

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

**СТЕНОГРАММА**

заседания № 1 специализированного совета по приему кандидатских и докторских  
диссертаций Д 208.021.01 по защите диссертации

**Торчуа Нины Рафаэлевны**

**«Лапароскопическая резекция печени в лечении больных с метастазами  
колоректального рака»,**

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук  
по специальностям 14.01.17 «Хирургия» и 14.01.12 «Онкология»

04 марта 2021 г.

Председатель диссертационного

совета Д 208.021.01

доктор медицинских наук, профессор

Ю.А.Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,

кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2021 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.	Суровегин Е.С.	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.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
8.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
9.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	14.01.17
10.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
11.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	14.01.17
12.	Орлова Л.П.	доктор медицинских наук	14.01.17
13.	Пугаев А.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
14.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	14.01.17
15.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	14.01.17
16.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
17.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	14.01.17

Дополнительно введенные члены диссертационного совета

18.	Бохян В.Ю.	доктор медицинских наук	14.01.12
19.	Вашакмадзе Л.А.	доктор медицинских наук	14.01.12
20.	Сидоров Д.В.	доктор медицинских наук	14.01.12

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:

Добрый день! У нас сегодня заседание диссертационного совета. Планируется защита кандидатской диссертации Торчуа Нины Рафаэльевны. И учитывая то, что заседание идет по двум специальностям «Хирургия» и «Онкология», нам нужно ввести 3 членов по специальности «Онкология» в состав совета, то есть создать совет для проведения разовой защиты. Предлагаются следующие члены диссертационного совета:

- Бохян Ваган Юрикович, доктор медицинских наук;
- Вашакмадзе Леван Арчилович, доктор медицинских наук, профессор;
- Сидоров Дмитрий Владимирович, доктор медицинских наук.

Я назвал без места работы, поэтому, я думаю, все знают данных товарищей.

Надо проголосовать за создание диссертационного совета для проведения разовой защиты. Кто «за»? Против? – Нет. Воздержавшиеся? – Нет. (Принято единогласно).

Таким образом, у нас получается состав диссертационного совета: из 22 членов совета с введенными членами, на заседании присутствует 20. То есть кворум есть, мы правомочны проводить заседание.

И первая защита у нас диссертации «Лапароскопическая резекция печени в лечении больных метастазами колоректального рака», как я уже сказал, по двум специальностям «Хирургия» и «Онкология».

Научные руководители: Шельгин Юрий Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, директор ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России; и Кашников Владимир Николаевич, доктор медицинских наук, заместитель директора по лечебной работе ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Официальные оппоненты: Котельников Алексей Геннадьевич, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник хирургического отделения № 7 (опухолей гепатопанкреатобиллиарной зоны) Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Кригер Андрей Германович, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения абдоминальной хирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского».

Ведущая организация – Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический



университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов предоставил слово ученому секретарю совета.

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

Глубокоуважаемые коллеги! Соискатель Торчуа Нина Рафаэльевна родилась 12 августа 1990 года в городе Сухуми Абхазской ССР. В 2008 году окончила среднюю образовательную школу № 2 города Фрязино Московской области. В 2014 году окончила Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова по специальности «Лечебное дело». С 2014 по 2015 гг. проходила интернатуру по специальности «Хирургия» на базе кафедры госпитальной хирургии. С 2015 г. по 2017 г. проходила ординатуру по специальности «Колопроктология» в Государственном научном центре колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. А с 2017 по 2020 гг. проходила обучение в аспирантуре по специальности «Хирургия» на базе отделения онкопроктологии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. За время обучения в аспирантуре подготовила диссертацию по теме: «Лапароскопическая резекция печени в лечении больных с метастазами колоректального рака». При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста составила 83 %.

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

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:

Хорошо. Вопросы есть к ученому секретарю? (Нет). Пожалуйста, Нина Рафаэльевна, Вам 20 минут для изложения основных положений Вашей работы.

Торчуа Н.Р. в течение 16 минут изложил основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов поблагодарил диссертанта за доклад и предложил членам ученого совета задавать вопросы по материалам диссертации.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор: Скажите, пожалуйста, как извлекался препарат у больных с лапароскопическим доступом, особенно при обширных резекциях?

Ответ: спасибо за вопрос. Препарат извлекался в специальном контейнере. В случае лапароскопического доступа соответственно выполнялось расширение троакарного



отверстия не более 6 см у всех пациентов. В том случае, если предшествовало закрытие стомы, то препарат извлекался через место ранее существовавшей стомы.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор: Учитывая то, что Вы продемонстрировали, как устанавливались троакары при резекции печени, почему Вы не рассматривали вопрос о разрезе Пфанненштиля, поскольку уже многократными исследованиями продемонстрировано, что он дает меньшее число грыж, меньший болевой синдром, лучше заживает? Почему расширилось троакарное отверстие? Причем, я не знаю, но мне кажется, Вы расширяли продольно, а не поперечно. Почему не использовался доступ Пфанненштиля, который демонстрирует лучшие результаты и в отношении образования грыж, еще раз подчеркну, в последующем?

Ответ: Спасибо за вопрос, Сергей Иванович. Технически мы его не использовали. Для этого нет никакого объяснения, просто у пациентов, которые входили в данное исследование, он не использовался. Но знаю, что Алексей Алексеевич в принципе говорил, что собирается использовать данный доступ. Но у пациентов, включенных в настоящее исследование, он не использовался.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Сергей Иванович, Вы удовлетворены ответом?

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор: Да.

Рыбаков Е.Г., д.м.н., профессор РАН: Относительно того, что у Вас статистически значимо снижено количество желчных свищей, объем операций одинаковый и хорошо сбалансированные группы, какое объяснение этому Вы можете дать? Почему так произошло?

Ответ: спасибо за вопрос, Евгений Геннадиевич. На этот вопрос можно ответить следующим образом. При выполнении видеозендоскопических вмешательств обеспечивается лучшая визуализация обрабатываемой зоны, поэтому можно прецизионно обработать сосудистые структуры, в основном это, конечно, желчевыводящие пути. С этим мы и связываем меньшее количество желчных свищей именно в группе лапароскопического доступа.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Хорошо. Тогда вдогонку: а антибиотикоассоциированный колит?

Ответ: В отношении антибиотикоассоциированного колита надо отметить, что различий в получении группы антибактериальных препаратов между группами также не было, поэтому это просто зафиксированное наблюдение.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: то есть, одна и та же терапия, а различия есть?

Ответ: Да.

Сидоров Д.В., д.м.н.: Добрый день! Спасибо за сообщение. Я не всё, поскольку было очень быстро, успел увидеть. В печеночной хирургии очень часто интраоперационный ультразвук меняет всю картину увиденного, и даже данные предоперационной компьютерной томографии иногда не совпадают с тем, что видит интраоперационный ультразвук. В связи с этим у меня вопрос: как часто у Вас не совпадали данные при лапароскопическом доступе при интраоперационном ультразвуковом исследовании? Как часто Вы находили дополнительные очаги по сравнению с теми, что видели на предоперационном ультразвуковом исследовании? И менялась ли от этого тактика Вашего хирургического лечения? Это первый вопрос.

И второй вопрос в отношении опыта удаления солитарных метастатических очагов печени: как Вы считаете, какое количество солитарных метастатических очагов можно одновременно удалить лапароскопически? И какой у Вас в этой связи опыт?

Спасибо.

Ответ: Спасибо за вопросы.

По первому собственно вопросу. Действительно примерно в 10 % случаев при выявленном ранее по данным МРТ солитарном по данным интраоперационного ультразвукового исследования выявлялся дополнительный очаг. И в принципе во всех случаях было принято решение выполнить оперативное вмешательство, и эти очаги удалялись. Дополнительные очаги, которые были выявлены, они не вовлекали какие-то крупные сосудистые структуры, трубчатые структуры печени и были удалены атипично. Могу привести также обратный пример. Как раз пациент, который был исключен из исследования, у него по данным магнитно-резонансной томографии определялся четко метастатический очаг в печени, но по данным ультразвукового исследования природа не была подтверждена. И было выполнено срочное патоморфологическое исследование, по которому точно также метастатическая природа очага подтверждена не была. Таким образом, резекция печени пациенту не выполнялась, и в дальнейшем он из исследования выбыл и проходил этапное наблюдение.

Что же касается второго вопроса, в рамках настоящего исследования максимальный объем одновременно удаляемых очагов это два очага. Большого опыта в рамках данного исследования, к сожалению, нет.



Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:  
Хорошо. Вы удовлетворены?

Сидоров Д.В., д.м.н.: Да.

Бохян В.Ю., д.м.н.: Скажите, пожалуйста, как производился отбор больных в ту или иную группу – это просто резектабельные метастазы в печени или все-таки Вы отбирали больных на лапароскопические операции? Если посмотреть состав групп, то обращает на себя внимание, что лапароскопически Вы оперировали в 2017-2019 гг., а открыто – 2015-2017 гг. Но наверняка ведь были больные в 2017-2019 гг., которых оперировали открыто. И не говорит ли это о том, что Вы строго отбирали больных на лапароскопические операции?

Ответ: спасибо за вопрос. На самом деле в рамках настоящего исследования всем пациентам, которым планировалось выполнение вмешательств, как раз с момента начала исследования с ноября 2017 года планировалось выполнение именно лапароскопических резекций печени за исключением тех, у кого присутствовали критерии исключения, то есть необходимость в сосудистой или билиарной реконструкции, выполнение радиочастотной абляции, либо если это уже были рецидивы метастатического поражения печени. В этом случае они в исследование не включались. Таких пациентов достаточно много было в период с 2017 по 2019 гг. – порядка 150 пациентов.

Бохян В.Ю., д.м.н.: То есть всех пациентов, начиная с 2019 года, у которых были резектабельные метастазы в печени, Вы оперировали лапароскопически?

Ответ: С ноября 2017 года все пациенты, подходящие под критерии включения и не имеющие критериев исключения.

Бохян В.Ю., д.м.н.: Но критерий включения это резектабельные метастазы?

Ответ: Резектабельные метастазы.

Бохян В.Ю., д.м.н.: Понятно. Спасибо.

Суровегин Е.С., ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н.: Уважаемая Нина Рафаэлевна! Скажите, пожалуйста, каким образом и когда выбирался объем резекции – это объемная резекция либо гемигепатэктомия? Были ли интраоперационные пересмотры Вашей тактики во время пересмотра ультразвукового исследования?

Ответ: как раз в 10 % случаев при выявлении дополнительных очагов просто выполнялась дополнительная атипичная резекция.

Суровегин Е.С., ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н.: Я имею в виду не «экономную», как Вы называете, резекцию, а гемигепатэктомию.

Ответ: нет, в таком объеме не менялось решение интраоперационно.



Суровегин Е.С., ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н.: Спасибо.

Ответ: Спасибо.

Рыбаков Е.Г., д.м.н., профессор РАН: Мой вопрос, наверно, выходит за рамки исследования, поскольку я не видел таких выводов. Но все-таки хотелось бы узнать, открытая резекция и лапароскопическая резекция – различия в техническом обеспечении (сшивающие аппараты, энергетические устройства и т.д.). И может быть примерно все-таки стоимость открытой резекции и лапароскопии. Где здесь преимущества, где здесь недостатки?

Ответ: спасибо за вопросы, Евгений Геннадиевич. Да, действительно в рамках настоящего исследования экономическая составляющая не оценивалась. По поводу технического оснащения. В случае лапароскопических и открытых вмешательств в настоящий момент техническое оснащение данных оперативных вмешательств практически одинаковое. Могу даже отметить, что у пациентов, которые были отобраны в ретроспективную группу, то есть оперированы из открытого доступа, вмешательства выполнялись по большей части также водоструйным диссектором, так же, как и у пациентов лапароскопической группы.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Вы удовлетворены ответом, Евгений Геннадиевич?

Рыбаков Е.Г., д.м.н., профессор РАН: Да.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Хорошо. Еще вопросы? Достаточно? Достаточно. Хорошо. Спасибо, Нина Рафаэлевна. Слово предоставляется научным руководителям.

Кашников В.Н., д.м.н.: Надо сказать, что Нина Рафаэлевна представляет такой современный образец молодой женщины ученого, которая прошла достаточно быстро этот путь от скамьи Первого медицинского университета, она поступила в ординатуру Государственного научного центра колопроктологии, где выросла в прекрасного клинициста, пользующегося уважением как сотрудников, коллег, так и пациентов.

И надо сказать, что уже тогда она проявляла активный интерес в научной деятельности, уже тогда она активно участвовала в нашей гепатологической группе, активное участие принимала в операциях, в проведении научных конференций и в значительной степени уже тогда освоила различные варианты сбора материала, его анализа, статистической обработки. И, в связи с этим, конечно же, поступила в аспирантуру успешно. И надо сказать, что, соблюдая все сроки, написала ту диссертационную работу, которую представляет сегодня вам на ваше обсуждение.

Спасибо.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:  
Спасибо. Пожалуйста, ученый секретарь огласит дополнительные документы, которые поступил и в совет.

Суравегин Е.С., ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н.: Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отдела онкопроктологии и отдела онкологии хирургии ободочной кишки Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих 10 июля 2020 г.

На заседании диссертационного совета от 03 ноября 2020 г. (протокол № 8) избрана комиссия для проверки этой диссертации в составе доктора медицинских наук Чернышова Станислава Викторовича, доктора медицинских наук, профессора Кузьмина Александра Михайловича и доктора медицинских наук Фролова Сергея Алексеевича.

Диссертация была принята к защите на заседании диссертационного совета от 30 декабря 2020 года, протокол № 10.

Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 2 научные работы, в которых отражены основные положения диссертации.

Отзывы официальных оппонентов доктора медицинских наук, профессора Котельникова Алексея Геннадьевича, ведущего научного сотрудника хирургического отделения № 7 (опухолей гепатопанкреатобиллиарной зоны) Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации и доктора медицинских наук, профессора Кригера Андрея Германовича, руководителя отделения абдоминальной хирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации положительные и принципиальных замечаний не содержат.

Получен отзыв ведущей организации – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации на диссертацию, составленный доктором медицинских наук, профессором Праздниковым Эриком Наримановичем. Отзыв положительный.



Поступил отзыв на автореферат из Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной онкологический диспансер», подписанный доктором медицинских наук, профессором, главным врачом Астаховым Владимиром Леонидовичем. Отзыв также положительный.

Других отзывов на диссертацию в диссертационный совет не поступало.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: То есть, замечаний по представленным документам нет. Есть какие-то вопросы к ученому секретарю. Нет. Спасибо. Тогда мы приступаем к обсуждению. По алфавиту у нас Алексей Геннадьевич Котельников выступает первым официальным оппонентом. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). В ходе выступления и частично в отзыве оппонентом высказан ряд вопросов и замечаний непринципиального характера следующего содержания.

Название работы «Лапароскопическая резекция печени в лечении больных с метастазами колоректального рака» вызывает возражение в том плане, что при всей лаконичности названия, что достойно похвалы, название не очень точно. Ведь речь идет о доступе (лапароскопическом или открытом, торакоскопическом, артроскопическом и т.д.), а суть, содержание самой операции он никак не меняет. Только что Нина Рафаэлевна ответила на вопрос одного из членов совета о том, чем, собственно, отличались операции по своему содержанию? Ничем не отличались, этапность, вся методическая основа одна и та же, даже инструментарий совпадает. А раз так, то говорить нужно было бы о доступе. И более точное название было бы (хотя менее лаконичное, в чем оно проигрывает первому названию): «Лапароскопический доступ при резекциях печени по поводу метастазов колоректального рака».

Введение излишне лаконично. Это можно назвать достоинством в том, что человек лаконично излагает содержание. Но в этом введении явно нужно было отметить актуальность исследования. Это не нужно было выносить в какой-то отдельный подраздел, но сказать об этом было обязательно нужно.

Замечания по первой главе. Диссертант, ссылаясь на А.В. Вишневого, говорит о том, что сейчас основным положением хирургии колоректального рака является экономная атипичная резекция печени. На взгляд оппонента, это спорный тезис, поскольку все-таки метастаз так же, как первичная опухоль — это злокачественное образование, для которого свойственен местный инфильтративный рост, метастазирование по ходу соединительнотканых секреторно-сосудистых элементов. И 50 с лишним лет назад был сформулирован такой постулат (В.С. Шапкин «Резекция печени») по поводу того, какая



операция на печени по поводу злокачественной опухоли является радикальной. Таковой операцией признана та, когда удаляется часть печени с сосудисто-секреторной ножкой, вблизи которой расположена злокачественная опухоль. Данный постулат, по мнению оппонента, довольно точно отражает суть этой проблемы, тем более что в стенах Национального центра онкологии имени Н.Н. Блохина более 17 лет назад была подготовлена, оформлена и защищена диссертация, посвященная выбору объема операции на печени по поводу метастазов колоректального рака, где было четко показано, что обширная резекция печени при небольших метастазах, которые вполне бы могли быть удалены в результате экономной резекции печени, обширные резекции продемонстрировали лучшие пятилетние показатели общей выживаемости и десятилетние. Причем по мере удаления от операции этот интервал становился более разительным, в частности, десятилетние показатели отличались почти в 2 раза. Но разница была достоверной вне всяких сомнений. Например, близость метастатической опухоли к правой гилссоновой триаде, когда ни о какой околоопухолевой резекции речи быть не может, это по факту не резекция, а энуклеация опухоли, эта операция вряд ли будет радикальной. Здесь нужно делать правостороннюю гемигепатэктомию. Если опухоль находится вблизи сосудисто-секреторной ножки латерального сектора – латеральную ее эктомию, парамедиального – парамедианную ее эктомию. Другое дело, что есть еще экономическая составляющая (экономные операции дешевле), крайне важный параметр непосредственные исходы, поскольку обширные резекции влекут угрозу и даже летального исхода, что почти не встречается при экономных резекции. Также развитие лекарственного метода привело к тому, что роль атипичной экономной резекции резко возросла. Но, тем не менее, надо быть очень осторожным, поскольку этот вопрос спорный.

Автор совершенно справедливо обращается к согласительной конференции в Саутгемптоне и к единственному рандомизированному исследованию, которое опубликовано годом позже, где говорится о том, что операции лапароскопического доступа не отличаются по кровопотере (это не так, как было показано диссертантом – экономные операции сопровождаются меньшим объемом кровопотери), не отличаются по продолжительности операций (это также было опровергнуто в работе, экономные и обширные резекции существенно более продолжительные, чем операции из открытого доступа, особенно с учетом того, что в продолжительность лапароскопической операции не было включено время, затраченное на закрытие илеостомы и колостомы).

Замечание общего плана по второй главе. Название главы «Материалы и методы исследования» не совсем корректно. Человек не является материалом, материалом он является в фашистских лагерях и у японских захватчиков на Дальнем Востоке, там к человеку относились как к материалу, делали из него всё, что захочешь. А мы все-таки имеем дело с клиническим опытом, с наблюдениями, с больными, поэтому использование данного названия главы «Материалы и методы» в данном случае не совсем корректно, лучше, чтобы это название звучало, как «Больные и методы».

Замечания по третьей главе. Оппоненту трудно согласиться с позицией автора, где он приводит какую-то своеобразную классификацию осложнений, когда желчеистечение делится на биломы и собственно желчные свищи; кровотечение делится на собственно кровотечение и гематомы. Данное стремление подчинено страшно субъективному желанию автора показать лапароскопический доступ в максимально положительном аспекте. Но когда проводится анализ указанных осложнений без деления на биломы и желчные свищи, гематомы и кровотечения, то становится видно, что лапароскопический доступ хотя и сопровождается меньшим количеством осложнений и даже достоверно меньшим количеством осложнений желчеистечений, но, в общем-то, разница здесь, когда их объединить вместе биломы и свищи, не носит достоверный характер, но, тем не менее, осложнений всё равно меньше. Данные операции, естественно, сопровождаются меньшим объемом кровопотерь и более продолжительны по времени проведения по сравнению с открытыми вмешательствами.

Замечания по четвертой главе. В данной главе автор приводит два очень важных наблюдения, которые касаются всей работы. Первое наблюдение – лапароскопический доступ при атипичной резекции V сегмента и через некоторое время 1,5-2 года повторная лапароскопическая резекция VIII сегмента. И автор совершенно справедливо говорит, что такое достижение есть, можно делать повторные операции из лапароскопического доступа. И здесь нельзя не согласиться, действительно это является достоинством работы и надо это всячески тиражировать. Второе наблюдение – где больной после лапароскопической сегментэктомии VII, то есть заведомо неудобный сегмент для удаления, который удаляется из лапароскопического доступа, с перевязкой и клипированием правой верхней печеночной вены. Но от этого никак не изменилось содержание операции – это анатомическая резекция сегментэктомия. И повторная операция в данном случае не удастся в силу такого пограничного расположения опухоли в проекции средней печеночной вены и с переходом на ткани вблизи левой гилссоновой триады. И таким образом, хирурги становятся, в общем-то, уже неспособны предпринять



наиболее эффективный метод лечения хирургической. И в том смысле, что и в первом, и втором случае был использован лапароскопический доступ – это достойно высокой оценки, то, что сегментэктомия делается во втором случае из лапароскопического доступа, также достойно высокой оценки. Но на эту же проблему можно посмотреть и с иной позиции. Давайте допустим, что и ту, и другую операцию исходно можно было сделать в объеме обширной резекции печени пусть из лапароскопического доступа, пусть из открытого, с высокой долей вероятности не стоял бы вопрос о рецидивных образованиях правой доли печени в одном случае и на границе доли в другом случае. Поэтому позиция об атипичных экономных резекциях печени как приоритете не бесспорна. Поэтому оппонент, считает, что не нужно вставать на позицию тиражирования данных операций.

Заместитель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: спасибо, Алексей Геннадьевич. Нина Рафаэлевна, ответьте на замечания.

Торчуа Н.Р.: Глубокоуважаемый Алексей Геннадьевич! В первую очередь большое Вам спасибо за такой подробный анализ работы! И общение с Вами мне даже помогло глубже понять уже выполненную мной работу. Действительно спасибо Вам за это.

По Вашим замечаниям.

С Вашим названием относительно названия «Лапароскопический доступ» мы абсолютно согласны – только лапароскопия обеспечивает доступ. Но в данном случае с целью действительно того, чтобы сократить количество слов, и чтобы это было более емко, используется и в русскоязычной литературе, и в англоязычной сочетание «лапароскопическая резекция печени». Но это было сделано только в целях удобства. Мы абсолютно отдаем себе отчет, что это обеспечивает только доступ.

Вы действительно правы в том, что несколько категорично выглядит утверждение о том, что всегда должны превалировать только атипичные резекции печени, конечно же, это не всегда, есть определенные больные, которым возможно выполнить резекцию печени в атипичном виде, но всегда будут существовать пациенты, которым нужны будут анатомические, обширные резекции печени, не паренхимощадящие. С такой позицией мы тоже абсолютно согласны. То есть наше суждение несколько категорично.

Поэтому в любом случае Вам большое спасибо за Ваш анализ.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Хорошо. Спасибо. Пожалуйста, у нас следующий официальный оппонент Кригер Андрей Германович. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.



Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:  
Спасибо, Андрей Германович. Нина Рафаэлевна, ответьте.

Торчуа Н.Р.: Глубокоуважаемый Андрей Германович! Спасибо за Ваш анализ работы.  
Спасибо.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:  
пожалуйста, кто хочет выступить в качестве неофициального оппонента?

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:  
Спасибо. Кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, Олег Иванович.

Сушков О.И., д.м.н.: Глубокоуважаемые члены диссертационного совета, коллеги! После официальных оппонентов Алексея Геннадьевича, Андрея Германовича практически нечего сказать в отношении работы. Надо сказать, что я с ней знаком, потому что в момент апробации был рецензентом. И надо сказать, что с той поры существенно она преобразилась. И те выводы, которые были сделаны в ходе работы, они стали более весомыми и подкреплены уже более существенной базой. И это заметно.

Из положительных моментов нужно отметить, что это достаточно тяжелое исследование в плане набора, прежде всего, пациентов. Мы слышали из ответов диссертанта, что практически все больные, которые соответствовали критериям за этот период, включались в эту работу. Иными словами, только положительные моменты хотелось бы отметить в отношении данной диссертации.

Один, может быть, вопрос, на который хотелось бы получить ответ диссертанта: какие же аргументы все-таки нужно использовать в разговоре с пациентом для того, чтобы убедить, что ему нужно выполнить лапароскопическую операцию? Это интересно. Потому что если в отношении лапароскопической хирургии кишечника все более-менее понятно, здесь все-таки несколько другая ситуация. Потому что и лапароскопия в хирургию печени пришла позже по сравнению с кишечником и по понятным вполне причинам.

А в целом хотелось отметить то, что, по моему мнению, диссертация Нины Рафаэлевны соответствует требованиям, которые предъявляет ВАК к кандидатским диссертациям, и сама диссертант достойна степени кандидата медицинских наук.

Спасибо.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов:  
Хорошо. Спасибо, Олег Иванович. Неофициальным оппонентам можно не отвечать.  
Спасибо.

Следующее у нас – мы должны для продолжения нашего заседания избрать счетную комиссию. Поступило предложение избрать счетную комиссию в составе: Кузьминов Александр Михайлович, Костарев Иван Васильевич и Чернышов Станислав Викторович. Кто за это предложение? (Идет голосование. Состав счетной комиссии утвержден единогласно).

Я думаю, что счетная комиссия может приступить к своей работе. А, Нина Рафаэлевна, Вам заключительное слово предоставляется.

Торчуа Н.Р.: В первую очередь хочу поблагодарить своих научных руководителей Юрия Анатольевича и Владимира Николаевича за возможность выполнить такую работу.

Конечно, хочу поблагодарить Евгения Геннадиевича Рыбакова за неоценимую методологическую помощь в ходе всего исследования, Алексея Алексеевича Пономаренко за помощь в принципе во всех начинаниях и, конечно, свою семью за поддержку. Спасибо!

*/перерыв для тайного голосования/*

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Счетная комиссия сейчас должна нам доложить о подсчете голосов. Пожалуйста, Станислав Викторович.

Чернышов С.В., д.м.н.: Уважаемые коллеги! Счетная комиссия в составе: профессор А.М. Кузьминов, И.В. Костарев, С.В. Чернышов избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Торчуа Нины Рафаэлевны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 14.01.17 «Хирургия» и 14.01.12 «Онкология».

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 22 человек. В состав дополнительно были включены 3 члена совета по специальности «Онкология». Присутствовало на заседании 20 членов совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации – 19. Роздано бюллетеней – 20, осталось не розданных – 2, в урне оказалось – 20 бюллетеней.

Результаты голосования: «за» - 20, «против» - нет, недействительных бюллетеней – нет.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Хорошо. Мы должны утвердить протокол счетной комиссии. Кто «за»?

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: У нас на руках есть проект заключения. Какие-то замечания есть по проекту заключения по диссертации? Виктор Владимирович, пожалуйста.



Веселов В.В., д.м.н., профессор: у меня есть ряд замечаний. Я готов их дать в письменном виде.

Заместитель председателя Диссертационного Совета, д.м.н., профессор С.А. Фролов: Хорошо. Вы замечания все сделали. Предлагается принять заключение в качестве проекта с учетом предложений Виктора Владимировича. Кто за то, чтобы принять заключение как проект? Спасибо.

И резюмирующая часть нашего заседания, что представленная к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем хирургии и онкологии, является самостоятельным законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенное автором исследование содержит решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения больных метастазами колоректального рака в печени. Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук согласно п. 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.09.2013 г. № 842 (в редакции Постановлений Правительства Российской Федерации № 335 от 21.04.2016 г. и № 748 от 02.08.2016 г.), а сам автор Торчуа Нина Рафаэлевна достойна присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям «Хирургия» - 14.01.17 и «Онкология» - 14.01.12.

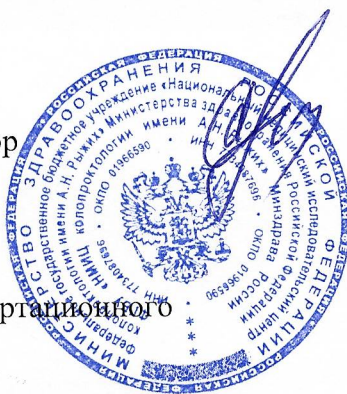
Кто согласен с таким выводом совета? Кто против? Воздержавшиеся? Нет.

Спасибо. На этом заседание закончено.

Замечания есть по прохождению и ведению совета? Нет.

Заместитель председателя  
диссертационного совета, доктор  
медицинских наук, профессор

Ученый секретарь диссертационного  
совета,  
кандидат медицинских наук



С.А. Фролов

Е.С. Суровегин

04 марта 2021 г.