

**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** № 7

при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»

Минздрава России по защите диссертации

Лукьянова Антона Сергеевича

**«Хирургическое лечение ректоцеле методом пластики ректовагинальной
перегородки W-образным сетчатым имплантом»,**

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

по специальности 3.1.9. «Хирургия»

от 14 сентября 2023 г.

Председатель диссертационного
совета 21.1.030.01

доктор медицинских наук, профессор, академик РАН

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2023 г.

Присутствовали следующие члены Диссертационного Совета:

1.	Шелыгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
2.	Суровегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9.
3.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
4.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
5.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
6.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
7.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
8.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9.
9.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
10.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
11.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
12.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Коллеги, я должен вам доложить, что из 19 членов диссертационного совета смогли присутствовать в силу объективных причин 13 членов диссертационного совета. И это является необходимым для того, чтобы кворум был. И в связи с этим мы вправе тогда начать работу диссертационного совета.

В диссертационный совет поступила работа Лукьянова Антона Сергеевича «Хирургическое лечение ректоцеле методом пластики ректовагинальной перегородки W-образным сетчатым имплантом» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. «Хирургия».

У него научным руководителем является Иван Васильевич Костарев, доктор медицинских наук, заведующий отделением малоинвазивной проктологии и тазовой хирургии нашего центра.

В качестве ведущей организации назначено государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы».

Официальными оппонентами назначены: доктор медицинских наук, профессор Благовестнов Дмитрий Алексеевич, декан хирургического факультета РМАНПО и также заведующий кафедрой неотложной и общей хирургии имени профессора А.С. Ермолова; и доктор медицинских наук, профессор Грошилин Виталий Сергеевич, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

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

Глубокоуважаемые коллеги! Лукьянов Антон Сергеевич родился 11 августа 1993 года в г. Москве. В 2011 году окончил среднюю образовательную школу № 528 г. Москвы. В 2017 году окончил с отличием Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова по специальности «Лечебное дело». С 2017 по 2019 гг. проходил обучение в клинической ординатуре по специальности «Колопроктология» на базе Государственного научного центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. С 2019 по 2022 гг. проходил обучение в аспирантуре по специальности «Хирургия» на базе отделения малоинвазивной проктологии и тазовой хирургии

Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России.

С ноября 2019 г. по настоящее время работает врачом-колопроктологом отделения малоинвазивной проктологии и тазовой хирургии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих.

За время прохождения аспирантуры соискатель подготовил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Хирургическое лечение ректоцеле методом пластики ректовагинальной перегородки W-образным сетчатым имплантом» по специальности 3.1.9. Хирургия.

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

При проверке диссертации в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составила 74%, что считается допустимым.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Есть ли вопросы по документам, которые поступили в диссертационный совет, к Евгению Сергеевичу?

Если нет, то, пожалуйста, Антон Сергеевич, Вам предоставляется возможность изложить основные положения Вашей диссертационной работы. Пожалуйста.

Лукьянов А.С. в течение 18 минут изложил основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

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

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор: Антон Сергеевич, мы знаем, что женщины, страдающие ректоцеле, демонстрируют две группы клинических проявлений ректоцеле: одно – это эвакуаторное нарушение; а второе – это трудности в половой жизни, в сексуальной жизни.

Почему Вы не изучали эти аспекты функционального результата Вашего вмешательства?

Ответ: Глубокоуважаемый Сергей Иванович! В основном у нас женщины были возрастные. И мы специальное анкетирование не проводили на наличие нарушения сексуальной функции. Но при этом мы у всех пациентов устно проводили опрос на наличие либо отсутствие диспареунии как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор: И у них встречалась диспареуния? Но сексуальные нарушения на самом деле это не только диспареуния.

Ответ: У части пациенток более молодого возраста. При этом у одной пациентки, у которой была экструзия дистального края сетчатого импланта, наблюдалась диспареуния до удаления данного участка сетки. После этого рана была эпителизирована, и после этого жалобы пациентка не предъявляла.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Но все-таки в таком случае закономерен вопрос: какое количество пациенток, которые включены в рамки этого исследования, подлежало как раз изучению этого вопроса?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Из 40 пациенток у 8 пациенток, которые вели половую жизнь.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: И получается, что из восьми только у одной была диспареуния?

Ответ: В связи с экструзией дистального края сетчатого импланта.

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

Хрюкин Р.Ю., к.м.н.: Антон Сергеевич, когда Вы приводили данные о госпитализации в койко-днях, у Вас средний койко-день, насколько я помню, составил 7,5. А в приведенных данных очень широкий диапазон – там, по-моему, минимальное количество койко-дней – это 5, а максимальное – 34. С чем, собственно, связано пребывание пациента более месяца в стационаре?

Ответ: Глубокоуважаемый Роман Юрьевич! Была одна пациентка, у которой срок госпитализации составил 34 койко-дня. Эта пациентка как раз вошла в группу осложнений: у нее возникла гематома в области послеоперационной раны. И данной пациентке потребовалась установка дренажа. Таким образом, в связи с возникшим осложнением, а также в связи с тем, что данная пациентка проживала в отдаленном регионе Российской Федерации, ее госпитализация составила 34 койко-дня.

Хрюкин Р.Ю., к.м.н.: Спасибо.

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

Тобоева М.Х., к.м.н.: Антон Сергеевич, мы знаем, что для данной категории пациентов достаточно актуальны и физиотерапевтические методы коррекции. Скажите, пожалуйста, проводилось ли физиотерапевтическое лечение Вашим пациентам до операции?

Ответ: Глубокоуважаемая Маргарита Хетаговна! До оперативного вмешательства всем пациентам выполнялась манометрия высокого разрешения как раз с целью выявления функциональных расстройств дефекации, а именно диссинергии функции мышц тазового

дна. При этом из 40 пациенток у трех была выявлена диссинергия функции мышц тазового дна I типа, при которой повышается внутрианальное давление, и при данном типе диссинергической дефекации наиболее эффективно выполнение терапии биологической обратной связи (БОС-терапия). Таким образом, данным пациенткам была выполнена БОС-терапия, были оценены функциональные и клинические результаты. По функциональным результатам: из 3 пациенток у двух после проведенного лечения наблюдалась диссинергия функции мышц тазового дна III типа, у одной диссинергии функции мышц тазового дна не выявлено. Но в связи с тем, что у этих 3 пациенток не отмечилось клинического улучшения после выполнения физиотерапевтического лечения, им была выполнена хирургическая коррекция ректоцеле.

Тобоева М.Х., к.м.н.: Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Пожалуйста, еще вопросы. Андрей Анатольевич.

Мудров А.А., к.м.н.: Антон Сергеевич, у меня два вопроса.

1) Прежде всего, касаясь послеоперационных осложнений. 12,5% гематом – это немало. Как-то Вы анализировали потом причины возникновения гематом – это сопутствующие заболевания, прием антикоагулянтов? Как Вы производили гемостаз? И какие, может быть, Вы продумали пути борьбы с этими осложнениями, например, тампонирование влагалища после операции сразу? Это первый вопрос.

2) И 2 случая неудовлетворительных результатов – это, я так понимаю, клинически Вы устанавливали?

Ответ: 2) Клинически.

Мудров А.А., к.м.н.: 2 (продолжение вопроса) Была ли корреляция результатов и данных рентгенологического обследования послеоперационно? И какие дальнейшие пути лечения этих пациентов?

Спасибо.

Ответ: Глубокоуважаемый Андрей Анатольевич!

1) Сразу оговорюсь, что ни одно осложнение не потребовало выполнения повторных хирургических вмешательств за исключением установки дренажа. При этом у 5 пациенток, у которых была выявлена гематома, в 4 случаях мы констатировали гематому, но при этом она представляла собой серозно-геморрагические выделения между швов в области задней стенки влагалища при ревизии во время перевязки. То есть, таким образом, данная гематома себя клинически не проявляла, и метод ее лечения заключался в регулярном дренировании. Данные пациентки не применяли антикоагулянты, у них не

было выраженных сопутствующих заболеваний, а гемостаз во время операции проводили путем электрокоагуляции. Оговорюсь, что данные 12,5% осложнений в виде гематомы являются клинически незначимыми в отличие от применения методик Prolift™, Elevate™. По данным многих авторов, кровотечения и гематомы, которые возникли в послеоперационном периоде, у них сопровождались массивной кровопотерей и необходимостью гемотрансфузии. Таким образом, наши гематомы клинически себя не проявляли.

2) Отвечая на Ваш второй вопрос. Среди 2 пациенток, у которых были неудовлетворительные результаты лечения, мы проводили корреляцию клинических результатов и данных, полученных при дефекографии. Так, у 1 пациентки после оперативного вмешательства глубина выпячивания ректоцеле, по данным дефекографии, составляла 0 см, но при этом через год и 7 месяцев после оперативного вмешательства, по данным дефекографии, у нее выявлена внутренняя ректальная инвагинация. Таким образом, мы связываем возникшие ее симптомы обструктивной дефекации с внутренней ректальной инвагинацией. Мы предлагали данной пациентке оперативное лечение в объеме ректокольпосакропексии. Но в настоящее время она отказывается от оперативного вмешательства. И ей даны рекомендации по консервативному лечению. Что касается второй пациентки, симптомы обструктивной дефекации у нее возникли через 2 месяца после оперативного вмешательства. Необходимо отметить, что у этой пациентки наблюдается тяжелый характер физического труда, и она не следовала нашим рекомендациям. При контрольном обследовании через 6 месяцев глубина ректоцеле у нее составила 3,5 см, а до оперативного вмешательства была 4,5 см. Таким образом, наличие симптомов обструктивной дефекации у нее мы связываем с сохранением глубины ректоцеле. И также в настоящее время данная пациентка воздерживается от хирургического лечения.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Антон Сергеевич, у меня такой вопрос. В процессе подбора пациентов для проведения этого исследования у Вас одним из противопоказаний были явления внутренней инвагинации. А все-таки как часто это наблюдалось в процессе выполнения этого исследования? И соответственно какой же объем оперативного вмешательства был у такого рода пациентов – это что делалась ректопексия, и если это ректопексия, то сочеталась ли она с выполнением такого рода оперативного вмешательства, которое Вы разработали?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Мы разработали строгие критерии включения именно в изолированную данную методику. И мы включали только тех

пациентов, у которых внутренняя ректальная инвагинация не перекрывала ректоцеле, а по данным дефекографии, была проксимальнее уровня. Таким образом, у данных пациенток в основном вектор направленности каловых масс был направлен в сторону ректоцеле, и в данном случае наша методика была эффективна. При выявлении на этапе до оперативного вмешательства пациенток, у которых внутренняя ректальная инвагинация перекрывала ректоцеле, мы данную методику не использовали, а рекомендовали им выполнение лапароскопической ректоколькопосакропексии.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: То есть и в этом случае это было вполне адекватным методом лечения.

И еще у меня такой вопрос технический: все-таки, с Вашей точки зрения, не слишком ли как-то здесь Вы перестраховываетесь, накладывая гофрирующий шов, затем Вы располагали этот материал для того, чтобы что ликвидировать? Какова роль гофрирующего шва была в этом плане – это для фиксации или это был дополнительный метод лечения ректоцеле? Какая идея собственно?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Как раз учитывая, что у части пациентов была внутренняя ректальная инвагинация, гофрирующие швы укрепляли переднюю стенку прямой кишки. И, таким образом, данный этап, кроме установки импланта, был направлен на дополнительное укрепление местными тканями.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Но у Вас же не у всех больных была внутренняя инвагинация. А Вы, получается, этот прием хирургический использовали у всех или только у тех, у кого у Вас выявлялась инвагинация вышележащих отделов прямой кишки?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Использовали у всех с целью усиления эффекта оперативного вмешательства.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Понятно. Пожалуйста, еще вопросы. (Нет вопросов).

У меня тогда такое предложение: наверное, если других вопросов у нас не возникло, тогда мы попросим Вас сесть вместе с нами. И соответственно я хотел бы попросить выступить научного руководителя Ивана Васильевича Костарева. Пожалуйста. †

Костарев И.В., д.м.н.: Давая характеристику Антону Сергеевичу, прежде всего, я хотел бы сказать, что в нашу клинику он пришел уже с некоторым багажом, после окончания Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова он определенное время преподавал химию, готовил абитуриентов к этому экзамену, то есть у него уже был опыт преподавательской деятельности. И поэтому когда

он пришел в нашу клинику и обучался в ординатуре, сразу же возник интерес к научно-исследовательской работе, и соответственно он поступил в клиническую аспирантуру.

И ему досталась эта тема не совсем простая, потому что известно, что сами пациентки с ректоцеле – это пациентки определенного психоэмоционального склада. Сложность была в наборе именно таких отобранных пациентов для этой группы. И, конечно же, самая большая сложность была вызвать этих пациенток спустя 6 или 12 месяцев после вмешательства. По крайней мере, в нашем Центре еще не было исследований, и эти пациентки в таком отдаленном периоде не оценивались.

Антон Сергеевич очень хорошо справился с этой работой. Он скрупулезно подошел к своему исследованию, тщательнейшим образом анкетировал пациентов, то есть все эти данные были собраны.

Надо сказать, что если говорить о личностных качествах, он очень хорошо вписался в коллектив, он очень надежный сотрудник, обладающий всеми свойствами для проведения дальнейших научно-исследовательских работ. Поэтому я даю только положительную характеристику.

Из отрицательного – единственное, что немного затянул со своей подготовкой диссертации на год, но, тем не менее, все-таки подготовил ее.

И о качестве работы...

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Иван Васильевич, я бы не стал так, и тут в виде замечания с таким же успехом я могу сказать, что есть еще и научный руководитель, который должен, наверное, стимулировать изо всех сил. Тем более, что сейчас ведь в рамках того усовершенствования закона, которое мы сейчас имеем, мы обязательно должны достаточно жестко соблюдать сроки защиты, в частности, к концу аспирантуры должна быть уже проведена апробация. И мы должны тут как-то совершенствоваться в этом направлении все вместе.

Костарев И.В., д.м.н.: А так, только положительная характеристика.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Вы как-то напрасно стали критиковать. Хорошо.

Я тогда попрошу Евгения Сергеевича доложить о тех отзывах, которые поступили в диссертационный совет на данную работу. Пожалуйста.

Ученый секретарь Диссертационного совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции с участием сотрудников отдела общей и реконструктивной колопроктологии, сотрудников отдела малоинвазивной колопроктологии и стационарзамещающих технологий и сотрудников

отделения малоинвазивной проктологии и тазовой хирургии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих 15 марта 2023 г., протокол № 4.

На заседании диссертационного совета от 19 мая 2023 г. (протокол № 5) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук Кузьмина А.М., доктора медицинских наук Кашникова В.Н. и доктора медицинских наук Чернышова С.В. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

Она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 12 июля 2023 г. (протокол № 16).

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

Получены следующие отзывы: это отзывы официальных оппонентов: доктора медицинских наук, профессора Грошилина Виталия Сергеевича, заведующего кафедрой хирургических болезней № 2 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; и доктора медицинских наук, профессора Благовестнова Дмитрия Алексеевича, заведующего кафедрой неотложной и общей хирургии имени профессора А.С. Ермолова федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Они будут представлены уважаемыми оппонентами в ходе очных выступлений.

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

И получен один отзыв на автореферат:

- из федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, подписанный

доцентом кафедры специализированных хирургических дисциплин, доктором медицинских наук Коротких Николаем Николаевичем. Он также положительный.

Других отзывов в диссертационный совет не поступало.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Насколько мы поняли, в отзывах не имеется каких-либо замечаний.

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

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Если это так, тогда позвольте мне предоставить слово официальному оппоненту. Дмитрий Алексеевич, я тогда Вас попрошу. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний к работе нет.

Оппонентом во время выступления были заданы вопросы, сделаны предложения, комментарии, рекомендации для обсуждения следующего содержания.

Оппонент порекомендовал продолжить в дальнейшем изучать отдаленные результаты, поскольку срок год после оперативного вмешательства не является продолжительным. Тем более, что в исследовании уже наметилась такая тенденция, что через 6 месяцев после операции по шкалам, используемым в работе, и клиническому осмотру эффект был лучше, чем через 12 месяцев. То есть, вероятно, следует посмотреть результаты в более отдаленные сроки. В частности, у герниологов отдаленный период считается от года, а оптимально – 3 года, тогда можно говорить о частоте рецидивов и о качестве жизни пациента. Потому что в данном случае тенденция такова, что после операции пациенты должны быть не только вылечены от недуга, но не должно пострадать их качество жизни. В этой связи стоит продолжить это исследование и посмотреть, что будет дальше.

Оппонент согласен с тем, что в предложенной методике размеры сетки протеза определяются интраоперационно в зависимости от ситуации. Но здесь надо принимать во внимание то, что сетчатый протез со временем рубцуется, происходит его сморщивание. Отдельные исследования доказали, что в 10-15% случаев со временем происходит сморщивание такого протеза. Поэтому с учетом этого сморщивания следует разработать какую-то методику для более четкой установки. Указанная в работе методика предлагается для применения, но, в частности, в работе не говорится о том, что размер выпячивания в поперечнике такой-то и соответственно сетку нужно такую-то, отступ от дефекта такой-то. То есть данные параметры должны быть определены более четко.

Понятно, что специфика операции такова, что вскрывается стенка влагалища, есть момент инфицирования, но все-таки процент послеоперационных кровотечений-гематом

высоковат. Ясно, что область, где проводится операция, сложная, и кровотечения возможны. В данном случае дренаж устанавливать через рану нельзя. Но почему не поставить контрольный дренаж через контрапертуру или, например, 2 тонких дренажа справа и слева не через рану, а через контрапертуру под тем же контролем глаза? Это такой вопрос дискуссионный. Да, может быть сукровица или кровотечение, но, по крайней мере, это все было бы по дренажам и было контролируемо.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо Дмитрий Алексеевич. Антон Сергеевич, прошу, у Вас есть возможность поdiskутировать с оппонентом. Прошу Вас.

Лукьянов А.С.: Глубокоуважаемый Дмитрий Алексеевич! Спасибо за тщательный анализ нашей работы.

Что касается дальнейшего наблюдения. Мы хотели бы продолжить изучать отдаленный период, возможно, и через 2-3 года после оперативного вмешательства у данных пациентов.

Что касается материала сетчатого импланта. Опять-таки хочу отметить преимущество нашей методики в том, что в отличие от системы Prolift™, где используется полностью полипропиленовый сетчатый имплант, в нашей методике используется поликомпозитная сетка Ultrapro™, которая помимо нерассасывающегося компонента состоит из рассасывающегося компонента полигликапроновой кислоты, таким образом, снижая послеоперационные осложнения.

К Вашему вопросу об интраоперационном измерении протяженности и ширины сетчатого импланта и определения строгих критериев. В данном случае мы подходим индивидуально, потому что во время осмотра мы имеем одну картину, во время операции мы можем видеть, что кишка может быть в поперечном направлении достаточно расширена, иметь определенные извитости, поэтому мы подходим здесь индивидуально. И как нам кажется, было бы достаточно сложно выбрать какие-то критерии измерения длины и ширины сетчатого импланта.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я прошу прощения, я вклинюсь. Но Вы же ориентируетесь на размеры и стараетесь зайти за пределы, Вы не измеряете в размерах и сантиметрах, но Вы же наверняка выходите за пределы выпячивания, переходя на нормальную структуру кишечной стенки, и сетка выходит наверняка за пределы выпячивания или нет?

Лукьянов А.С.: Да, за пределы выпячивания она выходит.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Поэтому, по сути дела, Вы перекрываете патологические изменения и соответственно выходите на нормальные ткани, смысл в этом был, насколько я понимаю.

Благовестнов Д.А., д.м.н., профессор: Я хочу именно отметить, что, наверное, нужно как раз эти размеры указать, они у всех должны быть одинаковые, сетка, допустим, и эти размеры.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Границы, выходящие за, насколько я понял из выступления Дмитрия Алексеевича, чтобы Вы четко совершенно сказали, сколько нужно отступить от края выпячивания в сторону здоровой стенки кишечника.

Лукьянов А.С.: Понял.

Дмитрий Алексеевич, отвечая на вопрос по поводу гематом, сразу хочу оговорить, что данные 5 гематом возникли в начале исследования, когда только апробировали данную методику. А уже впоследствии гематомы не наблюдались. То есть интраоперационно уже в последующем мы достигали полного гемостаза и выходили из раны только тогда, когда уже не отмечали геморрагического отделяемого. И опять-таки уточню, что 4 случая гематомы были клинически незначимыми.

Что касается установки дренажа, то мы рассмотрим данный элемент в нашем оперативном вмешательстве.

Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Дмитрий Алексеевич, на все вопросы диссертант ответил?

Благовестнов Д.А., д.м.н., профессор: Да, спасибо, я удовлетворен.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: А благодарность мы разве не высказываем Дмитрию Алексеевичу? Пожалуйста, еще раз.

Лукьянов А.С.: Глубокоуважаемый Дмитрий Алексеевич! Спасибо большое за отзыв, за рекомендации!

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: На самом деле тут, с моей точки зрения, тут очень интересное выступление неформальное оппонента. То есть подробнейшим образом рассмотрена Ваша работа, но, вместе с тем, и здесь предложения по дальнейшему проведению исследования, более того, с путями усовершенствования. Поэтому, Дмитрий Алексеевич, спасибо Вам огромное за творческий подход!

Лукьянов А.С.: Дмитрий Алексеевич, мы обязательно учтем Ваши рекомендации. Спасибо.

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

Пожалуйста, я хочу попросить профессора Грошилина Виталия Сергеевича выступить в качестве официального оппонента (Отзыв прилагается):

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо огромное, Виталий Сергеевич! Пожалуйста, Антон Сергеевич.

Лукьянов А.С.: Глубокоуважаемый Виталий Сергеевич! Благодарю Вас за тщательный и подробный анализ нашей работы, что Вы рассмотрели и литературные данные, и современную проблему в лечении ректоцеле и вообще синдрома опущения тазового дна. Благодарю Вас! Спасибо.

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

Кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Александр Юрьевич, пожалуйста.

Титов А.Ю., д.м.н.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги, диссертант!

Хотелось бы сказать, что хирурги, врачи, которые начинают заниматься колопроктологией, для них, конечно, весьма заманчивым является освоение методики пластических операций, в частности, для лечения ректоцеле. Почему? Потому что, в общем-то, операция при правильном выполнении чистая, она в послеоперационном периоде не вызывает выраженного болевого синдрома, как большинство операций на прямой кишке и промежности, и при правильном выполнении этого оперативного вмешательства эффект появляется довольно быстро и непосредственно в стенах лечебного учреждения – больная начинает самостоятельно опорожняться, это положительно.

В то же время окончательно достигнуть достаточно стойкого эффекта не так-то просто, о чем Антон Сергеевич сегодня и говорил. В этой связи, конечно, хотелось бы отметить, говорили про систему Prolift™, да, она вообще немного так нарушила продвижение этих методик. Но если уже обратиться к идее, то эта идея их такого полнценного замещения ректовагинальной перегородки в этом оперативном вмешательстве, которое сегодня было представлено, была достигнута и была достигнута с очень хорошим эффектом – по-моему, 97,5%, это хороший результат.

Конечно, хотелось бы отметить, что это очень такой серьезный крупный шаг, на мой взгляд, в пластической хирургии в лечении ректоцеле. Честно говоря, я так даже не очень

и представляю, куда двигаться дальше при изолированном лечении этого заболевания. Потому что основное преимущество этой методики заключается в том, что практически вся передняя стенка прямой кишки моделируется, укрепляется, и достаточно хорошо фиксируется к крестцово-остистым связкам – это очень надежно.

Конечно, покажет время отдаленные результаты, обязательно их надо проследить, конечно, года три посмотреть. Потому что это орган, который все-таки такой мобильный, и по-разному складывается жизнь у этих женщин, и как себя будет вести этот перемещенный имплант – это покажет время. Но на сегодняшний момент в нашем отделении традиционно занимаются этими операциями. И на сегодня я знаю, что различных эрозий, и когда отторжение, даже частичное импланта – у авторов не было, потому что это проходило на моих глазах, и функциональный результат очень хороший при достаточно мощных таких повреждениях промежностей, которые были. Поэтому остается небольшой такой нюанс подождать, года 2-3 посмотреть, как это складывается. Я думаю, складываться должно вполне удачно по лично моим ощущениям.

И, конечно, работа соответствует всем предъявляемым требованиям ВАК, и сам диссертант вполне достоин искомой степени.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо, Александр Юрьевич. Поскольку замечаний не было, то мы не будем просить Антона Сергеевича говорить слова благодарности. Тем более, что из Ваших уст это суждение очень ценно, поскольку Вы, наверное, в нашей клинике обладаете наибольшим опытом лечения такого рода пациенток. И конечно же, это крайне важно, я думаю, и для диссертанта, и для всех присутствующих.

Кто бы еще хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Если нет желающих, то тогда давайте мы дадим возможность Антону Сергеевичу сказать заключительное слово. Пожалуйста.

Лукьянов А.С.: Я выражаю искреннюю благодарность научному руководителю Центра Шельгину Юрию Анатольевичу, директору Центра Ачкасову Сергею Ивановичу за предоставленную возможность выполнить данное диссертационное исследование.

Выражаю признательность и благодарность своему научному руководителю Костареву Ивану Васильевичу за неоценимую помощь, поддержку в проведении данного исследования на всех ее этапах.

Отдельную благодарность приношу заведующему отделением общей и реконструктивной колопроктологии Бирюкову Олегу Михайловичу за консультативную и практическую помощь в проведении исследования.

Приношу благодарность коллективу сотрудников отдела общей и реконструктивной колопроктологии во главе с Титовым Александром Юрьевичем и сотрудникам отделения малоинвазивной проктологии и тазовой хирургии.

Также отдельную благодарность приношу сотрудникам отделения рентгенодиагностики, ультразвуковой диагностики и лаборатории патофизиологии, а также всему коллективу, участвовавшему в данном исследовании.

Спасибо.

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

Нам нужно избрать счетную комиссию. Предлагается следующий состав: Алексей Алексеевич Пономаренко, Олег Иванович Сушков и Станислав Викторович Чернышов. Кто за такой состав комиссии, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно.

Прошу комиссию приступить к работе.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Пожалуйста, Станислав Викторович. Я так понимаю, Вас выбрали председателем комиссии. Пожалуйста.

Чернышов С.В., д.м.н.: Протокол № 7 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 14 сентября 2023 г. Состав комиссии: Пономаренко А.А., Сушков О.И., Чернышов С.В. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Лукьянова Антона Сергеевича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия.

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 19 человек. Присутствовало на заседании 13 членов совета, в том числе 12 докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации. Роздано бюллетеней – 13. Осталось не розданных бюллетеней – 6. Оказалось в урне – 13.

Результаты голосования по возбуждению ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия»: «за» - 13, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я попрошу членов диссертационного совета утвердить результаты работы счетной комиссии. Кто за то, чтобы утвердить? Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет).

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

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

Нам нужно обсудить тогда проект заключения по диссертации. Пожалуйста, есть ли какие-то дополнения по проекту?

(Обсуждение проекта заключения)

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Позвольте зачитать только резюмирующую часть по кандидатской диссертации «Хирургическое лечение ректоцеле методом пластики ректовагинальной перегородки W-образным сетчатым имплантом». Предъявляемая 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 ректоцеле. Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук согласно п. 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (в ред. Постановлений Правительства РФ № 335 от 21.04.2016, № 748 от 02.08.2016), а сам автор Лукьянов Антон Сергеевич достоин присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. Хирургия.

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

Тогда позвольте поздравить Антона Сергеевича с присуждением ему степени кандидата медицинских наук. Поздравляем, желаем успехов!

Есть ли какие-то замечания у присутствующих, у членов диссертационного совета по ведению заседания диссертационного совета? Если нет, то позвольте на этом завершить его работу. 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. Суровегин

14 сентября 2023 г.