважаемая Ольга Владимировна! У меня несколько вопросов.

Первый из них: в работе С.Л. Багдасаряна, упомянутой Вами, ни в одном случае не было отмечено анальной инконтиненции, в Вашей работе у ряда пациентов даже в отдаленном периоде сохраняются симптомы анальной инконтиненции. С чем это связано, на Ваш взгляд? Возможно, он, может быть, не до конца оценивал, может быть, не давал соответствующие шкалы этим пациентам? Или же все-таки техника как-то отличалась? Это первый вопрос.

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! Спасибо большое за вопрос. Нет, от техники пневмодивульсии анального сфинктера мы не отходили. Возможно, это связано с недостаточным...

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Давайте тогда облегчим, я немного расширю вопрос. Какие методики (я, например, не помню) определения функции сфинктера, в какие сроки выполнялись в работе С.Л. Багдасаряна? Сроки, и каким методом исследовалась функция анального сфинктера.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Пневмодивульсия анального сфинктера по методике, предложенной С.Л. Багдасаряном, выполнялась в течение 7 минут после введения.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Нет, Вы меня не слышите. В какие сроки выполнялось исследование и какими методами изучения функциональных результатов в работе у С.Л. Багдасаряна? Мы даже сейчас не про технику говорим, потому что это же тоже часть вопроса. Он не фиксировал недостаточность ни в одном наблюдении, как это звучит в его работе, насколько мы помним. Тогда каким образом он изучал функцию сфинктера? Это чем делалось – это делалось методом профилометрии, это шкала Wexner?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Методом профилометрии и шкала Wexner, да, те же самые исследования.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
То есть в принципе, и более того, насколько я помню, всё проводилось в тех же условиях в той же лаборатории?

Ответ: Да, всё верно.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Конечно, тут вопрос-то есть, между прочим.

Костарев И.В., д.м.н.: Единственное, насколько я из презентации понял, Ваши анкеты заполнялись ежедневно пациентами на протяжении всего периода оценки?

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! Естественно, потому что пациенты ежедневно отмечали.

Костарев И.В., д.м.н.: Потому что насколько помню, С.Л. Багдасарян заполнял только фиксировано в какие-то сроки.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
В какие-то сроки определенные.

Костарев И.В., д.м.н.: Может быть, это могло повлиять в том числе.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Тогда давайте еще раз. Извините, что я вмешиваюсь, но мне хотелось бы полноценно получить ответ. В таком случае все-таки, если мы говорим об этих Ваших результатах, ведь Вы же ориентировались не только на анкеты, Вы же ориентировались в основном оценивали степень недостаточности анального жома и вообще существование как факт на основании профилометрии, скорее всего? Еще раз напомните нам, в какие сроки Вы выполняли профилометрию после операции.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Профилометрия выполнялась на 7-е и 60-е сутки после операции. Но в основном мы ориентировались на клинические проявления недостаточности анального сфинктера по жалобам у пациентов.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Тогда дайте нам отдельные данные что по данным профилометрии в таком случае на 60-й день, в частности? У какого числа больных при профилометрии, какая частота была зафиксирована недостаточности анального сфинктера в той и в другой группе, то есть в группе, где вводился ботулотоксин, и соответственно в группе, в которой выполнялась пневмодивульсия?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Степень недостаточности по профилометрии у нас не выставляется, мы можем только оценить у какого количества пациентов было снижено давление на 60-е сутки.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Пожалуйста, скажите, какое число больных? Если у Вас есть слайды, пожалуйста, покажите.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Здесь имеется слайд по максимальному и среднему давлению (слайд № 13) в анальном канале в состоянии покоя, то есть это касательно внутреннего сфинктера. Соответственно в группе пневмодивульсии снижено у 50 % на 60-е сутки, в группе ботулотоксина 10 ЕД – у 39 %.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Это на какой день?

Ответ: На 60-е сутки. И в контрольной группе № 2 (это ботулотоксин в дозировке 40 ЕД) – у 64 % снижено (слайд № 30). И уровень давления в анальном канале при волевом сокращении, по которому мы оцениваем функцию наружного сфинктера, соответственно снижен на 60-е сутки после пневмодивульсии у 8 %, у основной группы (ботулотоксин 10 ЕД) снижен на 18 % (слайд № 14), и снижение у 29 % пациентов в группе с 40 ЕД ботулотоксина (слайд № 31).

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Понятно. То есть особых различий тогда, получается, по данным нет?

Ответ: Статистически значимых различий выявлено не было, да.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Это тоже, я считаю, очень важно отметить, потому что одно дело, когда мы оцениваем, при всем уважении к таблице, которую мы используем в системе Wehner, и другое дело – есть объективные данные. И тут мы видим, что особых-то различий нет, да?

Ответ: Мы не видим, статистически значимых различий между группами выявлено не было.
Костарев И.В., д.м.н.: Еще второй вопрос, если можно. Второй вопрос как раз посвящен снижению давления волевого сокращения. На Ваш взгляд, с чем оно связано, учитывая, что

препарат вводится во внутренний сфинктер, в контрольной группе № 2 особенно и в основной группе?

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! Мы это связываем именно с возможной неточностью введения и отсутствием объективного контроля за введением препарата.

Костарев И.В., д.м.н.: То есть, на Ваш взгляд, у части пациентов часть препарата может попадать в наружный сфинктер?

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! Могла, да, в связи с неточностью.

Камкина О.В., д.м.н., доцент: Спасибо. У меня вопрос касается препарата. Ольга Владимировна, скажите, пожалуйста, как Вы выбирали дозу вводимого Вами препарата? Была ли это стандартная доза, либо она определялась какими-то факторами?

Ответ: Глубокоуважаемая Ольга Васильевна! Спасибо большое за вопрос. Я частично на него уже отвечала. Изначально дозировка в 10 ЕД нейротоксина была выбрана в связи с тем, что по литературным данным количество единиц не влияет на лечение, и мы взяли минимально возможную дозировку ботулотоксина. Дозировка в 40 ЕД в дальнейшем была выбрана как срединная доза от 10 до 100 ЕД – мы выбрали 40. Четких рекомендаций по введению ботулотоксина во внутренний анальный сфинктер для ликвидации спазма его не существует. Пока единой методики не выработано.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: Тогда я прошу прощения, все-таки я должен уточнить, раз мы это сейчас обсуждаем, и Ольга Васильевна нам такой вопрос озвучила, всё ж таки в таком случае, если Вы говорите о том, что литературные данные не выявили каких-то существенных различий и зависимости результатов лечения от вводимой дозы, а Вы-то выявили эти различия? Тогда еще раз озвучьте, чтобы у нас не возникало вопросов на этот предмет. То есть это оправдано или не оправдано, или можно сказать – хотите, вводите 10, хотите – 20, хотите – 40, хотите – 100 ЕД? И вы тогда еще усильте и акцентируйте внимание – из-за чего Вы вдруг решили увеличить до 40 ЕД?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Позвольте вернуться к слайду «Частота эпителизации послеоперационной раны на 60 сутки» (слайд № 35). И при введении ботулотоксина 40 ЕД действия нам удалось добиться заживления послеоперационной раны в 100 % случаев и получить статистическую значимость между группами. Но, к сожалению, это исследование не было рандомизированным, это было исследование «случай – контроль», и это требует дальнейшего изучения.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
То есть все-таки предварительно мы можем сказать, я могу так, поправьте, если же я не прав, что ж все-таки эта доза оказалась, и результаты явно зависят?

Ответ: Да, предварительно, конечно.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
То есть опять же я тогда еще раз уточню, чтобы мы все понимали правильно, в этой группе, где увеличена доза до 40 ЕД, сохранялся ли спазм сфинктера в послеоперационном периоде или нет, что наблюдалось при введении дозы 10 ЕД?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! На 60-е сутки...

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Нет, мы берем в целом, Вы берете 60-е сутки, но в целом скажите по этим контрольным точкам, у Вас же было на какой день, напомним еще раз – на 60-й и 30-й?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! На 60-й и 30-й это в рандомизированном исследовании и только на 60-й день в исследовании «случай – контроль». Конечно, у некоторых пациентов сохранялся спазм внутреннего сфинктера на 60-е сутки, но на эффективность лечения он не повлиял – у всех пациентов произошла эпителизация послеоперационной раны.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Тогда следующий вопрос: все-таки спазм сфинктера имеет какое-то значение в патогенезе хронической анальной трещины или нет?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! В патогенезе хронической анальной трещины спазм внутреннего сфинктера, несомненно, имеет значение и по результатам рандомизированного исследования влияет на риск развития рецидивов заболевания. Отдаленные результаты лечения в исследовании «случай – контроль» нами прослежены не были.

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

Горский В.А., д.м.н., профессор: Уважаемая Ольга Владимировна! Не сочтите этот вопрос провокационным, но мне очень важен ответ: как Вам удалось преодолеть невозможность, неразрешенность введения данного препарата в человеческое тело кроме косметологии, в том числе и в проктологии? Разрешения на введение ботулотоксина, кроме как в косметологии, не существует у нас в нашей стране.

Ответ: Глубокоуважаемый Виктор Александрович! Спасибо большое за вопрос! Этот препарат действительно сейчас off-label в колопроктологии.

Горский В.А., д.м.н., профессор: Не только.

Ответ: Не только в колопроктологии, конечно. Мы связывались с неврологами, которые проводят лечение своих заболеваний. И, таким образом, они приезжали к нам сюда, объясняли механизм действия, каким образом и как мы можем его вводить. Собственно пока только таким образом.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: Я должен дополнить тогда. Извините, я дополню Вам тогда этот ответ. Во-первых, в рамках исследования этический комитет и ученый совет имеет право проводить любые исследования. Это вопрос первый. Но есть еще один выход из данной ситуации: мы имеем право, как врачи, если мы считаем, консилиум, который проводится, что это показано, то это узаконено, и никто это опровергнуть и запретить не имеет права.

Горский В.А., д.м.н., профессор: Я почему задаю этот вопрос? У нас этот вопрос всё время встает во время лечения.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: Решение юридическое следующее. В рамках исследования мы можем исследовать, если этический комитет и ученый совет утвердил, мы можем проводить любые исследования, если это не противоречит гуманизму. А второе – мы можем применять и в клинической практике, если проведен консилиум и назначил, что данному больному показано применение данного типа лечения.

Пожалуйста.

Пономарева Н.В., д.м.н.: Спасибо большое, Ольга Владимировна, очень интересная работа! Не могли бы Вы поподробнее рассказать о влиянии фактора возраста соответственно на осложнения, течение заболевания, результатов Вашего лечения? И также влияние соответственно различий по полу? Как я поняла, Вы не прослеживали возможность рецидивов, но, может быть, Вы несколько слов скажете на эту тему тоже. Спасибо.

Ответ: Глубокоуважаемая Наталия Васильевна! Спасибо большое за Ваш вопрос. По нашим данным возраст не влияет ни на эффективность лечения, ни на развитие осложнений в послеоперационном периоде. Рецидивы заболевания также мы не связали с возрастом и по полу в том числе.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: А все-таки я хотел еще раз услышать этот ответ. Это определение, положим, каких-то нарушений функций держания при введении этого препарата ботулотоксина – это Вы расцениваете как осложнение или просто неизбежность последствия проводимого лечения? Как мы понимаем, что, положим, мы берем, есть рана, есть сроки заживления раны, чего

мы ожидаем от введения препарата? Наверно, развития как раз нарушения функции и обездвиживания внутреннего сфинктера, то есть вызвать паралич, по сути дела. И тогда это осложнение или достижимый эффект? И тогда в какие сроки мы это как должны называть все-таки – это как явление, которое мы всё добивались или опять же это осложнение? В какие сроки тогда это допустимо, с Вашей точки зрения, учитывая Ваш опыт?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Спасибо большое за вопрос. В рамках нашей работы мы рассматривали это все-таки как осложнение лечения. Через год после оперативного вмешательства...

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: Подождите. Осложнение лечения это как? А у Вас был хотя бы один человек, у которого не возникло вот этого явления паралича? Я имею в виду при введении ботулотоксина. Тогда как это может работать? Вы для чего вводите, спрашивается? Цель введения препарата какая?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Цель введения препарата – ликвидация спазма сфинктера и соответственно, Вы правы, паралич. Но не во всех случаях – нам удалось добиться стойкой ликвидации спазма внутреннего сфинктера.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: Для этого Вы работаете, наверно, изменяете дозу, наверно, для этого Вы подбираете?

Ответ: Да, конечно.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: Потому что на сегодняшний день этого нет, и в принципе ведь работа не завершена. Еще раз говорю, что это только один из этапов.

Ответ: Да.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: Так все-таки Вы как оценивали это в диссертационной работе как осложнение или как неизбежное, и Вы смотрели лишь, как долго этот продолжается эффект? Потому что я почему еще задаю такие вопросы? Например, у нас очень многие операции, мы возьмем блестящую операцию трансанальную микрохирургию, когда вводится в прямую кишку ректоскоп диаметром 4 см, и там, конечно же, мы можем говорить, что, если произошла такая дивульсия, там непременно будет нарушение, мы ожидаем и мы предупреждаем больных, что будет нарушена, наверно, какое-то время функция. Но она же в конечном итоге восстанавливается, насколько я понимаю. И я хотел бы тогда вот этот тоже аспект подчеркнуть. Я могу спросить тогда у присутствующих здесь – это не считается как осложнение, когда временно, транзиторно возникает нарушение функции, потому что это

неизбежность для достижения цели. У нас какая цель основная – чтобы зажила трещина, исчезли боли. Так же?

Ответ: Естественно.

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

Попробуйте мне все-таки тогда еще раз ответить на вопрос.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Отвечаю Вам на вопрос. Прежде чем начать исследование, мы предполагали, что медикаментозная релаксация внутреннего сфинктера и возможна ликвидация спазма без нарушения функции держания в связи с тем, что отсутствует необратимое повреждение запирающего аппарата прямой кишки. Плюс, еще раз повторюсь, что у нас отсутствовал объективный контроль за точностью введения и, возможно, ботулотоксин попал в наружный сфинктер, и с этим связана транзиторная анальная инконтиненция. Предполагаю, что если вводить ботулинический токсин, например, под контролем УЗИ или какими-то объективными методами обследования, этого осложнения возможно избежать, но это требует дальнейшего изучения.

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

Но я бы все-таки слово «осложнение» в данном случае избегал, потому что еще раз говорю, что это последствие лечения, никак от этого совсем не избавиться. Но если Вы не вызываете нарушение сократительной способности или снижение тонуса, то Вы никак не достигнете того эффекта, который требуется, это неременное условие. Вы же пишете, какая самая распространенная операция – боковая подкожная сфинктеротомия. Сфинктер рассекается, три четверти его. Для чего, чтобы снять что? Спазм.

Ответ: Спазм внутреннего сфинктера.

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

Вот и всё. А это же Вы хотите снять спазм и нарушить в принципе функцию неадекватную за счет того, что Вы пытаетесь расслабить с помощью медикамента, но надеетесь, что это не повлечет каких-то рубцовых изменений, что происходят после боковой подкожной и всё остальное. Извините, что я так эмоционально, но давайте мы это всё уточним и проясним эти позиции.

Пожалуйста, еще вопросы.

Пономаренко А.А., д.м.н.: Ольга Владимировна, я хотел бы задать вопрос. У Вас есть основная группа 10 ЕД и контрольная 40 ЕД. Скажите, пожалуйста, с точки зрения проведенной работы, может быть, с учетом того опыта, который Вы получили, есть ли группа пациентов, которым Вы бы рекомендовали 10 ЕД, а кому – 40 ЕД? Или бы Вы перешли сейчас с учетом Ваших результатов только на 40 ЕД?

Ответ: Глубокоуважаемый Алексей Алексеевич! Спасибо большое за вопрос. Мы считаем, что у пациентов с неотягощенным анамнезом целесообразно использование дозировки ботулотоксина в 40 ЕД, в то время как у пациентов с многократными или отягощенными родами в анамнезе целесообразно использовать 10 ЕД в связи с тем, что риск развития транзиторной анальной инконтиненции будет ниже.

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

Но я бы не горячился, все-таки опять же мы должны с Вами провести следующее исследование. Потому что просто сейчас так мы ни на что не опираемся, мы не анализировали этих данных, это Ваша гипотеза. Но на сегодняшний день все-таки мы же увеличивали эту дозу, и то, что мы получили, с моей точки зрения, 100%-ную эпителизацию – это говорит о том, что, значит, мы достигли, и у нас тоже ведь этот показатель точка для изучения эпителизация раны после иссечения трещины.

Костарев И.В., д.м.н.: У Вас эпителизация раны – 100 %. Скажите, пожалуйста, Вы в основной группе, где использовали 10 ЕД, у Вас у части больных рана не зажила, потом были выявлены половые инфекции, и соответственно было проведено специфическое лечение, и Вы добились заживления. При этом в группе, где применялось 40 ЕД, как оказалось, заживление 100 %. Это удача такая, то есть у этих 28 пациентов не было половых инфекций? Или все-таки Вы считаете, что здесь сыграла роль такая максимальная ликвидация спазма сфинктера?

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! Спасибо большое за вопрос. Мы не проводили посев из анального канала у пациентов, у которых произошла полная эпителизация дефекта анодермы. Поэтому сказать, у кого из них были раневые инфекции или не были, не представляется возможным. Плюс исследование было нерандомизированным и требует дальнейшего изучения.

Костарев И.В., д.м.н.: Но вопрос-то в следующем: в группе, где применялось 10 ЕД, все-таки это точно было связано с инфекциями или это неликвидированный спазм?

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! Это было связано с инфекциями, специфическими раневыми инфекциями.

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

И у меня вопрос здесь, добавление: у какого числа больных с раневыми инфекциями сохранялся спазм сфинктера?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! У двоих пациентов с раневыми инфекциями сохранялся спазм сфинктера в основной группе.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
И на фоне проведенного антибактериального лечения?

Ответ: И на фоне проведенной антибиотикотерапии с учетом чувствительности к антибиотикам нам удалось добиться стойкой эпителизации дефекта анодермы.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Понятно, но опять эта гипотеза Ивана Васильевича мне кажется тоже очень привлекательной – раз эпителизовалось, трудно сказать, что не было инфекции у той группы, у которой использовали 40 ЕД. Но раз хорошо, достаточно эффективно расслабили, наверно, это и привело к такому 100%-ному заживлению. То есть такие сочетания разных причин. И из Вашего ответа это следует.

Пожалуйста, еще вопросы.

Рыбаков Е.Г., д.м.н., профессор РАН: Медицина – наука все-таки практическая, хотя у Вас интересная научная работа. Я просто для себя хотел бы уяснить, результаты, там последний слайд (слайд № 30), который был, очень похожие – где-то между 10 и 40 ЕД находится пневмодивульсия. Практический вопрос, я для себя, прежде всего, хотел бы это выяснить: больной не какой-то абстрактный, а близкий Вам человек с анальной трещиной, какой вариант?

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

Рыбаков Е.Г., д.м.н., профессор РАН: Провокационный, я согласен, но я больше для себя, мало ли у меня вдруг случится – что использовать: 10 ЕД ботулотоксина, 40 ЕД ботулотоксина, дивульсия, а, может быть, вообще ничего не делать?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Геннадиевич! В качестве терапии первой линии я все-таки считаю, что предпочтительнее использовать ботулинический токсин в дозировке 40 ЕД.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Хорошо. Есть ли еще вопросы? Думаю, что мы достаточно бурно это всё обсуждали, но действительно проблема крайне интересная. Тем более, что у нас были, надо сказать, многочисленные дискуссии, они так и остаются, еще есть что изучать – бесконечный процесс.

Тогда у меня просьба предоставить слово, тут целых два руководителя – Владимир Николаевич, несколько слов Вы, а потом уже Оксана Юрьевна. Пожалуйста. У нас основная все-таки специальность хирургия, мы поэтому не по половому признаку подходим, а по тому, чего больше здесь.

Кашников В.Н., д.м.н., доцент: Надо сказать, Ольга Владимировна получила свое базовое образование в Тверской медицинской академии. И когда молодая женщина выбирает своей жизненной целью хирургию, на мой взгляд, это уже вызывает уважение. И по окончании ординатуры там же в Твери она приехала на переподготовку в наш Центр. И на мой взгляд, для нее это было таким, наверно, важным событием, поскольку переподготовка, я напомним, занимает всего 4 месяца, но за эти 4 месяца она проявила себя как перспективный, наверно, крайне перспективный молодой колоректальный хирург, интересующийся научной составляющей. И тогда же она за этот короткий промежуток времени 4 месяца выбрала научную тематику, посвященную лечению хронических анальных трещин, изучила современные методы набора материала, его анализа, обработки, что сподвигло ее прийти к нам в аспирантуру. И вот эти все 3 года аспирантуры, конечно же, она посвятила большой святой науке – написанию диссертационной работы. Но при этом она выросла уже, можно сказать, в состоявшегося большого колоректального хирурга. И это позволило ей прийти к нам на работу, поскольку не секрет, что у нашей администрации, на мой взгляд, такие серьезные требования к работникам этой клиники: они должны быть не только прекрасными клиницистами, но и перспективными большими учеными.

И надо сказать, что она последний год – полтора работает у нас в поликлиническом отделении, это крайне важное место работы, это лицо Института, это как вешалка в театре, наверно. И вот там она зарекомендовала себя прекрасным доктором, пользующимся уважением как пациентов, так и коллег. И при этом, надо сказать, что уже после окончания аспирантуры, а она достаточно требовательный человек и всё это время посвятила шлифовке этой диссертационной работы, которую она сегодня представляет на ваш суд.

И я так характеризую: на мой взгляд, молодой, прекрасный ученый и хирург.

Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин: Спасибо. Но мы понимаем, конечно, что большой вклад в этом исследовании представляют результаты патофизиологического изучения функций сфинктера, поэтому, Оксана Юрьевна, пожалуйста.

Фоменко О.Ю., д.м.н.: Спасибо, Юрий Анатольевич. Простите, если я также буду говорить эмоционально, но это с гендерным признаком связано.

Владимир Николаевич очень хорошо представил личностные характеристики диссертантки. Но мне хотелось бы телеграфным текстом буквально добавить несколько этапов.

Прежде всего, сколько я знакома с Ольгой Владимировной, меня поражает ее желание заниматься и искать патогенез проблемы (это первое); второе – это стойкость, с которой она пытается решить эту проблему. Столько вопросов, сколько ей задавали на сегодняшней защите, наверно, задают только на докторской диссертации. И поэтому это, на мой взгляд, вызывает большое уважение, учитывая, что диссертант действительно долго работал над своими вопросами в этом исследовании.

Мне хотелось бы сказать, что Ольга Владимировна, работая сейчас в нашем поликлиническом отделении, мы постоянно контактируем, и каждому пациенту постоянно следует, если есть какие-то непонятные вопросы, звонок: «Что вы думаете с точки зрения каких-то функциональных результатов?». Для меня это особенно ценно, потому что на сегодняшний день мне хотелось бы для наших коллег еще раз подчеркнуть, что функциональные методы исследования в колопроктологии позволяют сделать работу, казалось бы, хирургическую столь интересной и столь вызывающей жаркие дискуссии, которые, наверно, сложно было бы представить.

Мне не терпелось сказать, когда говорил многоуважаемый Юрий Анатольевич, что, наверно, когда начинали работу, Ольга Владимировна абсолютно права, рассчитывали, что введение ботулотоксина оно не приведет к недостаточности анального сфинктера, а просто снимет спазм, именно циркулярный спазм, потому что показатели и среднего, и максимального давления у всех наших пациентов были повышены. Но когда это приводило к определенным явлениям (к недержанию кишечного содержимого), то именно по окончании этой работы, наверно, можно сказать, это как какая-то ступень, которая пройдена, что, наверно, это, да, действительно та транзиторная недостаточность, которую мы можем ожидать, и это является определенным последствием этого лечения. Но без этой работы, без ее начала, без начальных этих точек сказать было бы сложно.

И то, что многое применяется в данном случае off-label, вызывает определенную сложность работы, но, с другой стороны, это, с моей точки зрения, глубокое уважение к диссертантке в связи с тем, что она смогла начать то действие, которое будут продолжать другие специалисты.

Спасибо за внимание.

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

Спасибо, Оксана Юрьевна.

Я хотел бы попросить Евгения Сергеевича представить нам документы, которые поступили в ученый совет. Пожалуйста.

Ученый секретарь диссертационного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: Уважаемые коллеги! Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отдела общей колопроктологии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих 19 октября 2021 г.

На заседании диссертационного совета 10 марта 2022 г. (протокол № 1) избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук, Благодарного Л.А., профессора РАН Рыбакова Е.Г. и доктора медицинских наук Фролова С.А.

Диссертация принята к защите на заседании диссертационного совета от 08 апреля 2022 г. (протокол № 3). 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.

Были получены отзывы официальных оппонентов доктора медицинских наук Коротких Николая Николаевича и доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАН Порядина Геннадия Васильевича. Они в целом положительные и будут озвучены чуть ниже.

Получен отзыв ведущей организации – Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», подписанный доктором медицинских наук Климашевичем Александром Владимировичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

Также получено два отзыва 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 положительный;

- из федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации подписанный доцентом кафедры общей патологии медико-биологического факультета, заведующей учебной частью, кандидатом медицинских наук Усановой Еленой Алексеевной, он также положительный и критических и принципиальных замечаний не содержит.

Других отзывов на автореферат и диссертацию не поступало.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Спасибо, Евгений Сергеевич. Есть ли к Евгению Сергеевичу вопросы? (Нет). Поскольку замечаний нет, то позвольте предоставить слово официальному оппоненту Николаю Николаевичу Коротких. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Николай Николаевич, у Вас очень правильно организовано в коллективе среди женщин питание. Потому что, как мы видим, трещины чаще встречаются всё ж таки у женщин, поэтому в Вашей областной больнице всё нормально в этом плане.

Спасибо. Пожалуйста, Ольга Владимировна.

Ткалич О.В.: Глубокоуважаемый Николай Николаевич! Спасибо большое за проведенную работу и столь положительный отзыв на исследование. Действительно, как Вы отметили, еще многие вопросы предстоит только решить. И диссертация, скорее, не столько на них ответила, сколько подняла новые вопросы, что требует дальнейшего изучения. Спасибо большое!

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Спасибо. Поскольку член-корреспондент Российской академии наук Геннадий Васильевич Порядин по уважительной причине не может присутствовать при защите, то мы, согласно правилам, попросим Евгения Сергеевича зачитать отзыв, который подписан Геннадием Васильевичем в качестве официального оппонента. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

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

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

Титов А.Ю., д.м.н.: Сегодня проявляю некоторую активность в связи с тем, что две диссертантки, наверно, так будет уместно сказать, и все-таки эти работы выполнялись в нашем отделении, мне они хорошо знакомы и достаточно знакомы их работы.

Чем меня, конечно, подкупает работа Ольги Владимировны? Конечно, протекало всё не так гладко, как должно быть, казалось бы, у аспиранта. И в этом, конечно, я хочу сказать, заслуга Юрия Анатольевича, который проявлял к этому достаточно бдительное рвение, и куратора этой работы Жаркова Евгения Евгеньевича, которые очень смотрели за исполнением этой работы и за теми результатами, которые получаются. Ведь первая группа больных не просто так возникла. Результаты объективно оценили и поняли, что не хватает

мощи у этой методики, и по сравнению с контрольной группой не очень хорошие результаты. Тогда было решение усилить эту методику введением уже 40 ЕД. И это было очень правильным решением, поскольку методика реально заработала, и она реально стала применяться в практическом отношении в нашем отделении и применяется до сих пор. И это очень важный такой аспект диссертационной работы, именно поисковой работы, и заслуга этих авторов в том, что они достигли желаемого результата, и результат очень неплох.

Касаясь пневмодивульсии, конечно, следует отметить, чем она еще хороша, что действительно подняли вопрос о том, что пневмодивульсия это методика достаточно жесткая. И жесткость этой методики связана с тем, что она требует достаточно узких показаний. Если у пациента имеются выраженные рубцовые изменения в области трещины в виде неполного свища – эту методику применять нельзя, потому что происходит разрыв этой зоны. Если это пациенты пожилого возраста, то также у них применять нельзя, потому что изначально имеется наличие гипотонуса у этих пациентов. И плюс, конечно, что очень важно, что у пациенток, у которых имеются затяжные роды с длительным стоянием плода в малом тазу, с наличием нейропатии срамного нерва – также эту методику применять нельзя, поскольку она ведет к достаточно стойкой слабости анального сфинктера. И это, кстати, признали авторы этой методики пневмодивульсии.

Поэтому в целом эта работа имеет важное практическое значение, что она показывает неоднозначность применения как первой, так и второй методики и правильное методологическое соблюдение всех этапов воздействия на анальный сфинктер. Конечно, следует сказать, что автор в этой связи проявила стойкость и завидную настойчивость, довела это дело до конца, что, конечно, заслуживает уважения.

И я, несомненно, поддерживаю эту работу как кандидатскую диссертацию, которая практически все условия написания кандидатских диссертаций она имеет.

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

Ткалич О.В.: Спасибо большое, Александр Юрьевич, за высокую оценку работы. Особенно приятно, постольку, поскольку всё это проходило на базе Вашего отдела общей и реконструктивной колопроктологии непосредственно под Вашим вниманием пристальным. Будем дальше развиваться.

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

Тогда мы предоставим заключительное слово Ольге Владимировне. Пожалуйста.

Ткалич О.В.: Хотелось бы выразить благодарность в первую очередь научному руководителю Центра, академику РАН, профессору, доктору медицинских наук Шельгину Юрию Анатольевичу за возможность прохождения аспирантуры и выполнения научной работы на базе Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих.

Хотелось бы, конечно, отдельно поблагодарить своих научных руководителей Кашникова Владимира Николаевича и Фоменко Оксану Юрьевну за необходимую поддержку, за пристальное внимание во время проведения исследования.

Также отдельная благодарность и глубокая признательность руководителю отдела общей и реконструктивной колопроктологии Титову Александру Юрьевичу за неоценимые советы, за возможность проведения на базе именно Вашего отделения данной работы.

Глубокую признательность хотелось бы выразить Жаркову Евгению Евгеньевичу, который непосредственно помогал и консультировал по многим вопросам в написании, организации и проведении этой работы.

И отдельно хотелось бы поблагодарить заведующую консультативной поликлиники, на базе которой я сейчас тружусь, за ее советы, помощь и содействие в написании.

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

Пожалуйста, давайте мы сейчас выберем счетную комиссию. Комиссия предлагается в следующем составе: Виктор Владимирович Веселов, Иван Васильевич Костарев и Станислав Викторович Чернышов. Кто за данный состав комиссии, прошу проголосовать. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Прошу счетную комиссию приступить к работе.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Виктор Владимирович, пожалуйста, результаты работы счетной комиссии.

Веселов В.В., д.м.н., профессор: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, глубокоуважаемые коллеги! Я сейчас зачитаю протокол № 3 заседания счетной комиссии от сегодняшнего числа, избранной в составе: В.В. Веселов, С.В. Чернышов и И.В. Костарев. Она была избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Ткалич Ольги Владимировны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по двум специальностям 3.1.9 – Хирургия и 3.3.3. – Патологическая физиология

Присутствовало на заседании 19 членов диссертационного совета, по профилю рассматриваемой диссертации докторов наук – 8. Было роздано 19 бюллетеней. Осталось не розданных – 3. В урне оказалось 16 бюллетеней.

Результаты голосования по вопросу возбуждения ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям «Хирургия» и «Патологическая физиология»: «за» - 19, против – нет, недействительных бюллетеней также нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Коллеги, я хотел бы попросить проголосовать и утвердить или 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:
Пожалуйста, тогда, Виктор Владимирович, может быть, сразу мы обсудим в таком случае проект заключения? Есть ли вопросы и дополнения к розданному членам ученого совета проекту заключения? Мы его принимаем в целом или есть какие-то окончания?

(Обсуждение проекта заключения)

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин:
Тогда позвольте зачитать заключительную часть нашего проекта заключения по работе Ольги Владимировны Ткалич «Комплексное лечение хронической анальной трещины с применением ботулинического токсина типа А». Предъявляемая к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем хирургии, является самостоятельным и законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные автором исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение функциональных результатов по поводу лечения хронической анальной трещины.

Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидат наук согласно п. 9 Положения о присуждении ученых степеней, утверждённого 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 Ткалич Ольга Владимировна достойна присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям «Хирургия» - 3.1.9 и «Патологическая физиология» - 3.3.3.

Кто за данный проект заключения, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Я тогда с вашего позволения поздравляю Ольгу Владимировну с получением искомой степени кандидата медицинских наук. Поздравляю!

Есть ли замечания по ведению ученого совета? Хорошо. Если у нас нет замечаний по ведению ученого совета, то позвольте закончить на этом работу. Спасибо.

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



Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук

Е.С. Суворегин

09 июня 2022 г.