

**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 по защите диссертации

Варданяна Армена Воскановича
«Хирургическое лечение болезни Крона»,
представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук
по специальности 3.1.9. «Хирургия»

12 сентября 2024 г.

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. Суровегин

Москва – 2024 г.

Присутствовали следующие члены Диссертационного Совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
3.	Суровегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
6.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
7.	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
8.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
9.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
10.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9
11.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
12.	Кузьминов А.М.	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.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
16.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
17.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Уважаемые коллеги! Я хочу Вам доложить, что из 19 членов диссертационного совета присутствует 16. Таким образом, у нас кворум есть. Поэтому мы вправе провести наше мероприятие, заседание диссертационного совета. И я напомню, что у нас представлена к защите работа Варданяна Армена Воскановича «Хирургическое лечение болезни Крона», к защите на соискание степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9 «Хирургия». И я хотел бы сказать, что научным консультантом является член-корреспондент РАН Сергей Иванович Ачкасов и официальными оппонентами назначены Коротких Николай Николаевич и Андрей Андреевич Гуляев, а также Костенко Николай Владимирович, ведущей организацией назначено Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы».

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

Ученый секретарь специализированного совета к.м.н. Суровегин Е.С.: Глубоко уважаемые коллеги, соискатель Варданян Армен Васканович родился в 1982 году и по окончании в 2005 году «Московской медицинской академии имени Сеченова» по специальности «Лечебное дело» с 2005 по 2007 года проходил обучение в клинической ординатуре в Государственном научном центре колопроктологии. С 2007 по 2010 год проходил обучение в аспирантуре по специальности «Хирургия» на базе «Российской медицинской академии последипломного образования». С 2010 года зачислен на должность научного сотрудника хирургической группы отдела по изучению воспалительных заболеваний кишечника на базе Государственного научного центра колопроктологии имени Александра Наумовича Рыжих Минздрава России, возглавляемого профессором Игорем Львовичем Халифом. В 2011 году под руководством профессора Юрия Анатольевича Шельгина защитил кандидатскую диссертацию на тему «Место лапароскопической илеостомии в лечении гранулематозного колита». С 2012 года переведен в отдел онкологии и хирургии ободочной кишки на базе нашего центра, а в 2015 году назначен на должность заведующего хирургическим отделением онкологии и хирургии ободочной кишки. С 2019 года по настоящее время работает заведующим отделением хирургии воспалительных заболеваний кишечника Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения России.

Соискатель подготовил докторскую диссертацию на тему «Хирургическое лечение болезни Крона». Соискатель представил пакет документов в диссертационный совет. Все они соответствуют требованиям ВАК, предъявляемым к диссертациям на соискание степени доктора медицинских наук. При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составила 91,5%.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Какие вопросы к Евгению Сергеевичу по документам, по биографии? Спасибо, Евгений Сергеевич. Армен Восканович вам предоставляется возможность доложить основные положения вашей диссертационной работы в течение 20 минут. Пожалуйста.

Варданян А.В. в течение 20 минут изложил 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 ученого совета задавать вопросы по материалам диссертации.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Пожалуйста, кто бы хотел задать вопрос? Давайте я тогда стартую, чтобы вы ещё смогли обдумать. Но всё ж таки, Армен Восканович, во-первых, если мы говорим о причинах несостоятельности анастомоза, то была ли какая-либо корреляция между возникновением риска, возникновением несостоятельности и типом формирования анастомоза: ручной или аппаратный? Во-вторых, опять же, если касаемо именно частоты и несостоятельности анастомоза и риска его развития я не совсем уловил, была ли корреляция именно с продолжительностью короткого курса предоперационного лечения, или, как вы назвали, длительного курса предоперационной подготовки?

Ответ: Касаемо 1 вопроса, мы изучали, естественно, несостоятельность анастомоза. То есть вообще все осложнения между 2 типами анастомозов, мы не выявили какой-либо корреляции между именно несостоятельностью. То есть, собственно, изучалось большое очень количество критериев для того, чтобы понять, есть ли какое-то влияние на, в том числе, рецидив болезни Крона, но вот этих вот взаимосвязей мы не нашли.

Если говорить о длительности, о пролонгированном и коротком курсе консервативной предоперационной терапии, то здесь действительно большее количество осложнений было зарегистрировано в группе с коротким консервативным лечением. То есть здесь мы взаимосвязь эту обнаружили, включая и частоту несостоятельности, она тоже была здесь.

Здесь были взяты в принципе все осложнения, в том числе они были отдельно проанализированы по шкале Clavien-Dindo каждый по отдельности.

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

Ну а всё ж таки, если взять этих больных с несостоятельностью, вот когда бы тогда, вопросы так вот сформулирую, в каких случаях нужно отказаться, с вашей точки зрения, учитывая проведенные анализы от формирования именно анастомоза во время выполнения оперативного вмешательства? Когда возможно его сформировать? Всё ж таки вот насколько здесь вы бы посоветовали присутствующим в зале, поскольку у вас достаточно большой личный опыт, и вы проанализировали материалы достаточно значительные. Дайте совет как быть дальше? Когда формировать? Когда не формировать? Когда вывести стому?

Ответ: С удовольствием поделюсь. Надо сказать, что вообще в принципе те результаты, которые мы получили, проведя вот это вот исследование, они сейчас послужили поводом для очень сильного изменения нашей тактики на сегодняшний день. И как раз таки, те закономерности, которые мы нашли и потом применяли уже в практике, это очень сильно нам помогло для того, чтобы избежать в настоящее время, практически мы снизили это до каких-то меньше одного процента, несостоятельности кишечного анастомоза при болезни Крона. Какие факторы говорят в пользу временной кишечной стомы? Конечно же, это наличие вскрывшегося абсцесса интраоперационно во время операции. Это очень достаточно серьезный предиктор к развитию несостоятельности кишечного анастомоза. Наличие гормональной терапии, а именно эта доза должна быть ну как минимум 20 мг на протяжении не меньше 6 недель, то есть достаточно длительная гормональная терапия. Здесь всё-таки также следует отказаться от формирования первичного соединения. Ну и добавлю ещё, конечно же, нарушение кишечной проходимости, то есть если мы имеем дело, видим интраоперационно или на этапе ещё предоперационной подготовки престенотическое расширение тонкой кишки на большом протяжённом участке выше изменённого участка кишки, то в данной ситуации также следует отказаться от формирования первичных соединений в пользу временной стомы.

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

Пожалуйста, еще вопросы. Елена Александровна, или кто сначала? Наверное, нужно дать возможность выступить сначала гостям.

Белоусова Е.А., д.м.н., профессор: Мне просто не очень удобно гастроэнтерологу перед хирургами задавать вопросы. Но тем не менее, Армен Восканович, у меня несколько

вопросов. Скажите, пожалуйста, вот возраст 28 лет это была сплошная выборка, или вы просто брали больных только молодого возраста?

Ответ: Это была посчитана медиана, поскольку распределение больных было не гауссовым. Мы здесь использовали медиану, и это была медиана возраста среди всех пациентов.

Белоусова Е.А., д.м.н., профессор: Второй вопрос, по ROC-кривой обучаемости. Вы сказали, что 13 операций на примере одного хирурга достаточно, но вообще, так сказать, во всей литературе, когда хирурги выступают, они говорят о 50 операциях, в том числе для лапароскопического доступа. У вас там настолько ниже цифра? Почему?

Ответ: Очень хорошие вопросы, и у нас тоже возникали эти же вопросы, когда мы анализировали эту задачу и реализовывали её. На самом деле, действительно есть работы, которые говорят, что лапароскопический опыт должен быть не меньше 50, но это в основном касается либо колоректальной хирургии, либо абдоминальной хирургии. В общем, есть работы, посвященные кривой обучения лапароскопическим операциям при болезни Крона. Но вот отдельно или вкупе с открытыми операциями не было изучено нигде, то есть мы такого не увидели. Поэтому посчитали актуальным, проанализировать именно этот опыт и в отношении того, что мы взяли лишь одного хирурга. Тоже мы изучали этот вопрос, в литературе нигде не нашли, что так делать нельзя. То есть понятно, что кривую обучения можно проводить и на нескольких хирургах, но тоже нет нигде указания, а сколько должно быть этих нескольких хирургов. Поэтому мы посчитали уместным провести такой вот анализ и показать наш опыт и нашу кривую обучения, которая была в нашем центре.

Белоусова Е.А., д.м.н., профессор: Это очень интересно, но руки у всех хирургов разные, насчёт 13 операций. Третий вопрос, вы провели анализ зависимости осложнений от предоперационной гормональной терапии, а у вас не было больных на биологической терапии? Или вы просто такую задачу не ставили?

Ответ: Учитывая, что это были года 2012-2017, это, нужно так сказать, расцвет биологической терапии. Мы в основном использовали тогда препараты группы анти-ФНО. У нас было включено ещё буквально 3 пациента, которые получали Устекинумаб даже в 2017 году и этих пациентов было немного. В некоторых логистических регрессиях мы даже погружали именно факт назначения биологической терапии, но он нигде не вышел как независимый фактор риска. Но очень мало количество наблюдений в отношении биологической терапии.

Белоусова Е.А., д.м.н., профессор: И последний вопрос, если позволите, я не очень поняла, прозвучало сравнение открытых операций и лапароскопических операций по поводу

стриктуропластики, а не резекции и стриктуропластики без преимущества какой бы то ни было операции, да? Тогда зачем мы стремимся к стриктуропластике?

Ответ: Нет, если мы говорим, и вы спрашиваете об анализе, когда мы сравнивали стриктуропластику с резекционным способом. Мы погружали туда несколько критериев, то есть мы пытались понять, есть ли какая-то взаимосвязь выполнения этих методик, и даже если мы будем использовать лапароскопические операции, оказалось, что это также можно сделать успешно и лапароскопически. То есть можно сделать лапароскопию, увидеть масштаб проблемы и через мини доступ выполнить стриктуропластику в равной степени, как можно сделать и резекцию. Но, как мы уже показали, основным преимуществом стриктуропластики, конечно, является сохранение протяженности кишки. Это, по сути, органосохраняющие операции и, если есть показания к выполнению, нужно стремиться выполнять именно стриктуропластику.

Белоусова Е.А., д.м.н., профессор: Спасибо большое!

Выкова Бэлла Александровна, к.м.н.: Армен Восканович, подскажите, пожалуйста, такое хотелось бы услышать уточнение в отношении двух групп пациентов по предоперационной подготовке. Насколько я поняла, отличие вы получили в зависимости от времени подготовки, но не в зависимости от того, проводилась ли гормональная терапия или нет. Есть ли какие-то литературные данные в отношении этой ситуации? И второй вопрос, с учётом того, что вы говорите, данные о наборе группы пациентов проводились до 2017 года в отношении времени предоперационной подготовки. Изменилось ли ваше мнение в отношении короткого курса и долгого курса по подготовке этих пациентов?

Ответ: Спасибо большое, Бэлла Александровна, за вопрос. Значит касаясь литературных данных, они очень гетерогенные. То есть практически мы нигде не смогли найти такой, скажем так, подробный анализ с включением большого количества параметров, которые мы потом погрузили в логистические регрессии. Даже вот в отношении антибактериальной терапии нигде не указан срок проведения этого лечения. Хотя мы знаем, что при перианальных поражениях это назначение антибактериальных препаратов можно удлинять до 6 месяцев. То есть фактически мы можем их использовать достаточно длительное время, на сегодняшний день это разрешено. Надо сказать, что тогда в тот период времени у нас не было утвержденных клинических рекомендаций, и по сути, вот этот период 2,5 месяца он был такой эмпирический, поскольку мы наблюдали за этими пациентами. В каких-то ситуациях нам приходилось формулировать показания к хирургическому лечению по сути досрочно, мы видели какое-то развитие, наоборот - отрицательную динамику на фоне длительной консервативной терапии, поэтому мы искали этот период. Вот у нас он

получился 2,5 месяца. И сразу переходя на второй вопрос, конечно, сейчас у нас очень сильно изменился подход, особенно к пенетрирующей форме болезни Крона и с развитием инфильтрата, межкишечных свищей. Очень хорошо сейчас развивается диагностика в отношении компьютерной томографии. Мы начали очень хорошо видеть затеки посредством ультразвуковой диагностики, мы начали их пунктировать, потому что, к сожалению, в условиях этой работы было совсем небольшое количество пациентов, которым удалось дренировать затеки в инфильтратах путем черезкожного дренирования под контролем УЗИ, поскольку не было опыта. То есть вот почему я говорю то, что вот все эти результаты они дали толчок для очень серьезного развития по всем направлениям диагностики. И на сегодняшний день, какую пенетрирующую форму лечить, а какую не лечить? Это, конечно, ещё остаётся вопросом, но несомненно, лечение дает свои плоды, как минимум в отношении редукции воспалительного процесса. То есть мы, здесь не было указано в слайдах, но в диссертации этот момент отдельно изучен, мы смотрели и размеры инфильтрата, и толщину кишечной стенки, и патологическую васкуляризацию, и наличие гнойных затёков, их объем. То есть мы анализировали как раз вот именно эту группу с пролонгированным лечением, смотрели, как же изменяется ситуация? Действительно, все начинает уменьшаться, то есть это потом в последующем позволило почти в половине случаев группы с пролонгированным лечением выполнить операцию лапароскопически, тогда как в группе короткого лечения лапароскопические вмешательства были сделаны лишь 10% наблюдения, очень мало. Это, скорее всего, было продиктовано логикой в постановке показания к лапароскопической методике. То есть, если мы видим инфильтрат на полживота, конечно же, не один здравомыслящий хирург не пойдет туда лапароскопически. Но если мы проводим консервативную терапию и видим редукцию воспалительного процесса, почему бы не попробовать? Вопрос пока ещё, конечно, остается, какой должен быть объем этой консервативной терапии? Нужна ли вообще гормональная терапия, которая теоретически может, если она будет длительная и с высокими дозами, она может увеличить риск послеоперационных осложнений? Стоит ли нам подключать сразу же биологическую терапию, которая сейчас очень хорошо развита? Скорее всего, да. Но как будет в процессе и в прогрессии? Это большой вопрос. Я знаю, сейчас у нас идёт очень много исследований по этому поводу. Я надеюсь, что через несколько лет мы получим ответы. Спасибо.

Виктор Александрович Горский, д.м.н., профессор: Глубокоуважаемый, Армен Восканович, расскажите, пожалуйста, вот я не совсем понятно, как длительность операции может увеличивать риск развития рецидива? Вот с чем это связываете вы?

Ответ: Спасибо большое за вопрос. Мы тоже удивились, честно говоря, когда это вот увидели и получили такую закономерность, но потом проанализировали результаты. Вероятнее всего, это связано с тем, что более длительные операции идут у, скажем так, более осложненных пациентов. То есть активности и агрессивность заболевания с инфильтратами, с множественными межкишечными свищами естественно влияют на продолжительность хирургического лечения. И эти пациенты по стратификации риска для продолжения противорецидивной терапии попадают уже в группу высокого риска рецидива, и, вероятнее всего, именно с этим связано. То есть мы оперировали дольше пациентов, которые имели большее количество осложнений внутри брюшной полости.

Виктор Александрович Горский, д.м.н., профессор: Так может это всё-таки связано с неполным объёмом вмешательства? Где-то там что-то упустили, так сказать, вот риск рецидива. Может с этим?

Ответ: Нет, знаете, у нас не было таких пациентов, которым мы намерено что-то оставляли. То есть у нас была задача убрать пораженный участок кишки, что мы, собственно, и делали, когда была возможность.

Виктор Александрович Горский, д.м.н., профессор: Понятно, то есть это не связано. Ну тогда извините, пожалуйста, вот формулировка 10 вывода, так сказать, у меня вызывает тоже большие сомнения. Продолжительность вмешательства является фактором риска, но повышает шанс развития рецидива. То есть это зависимый, по существу, фактор, правильно? Они независимые? Если повышается риск рецидива, то это зависит от продолжительности, значит, зависимый фактор? Ну мне так кажется.

Ответ: Я могу прокомментировать. Да, спасибо большое за комментарий, за вопрос. Что мы понимаем под независимым фактором? Когда мы проводим однофакторный, многофакторный анализ, мы погружаем логистическую регрессию, а регрессия очень большое количество параметров, которые могут друг от друга как-то зависеть, и именно поэтому мы выполняем в последующем многофакторный анализ тех критериев, которые были достоверны в однофакторном анализе. И если они получаются у нас, как в данной ситуации получились, показывают свою достоверность, то есть мы доказываем тем самым, что этот фактор, то есть продолжительность вмешательства более 150 минут, не зависел от каких-то других критериев. То есть кровопотеря, использование лапароскопических вмешательств, то есть он от них не зависит. То есть он сам по себе независимый фактор риска к развитию в последующем рецидива.

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

Но по сути, термин чисто статистический в большей мере, а не клинический. Пожалуйста. Виктор Александрович Горский, д.м.н., профессор: Можно я одно замечание позволю. В своё время, Чемберлен сказал, что есть ложь, есть большая ложь, а есть статистика, но это не я сказал.

Хомяков Евгений Александрович, к.м.н.: Армен Восканович, спасибо за доклад. Равным образом скажите, пожалуйста, как лапароскопический доступ мог снизить вероятность частоту формирования стомы в 5 раз?

Ответ: Спасибо большое за вопрос, Евгений Александрович, очень хороший. Очень много вопросов, которые для нас были тоже очень такими неожиданными. И этот аспект мы также отдельно рассмотрели и проанализировали в нашей работе. Конечно же, мы все понимаем, что сама по себе лапароскопическая операция не может снизить риск формирования временной стомы. Вероятнее всего, здесь опять-таки все продиктовано логикой постановки показаний к тому или иному способу вмешательства. То есть в тех ситуациях, когда мы видели редукцию инфильтрата, что он был не очень большой, что было вовлечено не очень большое количество других органов, межкишечных свищей, мы понимали, что мы можем эту операцию сделать лапароскопическим способом. И действительно, у нас это получалось и, учитывая отсутствие тех осложнений, о которых я уже говорил, когда мы отказываемся от формирования первичного соединения, получалось так, что этим пациентам выполнялась хорошая лапароскопическая операция с первичным анастомозом. Естественно, у тех пациентов, где применение лапароскопических вмешательств не выигрывало никак, и мы понимали, что оно не принесет никакой пользы и не будет эффективно, то тогда мы выполняли открытое вмешательство. Но вот получился такой вот результат с учетом тех данных, которые у нас были, и мы решили тоже им поделиться.

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

Но всё-таки я бы хотел тогда такой провокационный вопрос. Опять же я задавал вопрос насчёт вашего совета другу, что называется, присутствующим в зале: когда формировать анастомоз или нет? И вы мне дали в ответ на такой вопрос, что вот тысяча этих противопоказаний к формированию вследствие, опять же, так скажем, более агрессивного течения болезни, отсутствия или наличия каких-то осложняющих факторов. Вы говорите, если вы вскрыли абсцесс, то это уже, и я думаю, что это опосредованный такой показатель, конечно же. И понятно, так я формулирую вопрос, что наверное, была же зависимость какая-то от степени выраженности и тяжести течения заболевания? И она оказывала

влияние на выбор метода доступа хирургического? То есть это открытая хирургия или лапароскопическая?

Ответ: Конечно, да, мы этот аспект изучили и проанализировали как раз, когда решалась задача по поводу предоперационной консервативной терапии, где мы обнаружили, что в группе пролонгированного лечения удалось выполнить почти в половине случаев операцию лапароскопическим способом. В то же время та же группа, но с коротким лечением, там предпринята попытка лишь в 10% наблюдений. То есть здесь мы чётко видим зависимость именно в формулировке логики, формулировке показания к доступу.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Я прошу прощения, а не могли бы ли вы напомнить ещё раз, какова схема предоперационной терапии? Что было включено?

Ответ: Было 2 схемы: ципрофлоксацин с метронидазолом; и ципрофлоксацин с метронидазолом и с преднизолоном.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Ну, то есть вы пытались таким образом ликвидировать, по сути дела, снизить степень выраженности воспалительных изменений? То есть вы не лечили, так скажем, сам аутоиммунный процесс, потому что мы понимаем, что с помощью антибиотиков никак не вылечишь, а вы пытались ликвидировать сопутствующие осложнения болезни Крона в виде различных воспалительных осложнений, абсцессов, свищей и так далее. Почему так? Я правильно понимаю?

Ответ: Совершенно верно, Юрий Анатольевич.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Потому что я, просто извините, что так коротко сейчас некоторое такое отступление от диссертации, вчера я присутствовал на разборе клинического наблюдения, которое проводилось в Департаменте здравоохранения. И вот аппендикулярный инфильтрат, как его лечить? В клинических рекомендациях по лечению категорически запрещено какое-либо хирургическое лечение при наличии инфильтрата. То есть я к вопросу, поэтому и там только именно антибиотикотерапия, вот никак по-другому. Поэтому здесь, наверное, тоже можно экстраполировать скорее всего, теперь я уже не говорю, по сути дела, вы лечили именно инфильтраты и различные абсцессы. И понятно, что в зависимости от продолжительности терапии, и более того, вы говорите, что при пролонгированной вы уже по сути дела, использовали и отчасти, мы же можем сказать, что, если мы использовали гормональные препараты, то мы же всё-таки использовали именно для лечения уже именно самого процесса.

Ответ: Специфическая консервативная терапия.

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

Конечно, и поэтому может быть этим объясняется, что вы чаще в конечном итоге могли добиться успеха, потому что присоединяли ещё специфическое лечение. Ну а вот ещё тогда вопрос, на каком этапе это было изначально даже при наличии положим признака рентгенологических или ультразвуковых наличие абсцесса? Вы в этом случае, что могли назначать? Гормональную терапию?

Ответ: Нет, конечно, это там, поскольку не все пациенты получали гормональную терапию, при наличии абсцессов, которые мы диагностировали под контролем УЗИ, назначалась антибактериальная терапия. И мы даже анализировали объём этого затёка на протяжении пролонгированного лечения и там получили очень такие интересные результаты. Увеличение объёмов затёков, сравнивая группу пролонгированного лечения по времени, и мы потом проанализировали, и действительно оказалось то, что фактическое количество пациентов с затёками уменьшилось, но был ряд пациентов, которые демонстрировали увеличение объёма затёков и после по факту они потом в последующем ушли сразу на хирургическое лечение. То есть это было при контроле УЗИ, когда было зарегистрировано увеличение объёма затёков, все они ушли сразу же на хирургию. Но вот было такое парадоксальное, с одной стороны, полученный результат то, что в течение времени увеличился объём затёков, но на самом деле, когда мы разобрались в причинах и оказалось, что на самом деле это не так, то есть консервативная терапия не увеличивает объём гнойных затёков животе.

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

Но все таки, извините, что я вас мучаю, всё-таки возникает невольный вопрос, но всё-таки может быть, вот это вот короткий курс терапии, и учитывая то, что это антибиотики, был обусловлен тем, что терпеть более было невозможно? И вам нужно было коротко, ну, то есть более агрессивные и какие-то тяжёлые осложнения воспалительного характера имелись вот в этой подгруппе, где короткий курс, и вы не могли просто ждать более? И именно этим была обусловлена вот, да, так скажем, вот такие различия и в результатах?

Ответ: Всё верно, да, Юрий Анатольевич, говорите. Но мы, когда анализировали эти 2 группы, они были полностью сопоставимы по своим осложнениям и по своей активности. Потому что мы брали только инфильтраты брюшной полости, погружали туда, собственно, всех пациентов, которые мы вели, ну вот так сложилось, что при наблюдательном исследовании часть пациентов ушло в короткую группу. Мне немножко сложно сказать,

почему так произошло, потому что это же не была рандомизация, но вот так сложилась судьба этих пациентов.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Пожалуйста, ещё вопросы к Армену Воскановичу.

Пикунов Д.Ю., к.м.н.: Глубокоуважаемый Армен Восканович, мой вопрос будет касаться кривой обучаемости хирургов. Скажите, пожалуйста, значит, вот такая цифра 13 операций и в условиях большой гетерогенности видов оперативных вмешательств проводилась ли у вас, какая-то стратификация? Я имею ввиду, что-либо это, например, вы взяли только илеоцекальную резекцию и выбрали вот такую кривую, и на этой цифры остановились. Или это было в общем на круг?

Ответ: Спасибо большое за вопрос, Дмитрий Юрьевич. Это одно из ограничений этого анализа, поскольку мы брали абсолютно все операции, которые выполнялись хирургом номер 1. То есть это, к сожалению, ограничивает немножко наши результаты, но по крайней мере, хоть какой-то результат мы в любом случае получили. Можно дальше изучать.

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

Ученый секретарь специализированного совета, к.м.н. Суwegeин Е.С.: Два коротких вопроса. Первое, на что вы опирались при назначении пролонгированной терапии? Это на сроки ее проведения, там например, больше там полутора месяца, например, либо же на какие-то методы объективного контроля: УЗИ, КТ и изменения размеров инфильтратов или пальпируемого образования брюшной полости?

Ответ: Спасибо большое за вопрос Евгений Сергеевич. Дело всё в том, что исследование оно было такое больше поисковое было. То есть у нас не было каких-то определенных сроков, что вот здесь вот мы останавливаемся и смотрим, что будет дальше. И 2,5 месяца - медиана, то есть там достаточно большой разброс: максимальная срок лечения был 4 месяца. И мы опирались, конечно же, на объективные методы обследования. То есть мы выполняли этим пациентам в основном ультразвуковое исследование, у ряда пациентов удалось сделать контрольные КТ-исследования, но КТ обладает лучевой нагрузкой, мы мало, где могли использовать в качестве контроля. Поэтому основной метод был, конечно же, ультразвуковое исследование, общее состояние пациентов, естественно, потому что часть из них попали уже на операционный стол с признаками нарушения кишечной проходимости, и все это обуславливало стратификацию по показаниям. Поэтому 2,5 месяца это вот медиана получилась у нас. Но, конечно же, в дальнейшем надо уже более подробно изучать. То есть, может быть, даже использовать какие-то рандомизированные

исследования, где мы можем понять, какой же конкретный срок лучше использовать для достижения наших целей.

Ученый секретарь специализированного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: Спасибо, и второй вопрос. Вот у вас вторая задача это выявить факторы риска оперативного вмешательства у пациентов с болезнью Крона. Насколько я понимаю, это некоторая некая аналогия фактора риска и оперативного вмешательства пациентов с язвенным колитом. Всегда ли операция — это констатация неэффективной консервативной терапии у пациентов с болезнью Крона? Либо же хирургия может быть каким-то не конечным этапом его лечения, а промежуточным, и либо даже первым, например, илеоцекальном поражении?

Ответ: Неэффективность консервативной терапии это одно из показаний, наиболее часто возникающих при хирургическом лечении болезни Крона, но бывает и пациенты, которых приходится оперировать без какой-либо консервативной терапии. В основном это уже пациенты, которые поступают к нам с осложнениями. Чаще всего это, конечно же, нарушение кишечной проходимости, где нам не всегда удается реализовать эффект консервативной терапии, потому что он достаточно длительный. Здесь я уже говорю не об антибактериальных препаратах, а уже о специфической терапии: это гормональное лечение и назначение генно-инженерных биологических препаратов. Поэтому неэффективность консервативной терапии, наверное, наиболее частые показания, и действительно, это и есть, и мы показали это в нашей работе в том числе.

Ученый секретарь специализированного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: А были либо пациенты, у которых вы стартовали лечение с хирургического этапа? Были ли пациенты, у которых вы стартовали всю программу лечения с хирургии?

Ответ: Нет, сразу практически не было. Даже были вот эти пациенты, которые попали даже в группу короткого лечения, но все равно они хоть какое-то лечение они получали. И плюс ещё очень много пациентов попадали к нам с анамнезом назначения, как и гормональных препаратов, так и биологической терапии, то есть так, 99% были пролечены.

Ученый секретарь специализированного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: Спасибо!

Костарев И.В., д.м.н.: Уважаемый Армен Восканович, скажите, пожалуйста, вот, судя по данным вашим лапароскопические операции были выполнены только у трети пациентов в исследовании, правильно?

Ответ: Если мы рассмотрим по формам, то в группе терминального илеита наибольшее количество процентов было оперировано, их 47%.

Костарев И.В., д.м.н.: Вопрос, это было обусловлено временем то, что исследование выполнено с 2012 по 2017 год? Или это были обусловлены показания? Вы пробовали

лапароскопически, но не получалось у части больных, и тогда в этом случае у скольких и почему не получалось? Либо вы исходно подходили к тому, что лапароскопически только у более простых, так скажем вариантах? И следующий вопрос в таком случае, вы говорите, что в 5 раз снижается количество осложнений у пациентов, оперируемых лапароскопически. Не связано ли это просто потому, что это более лёгкие пациенты?

Ответ: Спасибо большое, Иван Васильевич за вопрос. В отношении конверсии у нас было около 10% конверсий, они естественно же были. И соглашусь с вами в отношении более легких пациентов, конечно же, да. То есть это я уже отмечал, что, когда мы определяли показания к лапароскопической операции, мы руководствовались возможностью выполнить эту операцию лапароскопически. То есть те пациентов, у которых были обширные инфильтраты, занимающие там всю правую половину живота, множественные межкишечные свищи или свищи с мочевым пузырем, свищи с сигмовидной кишкой. Мы понимали, что на тот период времени, что мы пока не готовы к таким вмешательствам и действительно выбирались, шел отбор пациентов, которым возможно было выполнить эту операцию лапароскопически.

Костарев И.В., д.м.н.: И в продолжение, в таком случае, вот на сегодняшний день расширены показания к лапароскопическим операциям или же они примерно на том же уровне остаются?

Ответ: Нет, конечно, как я уже отмечал, практически все аспекты, которые мы рассматривали вот в этой диссертационной работе, они дали ход развитию вообще, в принципе всего лечения и диагностики болезни Крона в нашем центре, в том числе особенно. И несомненно, сейчас эти показания расширены, и мы где-то в 40% уже используем лапароскопические технологии даже с обширными филтратами, с вовлечением мочевого пузыря и сигмовидной кишки и выполняем эти операции с таким же успехом как и открытым способом. И на сегодняшний момент мы не видим какой-либо статистически достоверной разницы между даже осложнениями при выборе доступа.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Пожалуйста, ещё вопросы. Если нет, я на закуску, последний, извините уж, чтобы прояснить. Вот положим сейчас у вас попадается пациент с абсцессом, который можно пунктировать, дренировать. И вот в таком случае, в какой момент вы после пункции, если это всё удачно, назначите, в какие сроки генно-инженерные препараты?

Ответ: Спасибо большое за вопрос, такой практический вопрос. Я отвечу, как мы сейчас уже поступаем при наличии абсцесса, у которого есть ультразвуковой доступ, то есть мы видим ультразвуковое окно для его пункции. Естественно, мы в этот же день дренируем

этот абсцесс, и в целом специфическую консервативную терапию можно начинать на следующий же день. С биологической терапией немножко сложнее, потому что у нас есть определённые сроки, и пациент должен иметь консультацию фтизиатра, квантифероновый тест, но даже если мы сделаем это достаточно быстро, сейчас это можно сделать в течение 3-4 дней, то мы назначаем эту терапию тогда, когда это уже возможно. То есть мы не ждем какой-то реализации, у нас есть уже контроль гнойного процесса путем дренирования, мы можем контролировать полость абсцесса ультразвуковыми способами. Если мы увидим, что мы не контролируем этот гнойный процесс, и он, например, увеличивается, то мы останавливаем консервативную терапию, и это является показанием уже к хирургическому лечению.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо. Если не появилось больше вопросов, давайте мы завершим, и я попрошу в качестве научного руководителя выступить Сергея Ивановича и дать характеристику соискателя. Пожалуйста.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги, как вы уже слышали из представления ученого секретаря, Армен Восканович весь свой карьерный путь начал в нашем центре и сейчас продолжает его здесь, пришёл сюда в клиническую ординатуру, потом учился в аспирантуре и сразу же посвятил себя лечению, на мой взгляд, одной из самых тяжёлых категорий пациентов - это пациенты с воспалительным заболеванием кишечника. Нужно сказать, что здесь достиг больших успехов. Достаточно сказать, что Армен Восканович пользуется непрекаемым авторитетом среди специалистов, занимающихся ВЗК и является желанным гостем на любом конгрессе, где разбираются вопросы хирургического лечения ВЗК. Нужно сказать, что так сложилась судьба, что мы с Арменом Воскановичем работали в одном отделении, я был научным руководителем, а он был заведующим отделением какой-то промежуток времени. И я бы охарактеризовал его как большого труженика. Это врач, у которого нет начала рабочего дня, нет конца рабочего дня, нет выходных, если вопрос стоит по лечению пациентов, потому что лечение пациентов для него стоит на первом месте. Именно поэтому он пользуется любовью этих пациентов, он знает их всех. Например, неудивительно, когда он приходит ко мне в кабинет и говорит: «Сергей Иванович, вот Катя, которая у нас после резервуара, она забеременела, и мы её пускаем в роды». То есть он знает судьбу всех этих пациентов, и пациенты платят ему тем же. Нужно сказать, что он пользуется и авторитетом среди коллектива. И тоже, на мой взгляд, заслуженно. Ну и последняя для меня характеризующая Армена Воскановича, но не

последнее для него, конечно же, он прекрасный семьянин, у него 2 чудесные девочки, и на этом я бы хотел завершить характеристику диссертанта, дав положительную ему оценку.

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

Спасибо. Евгений Сергеевич, пожалуйста, сообщите, какие документы поступили в учёный совет. Пожалуйста.

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

Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отдела онкологии и хирургии ободочной кишки Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России 27 апреля 2023 г., протокол № 8. На заседании диссертационного совета от 12 апреля 2024г. (протокол № 6) избрана комиссия для проверки диссертации в составе докторов медицинских наук Вышегородцева, Кашникова и Пономаренко. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите. Была принята к защите на заседании диссертационного совета от 4 июня этого года (протокол № 7). По теме диссертации в центральной печати опубликовано 19 научных работ, в которых отражены основные положения выполненной диссертации. Получены следующие отзывы официальных оппонентов: доктора медицинских наук, профессор Гуляева Андрея Андреевича, главного научного сотрудника отделения неотложной хирургии, эндоскопии интенсивной терапии ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук Коротких Николая Николаевича, заместителя главного врача по хирургии Воронежской областной клинической больницы №1, доцента кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Бурденко» Министерство здравоохранения Российской Федерации и доктором медицинских наук, доцентом Костенко Николая Владимировича, заведующего кафедрой хирургических болезней последипломного образования с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО «Астраханского государственного медицинского университета» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Они будут озвучены самими оппонентами. Также получен отзыв ведущей организации – Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», составленный доктором медицинских наук Алиевым Вячеславом Афандиевичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

И получен также отзыв на автореферат из РНЦХ имени академика Б.В. Петровского от доктора медицинских наук Беджаняна Аркадия Лаврентьевича. Он также положительный, другие отзывы в диссертационный совет не поступали.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Таким образом, каких-либо замечаний в полученных отзывах нет.

Ученый секретарь специализированного совета к.м.н. Суровегин Е.С.: Да, принципиальных замечаний нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо. Тогда я тогда попрошу выступить официальных оппонентов. Идем по списку Андрей Андреевич вы первый. Профессор Гуляев, пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний к автореферату нет. Вместе с тем, хотелось бы отметить важные пункты:

1. Казалось метод ультразвуковой эластографии должен быть ведущим в обследовании больных, но чётко было показано, что КТ-энтерография значительно с более высокой точностью устанавливает локализацию и степень фиброзных изменений в стенке кишки, и это очень важно, планируя обследование.
2. Было установлено, что при выявлении у пациентов с болезнью Крона коротких до 10 см, стриктур значительно эффективнее является энтеропластика по сравнению с резекцией кишки.
3. В диссертации очень чётко показан баланс, который необходимо соблюдать во времени подготовки к операции.
4. С моей точки зрения, здесь проведён неполный анализ осложнений и количества рецидивов. Взят наиболее на поверхности лежащий фактор время операции, а время операция бывает обусловлено разными причинами. Стоит более подробно разобраться, какие факторы, какие осложнения привели к отрицательному результату.
5. Фрагмент кривой обучения можно считать, как незначимым, потому что я считаю невозможным рассматривать кривую обучения на примере одного хирурга.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Спасибо, Андрей Андреевич. Пожалуйста, Армен Восканович.

Вардания А.В.: Андрей Андреевич, спасибо большое за такой подробный анализ, который вы провели, поработали над диссертацией. В свою очередь, если позволите, я прокомментирую какие-то моменты, которые Вы также отметили, посвящённые, конечно же, УЗИ эластографии. Действительно, у нас были большие надежды, и возлагали мы на этот метод. На самом деле метод действительно хороший, просто его применение очень

сильно ограничено, то есть у тучных пациентов невозможно, ее очень сложно провести, ультразвуковую эластографию. Возможно, это есть некоторые ограничения этого метода, и надо его использовать, но в каких-то определённых ситуациях.

По поводу времени хирургического вмешательства и влияния продолжительности операции действительно с вами можно согласиться. Я бы здесь даже соединил это замечание с кривой обучения, что, наверное, вероятнее всего, вообще в принципе этих пациентов нужно концентрировать, желательно в каких-то одних руках для того, чтобы нивелировать вот этот момент, когда можно оперировать чуть медленнее, чуть быстрее, чтобы это вышло как-то на какую-то плато. Но действительно кривая обучения в том виде, в том анализе, котором мы провели, он имеет очень большие ограничения, но по крайней мере это такой был первый опыт и первый анализ. Мы попытались, возможно, в последующем будем анализировать больше. Спасибо большое.

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

Я хотел бы попросить Николая Владимировича Костенко выступить в качестве официального оппонента. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет. В ходе выступления оппонентом прокомментированы некоторые аспекты, связанные с гетерогенностью изучаемых групп больных, а также с большим количеством выбранных критериев для формирования выводов. Высказано пожелание о выполнении в будущем подробного анализа возникновения рецидивов: Особенно, конечно, то, что было интересно и то, что может быть я не нашёл в работе, и я понимаю по объективным причинам, потому что работа была ограничена во времени, это действительно подробный будущий анализ рецидивов заболевания. Потому что рецидивы возникали и в зоне анастомоза, и в других отделах желудочно-кишечного тракта, и в диссертации было показано, что часто они вызывали в форме перианальных осложнений. Поэтому, конечно, это крайне интересный так сказать, фрагмент дальнейшего исследования.

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

Спасибо, Николай Владимирович. Пожалуйста, Армен Восканович.

Варданян А.В.: Николай Владимирович, спасибо вам большое за такой неформальный подход к диссертации. Я с огромным уважением отношусь к вашим заслугам перед хирургическим лечением ВЗК, и все знают про них. И если позволите, я также прокомментирую некоторые аспекты, которые Вы также указали. Первое касается гетерогенности пациентов. Действительно, основная у нас была проблема — это систематизировать и объективизировать этих пациентов. Но в какой-то степени нам это вот

удалось, особенно в анализе предоперационной консервативной терапии. И говоря о таких критериях и предикторов, как длительность и кровопотеря, мы очень внимательно к этим критериям отнеслись, и мы в работе, особенно когда использовали логистические регрессии, не руководствовались медианой. То есть мы разбивали на несколько групп, потому что мы боялись упустить значимый интервал в длительности и в кровопотери, и у нас получалось 4 различные группы по длительности и по кровопотере. Тем самым мы пытались ещё больше объективизировать эти критерии для того, чтобы найти какие-либо закономерности и отойти от тех работ, которые нам встречались в литературе. Говоря о большом количестве критериев, я помню ещё вот Олег Иванович на апробации предлагал уменьшить количество параметров, которые мы погружали в логистические регрессии, потому что их слишком много, они могут конфликтовать между собой, связываться и получать ложный результат. Но если бы мы его убрали бы хотя бы часть этих параметров, мы бы, по сути, опустили к тем исследованиям, которые мы находили в литературе. В литературе такого большого количества критериев, включенных вот именно в данной работе, мы вот не нашли в литературе, поэтому мы посчитали это важным и оставили все параметры. Ну и в отношении перианальных поражений, действительно, у нас есть некоторые ограничения в описание этого проявления заболевания, поскольку это целый огромный отдельный кластер проявления болезни Крона и, конечно же, он заслуживает отдельной, наверное, даже докторской диссертации и анализа глубокого посвященного периода поражения у нас не было, поэтому здесь, в структуре именно этой диссертации перианальные поражения носят лишь описательный характер. Но у нас ведется работа сейчас очень активно посвященная перианальным поражениям болезни Крона. Надеемся, что скоро она реализуется также в хорошую докторскую диссертацию. Спасибо вам большое!

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

Спасибо! Я хотел бы пригласить Николая Николаевича Коротких тоже выступить 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, Николай Николаевич. Пожалуйста, Армен Восканович.

Варданян А.В.: Николай Николаевич, спасибо большое за достаточно подробный такой анализ результатов дистанционного исследования. Также позвольте буквально пару комментариев. Вновь возвращаясь к гетерогенности наших пациентов, и повторяюсь, что эта работа позволила нам в дальнейшем очень серьезно пересмотреть некоторые аспекты

тактические в лечении подобного рода пациентов. И на сегодняшний день мы как-то уже вот научились систематизировать этих пациентов, что позволило нам начинать проводить даже рандомизированные исследования, то есть группы у нас всё теперь сопоставимы и на сегодняшний день проводятся такие исследования. И наверное, это всё-таки благодаря тому, что вот мы проанализировали такой большой объём пациентов в прошлом. Ну, конечно же, в отношении стриктуропластики, это был такой первый опыт, он был совсем небольшой. В последующем мы наращивали обороты, и на сегодняшний день уже используется не только стриктуропластика по Хайнеку-Микуличу, мы уже выполняли стриктуропластики по Финнею, и даже выполнили уже одну стриктуропластику по типу Михеласси, так называемая изоперистальтическая стриктуропластика «бок-в-бок» протяжённостью там больше 30 см. То есть мы не стоим в этом отношении на одном месте, и вот данная работа показала, что пластика не хуже, чем резекционный способ, и мы активно сейчас этим пользуемся и правильно подбираем пациентов для этого. Спасибо вам большое.

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

Спасибо! Кто хотел бы выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, профессор Белоусова Елена Александровна.

Белоусова Е.А., д.м.н., профессор: Глубоко уважаемый Юрий Анатольевич, Евгений Сергеевич, естественно, уважаемый диссертант. Вы знаете, очень странно присутствовать на хирургической защите. Я вот на третьей хирургической защите присутствую, честно говоря, меня подкупила дискуссия, которая развернулась вокруг каждого из положений этой работы, не всегда услышишь, но ведь далеко не всегда услышишь такую широкую, такую интересную дискуссию. Я, как абсолютный профан в хирургии со своей позиции гастроэнтеролога, могу сказать только спасибо диссертанту за эту работу, потому что куда попадает пациент после операции? Естественно, он попадает к нам, он от нас уходит, он к нам приходит, и для нас очень важно знать: будут рецидивы, не будут рецидивы, были послеоперационные осложнения, не было послеоперационных осложнений, то есть чего нам ждать от пациента. Точно так же хирурги ждут от нас, что мы скажем: «Ребята, вот здесь вы имеете в виду, что у пациента были такие-то, такие-то осложнения, и посмотрите-ка вы, пожалуйста, автореферат работы Армена Воскановича и посмотрите, как в этом случае вот нужно накладывать первичное анастомоз или ограничиться стомой». Это вот те практические моменты, которые, как я понимаю, нужны хирургам общего профиля и не только хирургом общего профиля, даже во многих специализированных не колопроктологических клиниках. С моей точки зрения, и диагностические моменты, на

сегодня уже об этом много говорили, что мы очень надеялись на оценку степени фиброза по данным ультразвукового исследования, увы, да. Но ультразвуковики с пеной у рта говорят, что нет, мы лучше, чем КТ, мы дешевле, и мы полностью отвечаем за результаты своих исследований. И вот, пожалуйста, статистический анализ показал, что это, увы, совсем не так. То есть мы опять возвращаемся, это очень важно, мы возвращаемся, пока к единственному исследованию, которое может нам оценить степень фиброза. Вопрос, который вот сегодня возникал, я так понимаю, что достаточно много дискуссионных моментов в работе и не зря возникали эти вопросы. Ну вот, в частности, я абсолютно согласна с коллегой относительно 10 вывода, как время операции влияет на частоту осложнений. Всё зависит от того, что заложить в регрессионный анализ. Если туда заложено время операции, то да, мы получим такой результат. А если туда заложить, допустим, количество свищей в брюшной полости, понятно, что время операции будет больше, и мы тоже получим такой результат. Только зависит от того, на какой критерий мы будем ориентироваться на количество осложнений, количество свищей, размер абсцесса брюшной полости. Поэтому может быть какие-то формулировки в выводах стоит пересмотреть с других статистических позиций. Регрессионный анализ - это не единственный метод или, может быть, можно по другому выбрать критерии для того, чтобы получить ну результаты, которые звучат для практика более, ну более правдоподобно, я бы сказала. Хотя никто так сказать, не подвергает сомнению результаты, которые получены, и они, с моей точки зрения, блестящие. Далее мне бы хотелось сказать, что практические рекомендации могут быть просто руководством к действию и, учитывая, что, например, наши клинические рекомендации это такая живая структура, которая должна постоянно меняться, вот при следующем пересмотре наших клинических рекомендаций уже ряд положений можно пересмотреть с учетом тех данных, которые получены Арменом Воскановичем. В целом, я хочу сказать большое спасибо, нам, гастроэнтерологам, выводы этой диссертации очень помогут.

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

Спасибо, Елена Александровна. Армен Восканович, не знаю, но тут нужно, наверное, просто среагировать абсолютно. Так скажем, доброжелательный отзыв, тем более, и я думаю, что даже только лишь спасибо Елене Александровне. Хотя ещё раз я хотел бы нашу позицию хирургов-колопроктологов выразить, что всё равно мы все понимаем, что основным лечащим врачом является гастроэнтеролог. И тут ни у кого не возникает сомнений, потому что понятно, что базовая терапия, конечно же, назначается специалистом гастроэнтерологом, который лечит эту крайне сложную категорию пациентов. Хирурги

лишь лечат, по сути дела, возникшее осложнение, а не саму болезнь, и это крайне важно для нас, что мы работаем вот в таком хорошем сотрудничестве в мультидисциплинарной команде. Спасибо огромное. Кто бы ещё хотел выступить или уже достаточно? Тогда я хотел бы, наверное, сейчас избрать состав счётной комиссии, и предлагаем следующий её состав: Олег Иванович Сушков, Дмитрий Вячеславович Вышегородцев и Станислав Викторович Чернышов. Кто за такой состав комиссии, прошу проголосовать. Кто воздержался? (Нет). Кто против? (Нет). Единогласно.

Пожалуйста, прошу комиссию приступить к работе.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Я так понимаю, что председателем счетной комиссии избран Станислав Викторович Чернышов. Пожалуйста, вам предоставляется слово.

Чернышов С.В., д.м.н.: Добрый день, уважаемые коллеги! Протокол № 4 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 12 сентября 2024 г. Состав избранной комиссии: Чернышов С.В., Сушков О.И., Вышегородцев Д.В. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Варданяна Армена Воскановича на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. «Хирургия».

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 19 человек. Присутствовало на заседании 16 членов совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации – 15. Роздано бюллетеней – 16. Осталось не розданных – 3. В урне оказалось 16 бюллетеней.

Результаты голосования: проголосовало «за» - 15, против – 1, недействительных бюллетеней – нет. Таким образом, голосование завершено.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Я попрошу членов ученого совета открытым голосованием утвердить результаты работы счетной комиссии. Кто против данного заключения счетной комиссии? (Нет). Кто воздержался? (Нет). Кто за то, чтобы утвердить?

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин:
Конечно же, мы должны с вами сейчас ещё обсудить проект заключения. Я хотел задать такой вопрос членам учёного совета, есть ли какие-то дополнения, замечания? Впервые у нас нет замечаний по подготовленному проекту заключения диссертационного совета. Я благодарю за это, и позвольте мне не зачитывать всё заключение, а только изложить

резюмирующую часть по докторской диссертации «Хирургическое лечение болезни Крона». Предъявляемая к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем хирургии и колопроктологии, является самостоятельным и законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные диссертантом исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов хирургического лечения болезни Крона.

Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора наук согласно п. 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (в ред. Постановлений Правительства РФ № 160 от 24.09.2022), а сам автор Варданян Армен Восканович достоин присуждения искомой ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9. «Хирургия».

Кто за то, чтобы утвердить данный проект заключения диссертационного совета, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно.

Нам остается в таком случае поздравить Армена Воскановича и Сергея Ивановича с успешной защитой.

И я хотел бы задать такой традиционный вопрос, есть ли замечания по ведению диссертационного совета? Если нет, то позвольте на этом завершить его работу.

Председатель диссертационного совета
21.1.030.01, академик РАН, профессор, д.м.н.



Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

12 сентября 2024 г.