

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 № 4
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»

Минздрава России по защите диссертации

Туктагулова Никиты Владимировича

**«Применение низкотемпературной аргоновой плазмы в лечении ран после открытой
геморроидэктомии»,**

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

по специальности 3.1.9 «Хирургия»

от 10 ноября 2022 г.

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

Ю.А.Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2022 г.

Присутствовали следующие члены Диссертационного Совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
3.	Суровегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
5.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
6.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
8.	Болквадзе Э.Э.	доктор медицинских наук	3.1.9
9.	Капников 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.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9
14.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я прошу внимания. Время 14:00. Начинает работу диссертационный совет. Я хотел бы доложить присутствующим, что из 19 членов ученого совета у нас присутствует 14, то есть кворум набран. Поэтому разрешите приступить к работе.

В диссертационный совет поступила работа Туктагулова Никиты Владимировича под названием «Применение низкотемпературной аргоновой плазмы в лечении ран после открытой геморроидэктомии» по специальности 3.1.9 «Хирургия» на соискание ученой степени кандидата наук.

Научным руководителем работы является доктор медицинских наук Выпегородцев Дмитрий Вячеславович.

Официальными оппонентами назначены: Юрий Михайлович Стойко, профессор, доктор медицинских наук доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой хирургии с курсом хирургической эндокринологии федерального государственного бюджетного учреждения «Национального медико-хирургического Центра имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Александр Борисович Земляной, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии повреждений медицинского института непрерывного образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московского государственного университета пищевых производств» Министерства науки и высшего образования 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, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин предоставил слово ученому секретарю совета.

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

Уважаемые коллеги! Соискатель Туктагулов Никита Владимирович родился 7 сентября 1993 года в городе Ульяновске. В 2010 году окончил Октябрьский сельский лицей Чердаклинского района Ульяновской области с золотой медалью. В 2016 году окончил с отличием Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова по специальности «Лечебное дело». С 2016 по 2018 гг. проходил обучение в ординатуре по специальности «Колопроктология» на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Государственного научного центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской

Федерации. С 2018 по 2021 гг. проходил обучение в аспирантуре по специальности «Хирургия» на базе отдела общей колопроктологии федерального государственного бюджетного учреждения «Национального Медицинского Исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации. С января 2019 года по настоящее время работает врачом-колопроктологом в консультативной поликлинике федерального государственного бюджетного учреждения «Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.С. Рыжих» Минздрава России.

За время прохождения аспирантуры соискатель подготовил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Применение низкотемпературной аргоновой плазмы в лечении ран после открытой геморроидэктомии».

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

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

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: есть ли вопросы к Евгению Сергеевичу по биографическим данным и поступившим документам? Если нет, тогда я попрошу Никиту Владимировича доложить основные результаты проведенного диссертационного исследования.

Туктагулов Н.В. в течение 15 минут изложил основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

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

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

1) Вы нам говорите о различных сроках процесса заживления ран. Если у Вас такие данные имеются, то какая была динамика? Не может быть так, что у всех пациентов независимо от того, контрольная группа или основная, сроки заживления были одинаковыми. Какие факторы оказывали здесь влияние на сроки заживления ран? С чем связан столь длительный период заживления? Удалось ли выяснить причину у той или другой группы?

2) Пожалуйста, еще раз расскажите про технику обработки ран. Первая процедура была уже во время операции или после?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич!

1) Заживление раны у пациентов мы оценивали на 30-й день. У пациентов основной группы полное заживление раны произошло у 76%, тогда как у больных контрольной группы – у 37%. К 37-му дню после операции у 96% больных основной группы произошла полная эпителизация ран, тогда как у больных контрольной группы – у 80%. К 45-му дню после операции у всех пациентов основной группы произошла полная эпителизация ран и только у 2 пациентов контрольной группы к этому периоду не произошло полного заживления ран. Однако, на фоне консервативной терапии у 2 пациентов контрольной группы к 60-му дню произошла полная эпителизация послеоперационных ран.

2) Методика проводилась следующим образом: больные после операции были рандомизированы в основную и контрольную группы. Далее во время первой перевязки, то есть на следующий день после операции, мы начинали проводить процедуру применения низкотемпературной аргоновой плазмы в течение 4 минут. Эту процедуру проводили со 2-го по 8-й день ежедневно и далее на 14-й, 21-й и 30-й дни после операции, когда пациенты приходили на консультативный прием.

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

Шельгин: 1) Какая температура воздействия была на уровне послеоперационных ран, на уровне кожи пациента? Что испытывал пациент?

2) Пожалуйста, нам объясните, за счет чего происходило обеззараживание раны, снижение микробного числа различных микроорганизмов?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич!

1) При воздействии низкотемпературной аргоновой плазмы температура при контакте с раневой поверхностью с тех расстояний, с которых идет именно физиотерапевтическое лечение, составляет в районе 30-35°C. Соответственно пациент ощущает просто поток воздуха на раневую поверхность.

2) Низкотемпературная аргоновая плазма обладает выраженным антибактериальным действием за счет наличия в ней различных компонентов (пероксид водорода, ультрафиолетового излучения, озона). За счет этого снижается выраженность воспалительного компонента, что способствует ускорению заживления ран.

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

Шельгин: Пожалуйста, еще вопросы. Пожалуйста, Дмитрий Геннадьевич.

Шахматов Д.Г., к.м.н.: У меня есть ряд вопросов.

1) Вы сказали, что в основной группе болевой синдром был меньше, а в то же время при описании механизма действия низкотемпературной аргоновой плазмы не прозвучало, почему именно болевой синдром меньше? Это первый вопрос.

2) Второй вопрос: если основа этого метода обеззараживание, то не стоило ли сравнить этот метод не со стандартным ведением, а с каким-то другим воздействием, предположим, с бактерицидным или хотя бы с плацебо процедурой, когда пациент во время перевязки также испытывает какое-то воздействие на раневую поверхность, например, просто потоком воздуха?

3) И если можно третий вопрос, если я понял, то была и лабораторная часть, в которой изучались различные микробы. И хотелось бы узнать, каким образом вообще эти микробы брались, и чем обусловлен выбор этих микробов?

Ответ: Глубокоуважаемый Дмитрий Геннадьевич!

1) Снижение интенсивности болевого синдрома достигается за счет ультрафиолетового излучения, которое обладает местным анальгезирующим действием, а также за счет снижения воспаления, что было также одной из причин снижения уровня болевого синдрома у пациентов основной группы.

2) Низкотемпературная аргоновая плазма обладает не только антибактериальным действием, но она воздействует на все 3 фазы раневого процесса. И механизмы я ранее описывал. За счет этих механизмов получается ускорить процесс заживления раны. Низкотемпературная аргоновая плазма в нашем исследовании применялась в качестве комплексного лечения.

3) Эти штаммы микроорганизмов были высеяны с послеоперационных ран наших пациентов, которые были включены в исследование. Мы отобрали наиболее резистентные к антибактериальным препаратам. То есть, например, первый штамм был *Escherichia coli* 317, он имел резистентность ко всем антибактериальным препаратам. Далее выращивали в течение суток из этого микроорганизма биопленочную культуру, после воздействовали на нее в течение 4 минут потоком низкотемпературной аргоновой плазмы, далее выжидали 2 суток. Под светом оптического микроскопа смотрели, удалось ли предупредить образование и удалось ли разрушить уже сформированную биопленочную культуру.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шелыгин: Пожалуйста, еще вопросы. Александр Юрьевич, пожалуйста.

Титов А.Ю., д.м.н.: Никита Владимирович, воздействие низкотемпературной аргоновой плазмы Вы осуществляли в течение 4 минут, то есть такой четко регламентированный отрезок времени. Почему именно 4 минуты?

Ответ: Глубокоуважаемый Александр Юрьевич! По инструкции аппарата для достижения максимального эффекта площадь в 1/см² необходимо обрабатывать в течение 2 минут. Учитывая, что медиана площади ран была равна 2,2 см², время процедуры длилось 4 минуты.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Насколько возможно было обрабатывать таким способом рану, которая находилась именно в заднем проходе? Вы обрабатывали только кожную рану? Откуда Вы брали мазко-отпечатки из послеоперационных ран? Брали из разных участков рапы или только из места удаления наружных геморроидальных узлов? А что там происходило в области удаленного внутреннего узла и рапы, которая находилась внутри?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Было доказано исследованиями, что низкотемпературная аргоновая плазма обладает потенцирующим действием. Поэтому воздействуя на наружную, то есть на периаанальную область, действие распространялось и в анальный канал. За счет этого происходило заживление рапы как в анальном канале, так и в периаанальной области.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Вы хотите сказать, что если начиналась эпителизация именно на месте наружных рап, то она и распространилась в анальный канал. Но соответственно Вам трудно судить о том, какая скорость и откуда это всё распространялось, Вы как-то исследовали это?

Ответ: По макроскопическим данным скорость заживления рапы была равномерная.

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

Нехрикова С.В., к.м.н.: Никита Владимирович, скажите, пожалуйста, каким образом происходило измерение площади послеоперационных рап?

Ответ: Глубокоуважаемая Светлана Викторовна! Это был шаблонный метод. Мы прикладывали обычную пленку к периаанальной области, обводили контур, далее переносили ее на шаблон 3x4 см. Это все фотографировалось и переносилось в компьютерную программу, которая называется Ip_square 50. И далее там при помощи мышки обводился контур рапы, и производился автоматический расчет площади.

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

Суровегин Е.С., к.м.н.: Никита Владимирович, скажите, пожалуйста, чем обусловлен выбор расписания сеансов этой физиотерапии? Мы понимаем, что в течение стационарного лечения проводилась обработка ежедневно, а потом раз в неделю. Достаточно ли обработки раз в неделю для устойчивого антибактериального эффекта и эффекта, повышающего скорость репарации ткани?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! Эту процедуру возможно производить как в стационарных условиях, так и в амбулаторных. Количество процедур было разработано с учетом удобства для пациентов. Низкотемпературная аргоновая плазма обладает не только бактерицидным, но и бактериостатическим эффектом. На 14-й и 21-й дни мы отмечали снижение титров микроорганизмов у пациентов основной группы, по сравнению с контрольной.

Суровегин Е.С., к.м.н.: Я понимаю. Но вопрос именно о том: насколько устойчив этот эффект? Как часто нужно использовать? То есть сколько он сохраняется после одного сеанса? Нужно ли каждый день его применять, либо достаточно раз в неделю, как Вы делали в последующем, для достижения оптимального эффекта?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! К сожалению, такого исследования мы не проводили, и в данных мировой литературы такой информации также нет.

Суровегин Е.С., к.м.н.: Спасибо. И еще по поводу измерения раны. Насколько мы понимаем, ткани перианальной области довольно-таки подвижные, и для того, чтобы высчитать эту площадь, приходится их каким-то образом визуализировать. Насколько объективный этот метод шаблонный? Учитывает ли он ту манипуляцию, которую Вы вынуждены сделать для того, чтобы приложить эту самую пленочку для обведения контуров раны?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! Трудностей не было, просто прикладывали пленку к ране. Были компьютерные программы, в которых, сразу фотографируя рану, можно было рассчитать площадь послеоперационных ран. Их большим недостатком являлось то, что контур ран перианальной области эта программа не могла определить четко, и погрешность была очень большая. Мы вначале рассчитывали разными способами, однако, наиболее точным был шаблонный.

Суровегин Е.С., к.м.н.: Спасибо большое!

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

Шельгин: Пожалуйста, у кого еще вопросы? Иван Васильевич, пожалуйста.

Костарев И.В., д.м.н.: Никита Владимирович, скажите, пожалуйста, все-таки после геморроидэктомии применение данной методики не совсем удобно? На Ваш взгляд, при каких еще заболеваниях в проктологии можно применять данный метод?

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! Я думаю, что эту методику можно в целом применять после любых колопроктологических операций, после которых образуются раны. В отношении эффективности других ран, необходимо проводить дополнительные исследования. В отношении геморроя мы доказали, что данная методика ускоряет заживление раны.

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

Я хотел бы предоставить слово научному руководителю Дмитрию Вячеславовичу Вышегородцеву. Пожалуйста, дайте характеристику как ученому, как личности, как гражданину.

Вышегородцев Д.В., д.м.н.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, уважаемые коллеги! Никита Владимирович пришел к нам в ординатуру в 2016 году после того, как с отличием закончил Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова. Сегодня такой диссертационный совет, что предыдущий диссертант, что Никита Владимирович круглые медалисты золотые, отличники. Также он закончил до этого и лицей в Ульяновской области с золотой медалью. И вот эта уже проявившаяся с детства тяга к получению знаний проявилась уже в годы обучения в ординатуре. И уже в течение первого года Никита Владимирович снискал большой авторитет как сотрудников института, так и пациентов, в лечении которых он принимал участие. Начал зондировать почву о возможном продолжении своей деятельности с точки зрения того, что он очень хотел заниматься научными исследованиями, что и воплотилось в то, что он по окончании ординатуры был принят к нам в аспирантуру. Научное исследование, результаты которого он сегодня доложил, потребовало от него не только глубоких знаний колопроктологии, но также и углубления знаний физических аспектов данного исследования, данной предложенной методики, а также углубления своих институтских знаний в микробиологии.

Глубокоуважаемые члены ученого совета! Вам судить, на ваш суд выносится сегодняшнее его сообщение, и вы вынесете свой вердикт. Но я должен сказать, что Никита Владимирович получил большое доверие руководства нашего Института, и уже будучи в аспирантуре, он был принят на постоянное место работы в одно из важнейших

подразделений нашего Института – в консультативную поликлинику, поскольку это лицо нашего Института, и очень важно, что в нашей поликлинике работают специалисты высокого класса.

Спасибо за внимание.

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

Я хотел бы попросить Евгения Сергеевича сообщить нам данные о полученных отзывах. Пожалуйста.

Ученый секретарь диссертационного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции с участием сотрудников отдела малоинвазивной колопроктологии и стационарзамещающих технологий и сотрудников отдела общей и реконструктивной колопроктологии федерального государственного бюджетного учреждения «Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации 25 мая 2022 года, протокол № 5.

На заседании диссертационного совета от 26 июля 2022 г. (протокол № 6) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук, профессора РАН Рыбакова Е.Г., доктора медицинских наук, профессора Фролова С.А. и доктора медицинских наук Титова А.Ю. Диссертация получила положительную оценку и была принята к защите на заседании диссертационного совета 01 сентября 2022 г. (протокол № 8).

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

Получены отзывы официальных оппонентов доктора медицинских наук, профессора Стойко Юрия Михайловича, заведующего кафедрой хирургии с курсом хирургической эндокринологии федерального государственного бюджетного учреждения «Национального медико-хирургический Центра имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и доктора медицинских наук, профессора Земляного Александра Борисовича, профессора кафедры хирургии повреждений Медицинского института непрерывного образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московского государственного университета пищевых производств» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации. Они будут представлены далее.

Также получен отзыв ведущей организации – Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логипова Департамента здравоохранения города Москвы», составленный и подписанный доктором медицинских наук, профессором Чудных Сергеем Михайловичем. Он положительный и принципиальных замечаний не содержит.

Также получен отзыв на автореферат из Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовского государственного медицинского университета» Министерства здравоохранения Российской Федерации, подписанный заведующим кафедрой хирургических болезней № 2, доктором медицинских наук, профессором Грошилиным Виталием Сергеевичем. Он также положительный и критических замечаний не содержит.

Других отзывов в диссертационный совет не поступало.

Шельгин Ю.А., академик РАН, председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор: Какие-то вопросы к Евгению Сергеевичу имеются? (Нет). Спасибо.

Я хотел бы попросить выступить официального оппонента профессора Юрия Михайловича Стойко. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет. Оппонентом сделано замечание-уточнение в отношении терминологии. Все хирургические методы автор разделяет на инвазивные и малоинвазивные. Инвазивная процедура – это от новолатинского слова *invasivus* («входить внутрь»). Примером этого является простейшая инвазивная процедура и сложная инвазивная процедура. К простейшей инвазивной процедуре относится любая инъекция, сложная и самая сложная – это хирургическая операция. Поэтому, может быть, «малоинвазивная процедура» не совсем точный термин, поскольку в классификации, если говорить об истоках этого термина, простейшая инвазия — это любая инъекция, поэтому склеротерапия – это инъекция. Наверно, именно такая простейшая инвазивная процедура, может быть, ближе подходит к этой классификации.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Юрий Михайлович, спасибо. Но все-таки хотелось бы услышать мнение Никиты Владимировича, разделяет ли он, и действительно возникли ли у него сомнения в таких формулировках в отношении термина «малоинвазивный». Конечно, Вы очень убедительно показали, что действительно это же не укол и т.д.

Стойко Ю.М., д.м.н., профессор: Не инъекция, да.

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

Шельгин: Да. И насколько мы здесь можем вправе пользоваться этим термином? На

самом деле термины крайне важный аспект научного исследования, да и вообще в практической работе. Пожалуйста, Никита Владимирович.

Туктагулов Н.В.: Глубокоуважаемый Юрий Михайлович! Хотел бы выразить Вам слова благодарности за Ваш труд, за уделенное время, за высокую оценку проведенной диссертационной работы.

Юрий Апатольевич, все операции делятся на малоинвазивные и инвазивные. К малоинвазивным операциям мы относим склеротерапию, так как объем вмешательства минимальный. Поэтому, я думаю, что мы имеем право называть это вмешательство малоинвазивным.

Стойко Ю.М., д.м.н., профессор: Сейчас очень много в литературе вносится этих современных терминов, по которым очень часто проводятся дискуссии, в том числе и на телевидении. Назвали склеротерапией, так пусть она останется склеротерапией, и соответственно не будет входить в открытую хирургию. Сейчас идет игра этих терминов. Я просто оперирую терминами из энциклопедии. Может быть, малоинвазивная и соответствует тому, что в данной классификации называется простейшая инвазивная, а в практике она называется малоинвазивной. Это же просто замечание.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Нам это интересно, наш Институт занимается проблемами различных методов лечения заболеваний толстой кишки и анального канала, том числе, конечно же, таких как геморрой, при лечении которого применяется очень большой диапазон различных методик. Нужно действительно еще раз поработать над тем, что мы включаем в этот перечень малоинвазивных методик. И я тут вполне согласен с Юрием Михайловичем, что мы каким-то образом так свободно используем вот эти термины, которые имеют уже четкое определение.

Спасибо, Юрий Михайлович.

И я хотел бы попросить профессора Земляного Александра Борисовича выступить в качестве официального оппонента. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Замечания по работе:

1) Нецелесообразно в подглаве 3.3 «Ранние послеоперационные осложнения» представлять и обсуждать данные о длительности пребывания пациентов в стационаре и продолжительности периода временной нетрудоспособности. Непосредственно в самой главе автором приведено только одно послеоперационное осложнение.

- 2) В диссертации отсутствует сводная таблица, отражающая частоту отрицательных результатов посевов и спектра выделяемых микроорганизмов – в начале исследования и в динамике. Это затрудняет анализ микробиологических данных.
- 3) Нелогично расположена подглава 3.7 «Оценка качества жизни как критерий для сравнения эффективности комплексного лечения ран после геморроидэктомии». Она находится между цитологическими и микробиологическими исследованиями. В результате эта подглава выпадает из контекста представляемого материала. Наиболее логично ее расположение было бы в завершении диссертации, как и результаты лечения с использованием низкотемпературной аргоновой плазмы.
- 4) В тексте диссертации отсутствуют пояснения идентичности значений показателей психического и физического здоровья внутри группы до операции и на 30-е сутки после ее выполнения.
- 5) В подглаве 3.2 «Оценка уровня болевого синдрома» в таблице 8 «Анализ применения количества обезболивающего препарата в основной и контрольной группе» на 6-й день видно, что одинаковая медиана (200) в обеих группах (основная и контрольная), но разные квартили (200; 200) -основная группа и (200; 300) – контрольная группа), $p=0,13$, то есть недостоверные различия. Если же посмотреть на 5-й и на 7-й день, то практически при равных статистических показателях появляются достоверные статистические различия ($p=0,02$). Данную позицию следовало бы уточнить в диссертации.
- 6) Также следовало бы подчеркнуть в работе сроки отказа от полного обезболивания, в частности, по примеру того, как была проведена фиксация момента полного заживления раневого дефекта. При этом, возможно, в меньшей степени следовало уделять внимание анализу количества обезболивающего препарата, кому, сколько было необходимо, поскольку это связано с эмоциональным компонентом.
- 7) В подглаве 3.4 «Клиническая оценка заживления ран после операции» диссертант пишет: «... на 21-й послеоперационный день на фоне применения НАП у всех пациентов основной группы раневой процесс соответствовал 3-й фазе». 3-я фаза – это фаза реорганизации рубца, раневого дефекта нет. И это терминологически не очень правильное применение для 21-х суток, когда присутствует еще раневой дефект. Далее пишется, что в этот же период у 6 пациентов (12%) основной группы раневой процесс всё еще соответствует 1-й фазе. Этот вывод делается на основании присутствия фибрина. На сегодняшний день помимо наличия некротических ран, некротических тканей, характеризующих острое воспаление, достоверным критерием 1-й фазы раневого процесса является экссудация, которая свидетельствует о наличии сосудистого

компонента – нарушения проницаемости сосудистой стенки на фоне медиаторов воспаления. По мнению оппонента это не очень точное выражение, поскольку к 21-м суткам эту картину нужно было трактовать все-таки несколько по-другому, как воспалительно-регенераторную фазу или в более мягких терминах.

8) В подглаве 3.6 «Сравнительная оценка заживления раны на основании цитологических исследований» автор указывает, что на 30-й день после геморроидэктомии полная эпителизация раны достигнута у 76% больных, а в цитологическом исследовании у этой же категории пациентов отмечено в мазках-отпечатках с раневой поверхности. Тут нужно было подчеркнуть – все-таки наступила полная эпителизация или все-таки присутствовала раневая поверхность с соответствующими, где необходимо, возможно, было провести раневой отпечаток.

8) В главе 4 «Результаты микробиологического исследования» автору в условиях несостоявшегося инфекционного воспаления нужно было бы также сосредоточиться на элементах профилактики при использовании данного метода, который бы профилактировал развитие инфекционного процесса при выделении контаминирующих напрезистентных штаммов.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Александр Борисович, спасибо огромное! Никита Владимирович, я прошу Вас попытаться ответить.

Туктагулов Н.В.: Глубокоуважаемый Александр Борисович! Огромное спасибо Вам за столь тщательный анализ диссертационной работы, за время, которое Вы уделили этому, за возможность присутствовать сегодня здесь.

По поводу Ваших замечаний.

По поводу послеоперационных осложнений. Мы указывали только те, которые действительно были. То есть если их не было, мы просто об этом не писали.

По поводу 3-й фазы образования рубца. Здесь имелось в виду, что происходит полная активная эпителизация раны, то есть рана очищена, преобладает грануляционная ткань и происходит активная эпителизация. Поэтому мы это относили уже к переходу в 3-ю фазу заживления раны.

На 30-й день после хирургического вмешательства по данным цитологического исследования у большинства пациентов наступала полная эпителизация послеоперационных ран, о чем свидетельствует наличие эпителия и отсутствие воспалительной реакции.

По поводу качества жизни больных. Данные анализировались, исходя из ответов пациентов. Поэтому учитывая, что в анкете говорится о длительном периоде, то есть там есть вопросы, на которые нужно отвечать на протяжении 4 недель. Поэтому, возможно, до и после операции эти показатели незначительно отличаются друг от друга.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., академик РАН, профессор Ю.А. Шельгин: Я благодарен – Александр Борисович всегда достаточно глубоко погружается в материалы, и с моей точки зрения, это нужно учесть и в дальнейшем осознании и методике и соответственно в умении анализировать результаты, полученные в процессе проведения научных исследований. И, конечно, мы обожаем, когда Вы к нам приходите, потому что мы видим не формальный подход, а глубокое знание вообще всех этих процессов касаясь осложненных рап.

Конечно, может быть достаточно сложно было показать эти преимущества именно по тем причинам, что все-таки сложная анатомия анального канала и перианальной области, затрудненный доступ, как это следовало из вопросов, именно к этой области. Но, вместе с тем, мы увидели, что все-таки благотворное влияние в конечном итоге методика принесла. Спасибо еще раз огромное!

Я тогда хотел попросить, кто бы еще хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Александр Юрьевич, пожалуйста.

Титов А.Ю., д.м.н.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги! Мне, несомненно, импонирует тема, которую мы сегодня рассматриваем на нашем заседании, потому что она, выражаясь политическим языком, архиважная и, на мой взгляд, абсолютно недооценена – я имею в виду, недооценка послеоперационного ведения пациентов. Большинство работ, которые выходят по тематике колопроктологии, посвящены результатам применения новых различных методик. Всё это, конечно, заслуживает внимания, да, это положительно. Но именно то, чем занимался Никита Владимирович имеет очень важное значение в выздоровлении пациентов, в правильном их ведении. Потому что, как правильно отметил Юрий Михайлович, предыдущий выступающий оппонент, что есть масса различных воздействий на раны и применяют их там, где надо и где не надо. Есть прибор и начинают воздействовать на эти раны. А ведь это абсолютно неверно, потому что в ряде случаев нам нужно затормозить раневой процесс, и это, например, при лечении прямокишечных свищей с большими промежными ранами, когда нужно быстро предотвратить избыточно быстрое заживление наружной раны и стимулировать внутреннее заживление раневого процесса.

И мне кажется, очень важно и точно подметил Александр Борисович, что воздействие именно низкотемпературной аргоновой плазмы влияет на формирование послеоперационного рубца с невыраженным коллагеновым компонентом – это принципиально важно при лечении пациентов колопроктологического профиля. Потому что грубые послеоперационные рубцы являются причиной различных анусалгий, болевых синдромов и т.п.

Эта работа, конечно, заслуживает продолжения с выяснением вот этих красугольных вещей в заживлении ран.

Несомненно, работа диссертательна, несомненно, она соответствует всем требованиям ВАК, которые предъявляются для кандидатских диссертационных работ. Поэтому мое мнение положительное.

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

Конечно, я согласусь, что мы, может быть, могли бы каким-то образом изучить более широко процессы заживления. Хотя не всё так просто, мне так представляется, и именно, если мы говорим о ранах, которые сформировались после геморроидэктомии. Чтобы понять детальный процесс заживления ран, механизм образования эластичного рубца, недостаточно только микробиологического и цитологического исследований. И, может быть, не ставилась такая задача при цитологических исследованиях. В исследовании изучались только наличие нейтрофилов или каких-то других (эпителиальных клеток) и т.д. И, может быть, следовало бы находить какие-то другие методы. Но необходимо подумать, каким образом всё это мы сможем в дальнейшем изучить.

Конечно, надо сказать, что в той практике, с которой мы сталкиваемся, а у нас все-таки в основном плановая хирургия и, в общем-то, таких обширных, открытых, нагноившихся ран на сегодняшний день бывает не так много. Я просто должен вам рассказать, не все присутствовали на бюро секции клинической медицины. В настоящее время в процессе ранений происходят повреждения, в том числе области промежности, и раны достаточно обширные и, может быть, уже на этапах госпитализации в тыл, имеет смысл поговорить с нашими коллегами и применять этот метод. Тем более, что я хотел бы напомнить, что поступило приглашение от главного военного клинического госпиталя им. И.И. Бурденко, где 24-го числа состоится два события: первое событие – это выступление на секции клинической медицины наших генетиков, будут рассматриваться вопросы наследственных форм рака, полипозных синдромов, профилактика заболевания и в конечном итоге снижение именно заболеваемости колоректальным раком; но еще одно

событие – это конференция, которая будет на базе Клинического госпиталя на Яузе. Нужно будет, конечно, направить нашу команду, выделить для участия в этой работе и, может быть, если такого рода методики нашими военными коллегами полевыми хирургами не используются, то предложить им вот такого рода уже на базе, в частности, военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко использование этих методик. И даже, если этого аппарата у них нет, то мы могли бы, в качестве такой взаимопомощи, передать во временное пользование. Но это так, отвлечение.

Теперь я хотел бы предоставить Никите Владимировичу заключительное слово. Пожалуйста.

Туктагулов Н.В.: Я бы хотел сказать большое спасибо:

- научному руководителю нашего Центра Шельгину Юрию Апатольевичу за возможность проведения данной работы, за возможность воспользоваться технической базой нашего Института;

- Сергею Ивановичу Ачкасову за содействие в написании диссертационной работы;

- всему коллективу 1-го клинического отделения, в частности, руководителю Кузьминову Александру Михайловичу за помощь на всех этапах проведения этой работы и исследования;

- также своему научному руководителю Выпегородцеву Дмитрию Вячеславовичу за постоянную помощь как в написании диссертационной работы, так и в разработке дизайна исследования и разработки самой методики.

Также отдельно хотел бы сказать спасибо отделу микробиологии и, в частности, Сухиной Марине Алексеевне за возможность проведения микробиологического исследования и, конечно же, цитологу Воробьевой Ирине Валерьевне за возможность проведения цитологического исследования.

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

Теперь мы должны с вами избрать счетную комиссию. И предлагаются следующие наши коллеги: Леонид Алексеевич Благодарный, Иван Васильевич Костарев и Сергей Алексеевич Фролов. Кто за данный состав счетной комиссии, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто против? (Нет). Кто воздержался? (Нет). Единогласно.

Тогда прошу членов счетной комиссии приступить к работе.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Пожалуйста. Я так понимаю, что у нас избран председателем Сергей Алексеевич Фролов. Пожалуйста, Сергей Алексеевич.

Фролов С.А., д.м.н., профессор: Счетная комиссия в составе: Фролов С.А., Благодарный Л.А., Костарев И.В. произвела подсчет бюллетеней при тайном голосовании по диссертационной работе Туктагулова Никиты Владимировича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия».

Состав совета утвержден в количестве 19 человек. На заседании присутствовало – 14, по профилю рассматриваемой диссертации докторов наук – 13. Роздано бюллетеней – 14. Осталось не розданными – 5. В урне оказалось – 14.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия: «за» - 14, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я прошу тогда проголосовать, утвердить или не утвердить заключение комиссии. Пожалуйста, кто за то, чтобы утвердить результаты голосования? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет).

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

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

Никита Владимирович, мы поздравляем Вас с присуждением Вам степени кандидата медицинских наук.

И, пожалуйста, я хотел бы спросить, есть ли какие-нибудь замечания по проекту заключения?

(Обсуждение проекта заключения)

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: И тогда я с вашего позволения прочитаю резюмирующую часть проекта заключения по кандидатской диссертации Туктагулова Никиты Владимировича «Применение низкотемпературной аргоновой плазмы в лечении ран после открытой геморроидэктомии». Представленная к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем колопроктологии, является самостоятельным и законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные диссертантом исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения пациентов с наружным и внутренним геморроем 4-й стадии.

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, 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 автор Туктагулов Никита Владимирович достоин присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия» 3.1.9.

Я прошу тогда утвердить с учетом поправок, которые были высказаны, данный проект заключения диссертационного совета. Пожалуйста, кто за то, чтобы утвердить? Кто против? (Нет). Кто воздержался? (Нет). Единогласно.

Вопрос традиционный: есть ли замечания по ведению диссертационного совета? Если нет, то позвольте на этом его завершить. Спасибо.

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

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук

Е.С. Суворегин



10 ноября 2022 г.