

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР КОЛОПРОКТОЛОГИИ ИМЕНИ А.Н.
РЫЖИХ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

СТЕНОГРАММА

заседания № 5 специализированного совета по приему кандидатских и докторских
диссертаций Д 208.021.01 по защите диссертации

Казиева Людмила Юрьевна

**«Трансанальная тотальная мезоректумэктомия при раке прямой кишки»,
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.17 "Хирургия"**

27 октября 2016 г.

Председатель диссертационного
совета Д 208.021.01
доктор медицинских наук, профессор

Ю.А.Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

И.В.Костарев

Москва – 2016 г.

Присутствовали следующие члены Диссертационного Совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
3.	Костарев И.В.	кандидат медицинских наук	14.01.17
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	14.01.17
5.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
6.	Болквадзе Э.Э.	доктор медицинских наук	14.01.17
7.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
8.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
9.	Жученко А.П.	доктор медицинских наук	14.01.17
10.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	14.01.17
11.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	14.01.17
12.	Пугаев А.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
13.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
14.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	14.01.17
15.	Тихонов А.А.	доктор медицинских наук	14.01.17
16.	Фёдоров А.В.	доктор медицинских наук	14.01.17
17.	Халиф И.Л.	доктор медицинских наук	14.01.17

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

Глубокоуважаемые члены диссертационного совета! На повестке дня представлена к защите диссертация Казиевой Людмилы Юрьевны «Трансанальная тотальная мезоректумэктомия при раке прямой кишки» по специальности 14.01.17 хирургия. Научный руководитель – доктор медицинских наук Рыбаков Евгений Геннадиевич. Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор Шаповальянц Сергей Георгиевич и доктор медицинских наук Сидоров Дмитрий Владимирович. Ведущая организация: ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения РФ. Из 19 членов на заседании присутствуют 17, т.е. имеется кворум, что дает основание считать заседание совета правомочным. Если нет возражений, то начнем. Иван Васильевич сообщите информацию о диссертанте которая имеется в личном деле.

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

Ученый секретарь специализированного совета к.м.н. Костарев И.В.: Автобиография Казиевой Людмилы Юрьевны. Родилась в 1986 году в городе Владикавказ республики Северная Осетия. В 2010 году окончила лечебный факультет Североосетинской Государственной Медицинской Академии, получил квалификацию врач по специальности лечебное дело. С 2010 по 2011 год проходила обучение в клинической интернатуре по специальности «Хирургия» на базе кафедры хирургии с курсом детской хирургии лечебного факультета Североосетинской Государственной Медицинской Академии. С 2011 по 2013 год проходила обучение в клинической ординатуре по специальности «Колопроктология» на базе кафедры колопроктологии ФГБОУ ДПО РМАПО в ФГБУ ГНЦК им. А.Н. Рыжих. С 2013 по 2016 год проходила обучение в аспирантуре в ФГБУ ГНЦК им. А.Н. Рыжих в отделе онкопроктологии. За время аспирантуры подготовила диссертационное исследование на тему: «Трансанальная тотальная мезоректумэктомия при раке прямой кишки». Людмила Юрьевна представила пакет документов в диссертационный совет. Все документы соответствуют требованиям ВАК, замечаний по документам нет.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Какие-либо вопросы к Ивану Васильевичу имеются? Тогда пожалуйста, Людмила Юрьевна, в течение 20 минут изложите основные положения выполненной диссертационной работы.

Казиева Л.Ю.: в течение 17 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.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: В контрольной группы пациентов, у которых оперативное вмешательство выполнено традиционным способом более часто выполнялись низкие передние резекции, а в от в группе испытуемых брюшно-анальные резекции чем было обусловлено? Тем, что неудобно использовать эту технологию при локализации опухоли в нижне- или среднеампулярном отделе прямой кишки? Отразилось ли это в конечном итоге на функциональных результатах, синдроме низкой передней резекции прямой кишки?

Ответ: Юрий Анатольевич, спасибо за вопрос. такой разброс в объеме выполняемых операций между пациентами основной и контрольной группы обусловлен набором опыта,

так как выполняя первые вмешательства мы руководствовались данными литературы, согласно которым чаще выполняются брюшно-анальные резекции прямой кишки. Однако в последующем, мы пришли к выводу, что трансанальную тотальную мезоректумэктомию более выгодно выполнять в объеме низкой передней резекции прямой кишки, так как при данном способе проще визуализировать «слой».

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Означает ли это, что у остальных 17 пациентов низкая передняя резекция прямой кишки выполнялась с такой же частотой, как и в контрольной группе?

Ответ: Практически да. Что касается функциональных результатов, то ввиду малого количества прослеженных пациентов, которым были закрыты стомы и у которых прошло шесть месяцев и более, мы не смогли получить достоверных данных по профило- и сфинктерометрии. Единственное, что нам удалось получить, это различия по FIQL, шкалам «Копинг-поведение» и «Образ жизни». Анализ синдрома низкой передней резекции по шкале Wexner мы не проводили, поэтому на данный вопрос я вам ответить не могу.

Квзьминов А.М., д.м.н., профессор: чем была обусловлена травма уретры?

Ответ: травма уретры была отмечена у одного пациента основной группы. И на наш взгляд, этот случай связан с тем, что была сложность дифференцировки слоя между висцеральной и париетальной фасциями пациента вследствие ранее проведенной химиолучевой терапии. По этой причине мы выполнили мобилизацию прямой кишки по передней полуокружности слишком широко и поверили уретру. Дефект был ушит, выполнена троакарная эпицистостомия. В последующем этот дефект зажил, эпицистостома была ликвидирована. Этот факт демонстрирует то, что мобилизация прямой кишки на сегодняшний день по передней полуокружности остается наиболее сложной.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Вы заметили это ранение в процессе мобилизации кишки или это уже определилось после завершения операции.

Ответ: мы заметили этот дефект при мобилизации прямой кишки.

Лукашевич И.В.: Людмила Юрьевна, до какого уровня осуществлялась мобилизация в межсфинктерном пространстве при выполнении брюшно-анальной резекции прямой кишки?

Ответ: Спасибо за вопрос. Мобилизация прямой кишки при брюшно-анальной резекции осуществлялась до того уровня, чтобы было возможным установить платформу для трансанальной мобилизации прямой кишки и начала операции до потери пневморектума.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Объясните пожалуйста подробнее. Как это в межсфинктерном пространстве? Вы начинали с зубчатой линии? Где Вы закачивали? Место проникновения в клетчатку? Если да, то о каком межсфинктерном пространстве идет речь?

Ответ: Речь идет о брюшно-анальной резекции прямой кишки. Мы начинали операцию с рассечения кишки на уровне зубчатой линии. Протяженность участка мобилизации прямой кишки до установки платформы не была лимитирована.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: если Вы говорите об опухоли, локализованной в среднеампулярном отделе, то начинаете тоже с зубчатой линии? И тогда скажите у какого числа больных Вы начинали операцию с зубчатой линии, а у какого числа выше на 1-2 см?

Ответ: Мы начинали рассечение прямой кишки с зубчатой линии в 18 случаях, соответственно, у остальных (кроме двух, которым была выполнена операция Гартмана) – с наложения кисетного шва.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Теперь все понятно, спасибо. Пожалуйста, еще вопросы.

Зароднюк И.В., д.м.н.: В своей работе вы оценивали такой показатель как отношение окружности талии к окружности бедер. С чем на Ваш взгляд связано влияние данного параметра на качество тотальной мезоректумэктомии?

Ответ: на наш взгляд это параметр оказывает влияние на качество тотальной мезоректумэктомии по причине того, что он является отражением наличия висцерального ожирения и, соответственно, отложения жировой клетчатки в мезоректуме. В свою очередь при сочетании данного параметра с другими неблагоприятными факторами, в частности «узкий» таз или наличие крупной опухоли, условия для оперирования становятся тяжелыми, что создает предпосылки для повреждения мезоректальной фасции и, соответственно, ухудшение качества тотальной мезоректумэктомии.

Варданян А.В., к.м.н.: Людмила Юрьевна, скажите пожалуйста чем обусловлен выбор жесткой платформы для выполнения тотальной трансанальной мезоректумэктомии?

Ответ: Спасибо за вопрос. Согласно данным литературы, нет рекомендаций к применению того или иного вида платформ. Авторы обуславливают выбор платформы опытом клиники. Теми же самыми принципами руководствовались и мы, так как в нашем центре

достаточно высокий опыт выполнения трансанальных эндомикрохирургических вмешательств с использованием жесткой платформы.

Шубин В.П., к.б.н.: Всегда ли препарат удаляли трансанально при данной методике?

Ответ: Во всех случаях, кроме одного, препарат извлекался трансанально. исключение составляет один пациент с высоким отношением окружности талии к окружности бедер, с крупной опухолью. Мы удалили препарат со стороны брюшной полости по причине того, что был высокий риск повреждения препарата при попытке трансанального удаления.

Пикунов Д.Ю., к.м.н.: Вы говорите о качестве удаляемого препарата, что может свидетельствовать о непосредственных онкологических результатах. Пытались ли Вы оценить отдаленные результаты и сравнить их в группах?

Ответ: Спасибо за вопрос. Дмитрий Юрьевич, такой задачи мы не ставили, так как для оценки прослеженности требуется большое количество времени и это не входило в наши задачи.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: У какого числа больных было качество мезоректумэктомии Grade 1 и у какого числа больных была положительная циркулярная граница резекции?

Ответ: Спасибо за вопрос. В контрольной группе таких препаратов не было. В основной группе – у шести пациентов. из них лишь у одного была позитивная граница по самой опухоли.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: Какую операцию сделали этому больному? Как это повлияло на выбор адьювантной терапии?

Ответ: мы выполнили брюшно-анальную резекцию прямой кишки. В связи с ранее проведенной химиолучевой терапией не было возможности назначить лучевую терапии повторно, проводили химиотерапию. В настоящее время срок прослеженности данного пациента 14 месяцев и у нас нет данных за местный рецидив заболевания у данного больного.

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

Костарев И.В., ученый секретарь специализированного совета, к.м.н.: у меня ряд вопросов, касаемых осложнений. Вы говорите о гематомах в малом тазу в основной группе. Как обстоят дела с гемостазом при выполнении данной операции? Какие были сложности? В чем причина развития этих гематом?

Ответ: Спасибо за вопрос, Иван Васильевич. Эти осложнения имели место у двух пациенток из числа первых. Возможно, эти осложнения были связаны с недостаточным

гемостазом или подбором инструментария для выполнения трансанальной тотальной мезоректумэктомии. У них данная процедура выполнялась с использованием электрокоагуляции.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: а сейчас чему Вы отдаете предпочтение?

Ответ: Сейчас мы отдаем предпочтение ультразвуковому скальпелю.

Костарев И.В., ученый секретарь специализированного совета, к.м.н.: одним из преимуществ данной методики операций Вы описываете отсутствие необходимости аппаратного прошивания культи прямой кишки. Были ли различия по этой причине в частоте несостоятельности анастомозов между пациентами основной и контрольной групп?

Ответ: У нас прослеживались такие осложнения и в основной и в контрольной группе. У пациентов основной группы они не потребовали повторного вмешательства. Все явления несостоятельности анастомозов были купированы использованием антибактериальных препаратов в отличие от пациентов контрольной группы. У одного из этих больных это осложнение потребовало повторной операции – разобщения анастомоза и формирования концевой колостомы.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета д.м.н., профессор: есть ли еще вопросы? Нет. Прошу научного руководителя Рыбакова Е.Г. дать характеристику диссертанту.

Рыбаков Е.Г., д.м.н.: Мне достаточно легко характеризовать Людмилу Юрьевну. Она проходила у нас клиническую ординатуру и это достаточно большой промежуток времени для того, чтобы узнать человека и составить о нем мнение. В конце обучения в ординатуре она пришла ко мне и сказала, что хочет заниматься онкопроктологией, что вызвало у меня определенный скепсис. Я пытался ее отговорить, приводя аргументы в пользу занятий промежностной хирургией. Обучаясь в аспирантуре Людмила Юрьевна доказала желание быть полостным хирургом. На всех оперативных вмешательствах Людмила Юрьевна была ассистентом. На мой взгляд, Людмила Юрьевна, сформировалась как хирург, она самостоятельно выполняет все оперативные вмешательства, выполняемые в отделе онкопроктологии и открытым и лапароскопическим методом и была принята на работу в отделение. Также Людмила Юрьевна освоила методы современной биомедицинской статистики, скурпулезно участвовала в оценке качеств удаляемых препаратов совместно с отделом патоморфологии. О достоинствах и недостатках кандидатской работы будет судить диссертационный совет. Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Прошу ученого секретаря, Ивана Васильевича, сообщить о документах, представленных в Диссертационный Совет.

Ученый секретарь специализированного совета, к.м.н. Костарев И.В.: апробация диссертации Казиевой Людмилы Юрьевны была проведена на совместной научной конференции отделов онкопроктологии и отдела хирургии ободочной кишки 14 июля 2016 года. Диссертация получила положительную оценку и была рекомендована к официальной защите. По теме исследования автор в центральной печати 2 работы. Отзывы поступившие в диссертационный совет официальных оппонентов профессора Шаповальянца Сергея Георгиевича, представляющего РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России и доктора медицинских наук Сидорова Дмитрия Владимировича, представляющего МНИОИ им. П.А. Герцена положительные. Принципиальных замечаний по диссертации нет. Отзыв ведущей организации ФГБУ «Институт хирургии им. Вишневского» Минздрава России, подписанный профессором Кригером Андреем Германовичем, так же положительный. Отзыв на автореферат, подписанный доктором медицинских наук, профессором Севостьяновым Сергеем Ивановичем, представляющим ФГБОУ ДПО РМАПО, так же положительный. Других отзывов на диссертацию и автореферат не поступало.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо. Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору, Шаповальянцу Сергею Георгиевичу (Отзыв прилагается). Расскажите пожалуйста о причине ранения диафрагмы. И скажите на каком основании в практических рекомендациях Вы говорите о 17 операциях, как о количестве, необходимом для освоения данной методике?

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Слово для ответа официальному оппоненту предоставляется соискателю.

Казиева Л.Ю.: Глубокоуважаемый Сергей Георгиевич! Спасибо за потраченное Вами время и уделенное внимание. Причина ранения диафрагмы – спаечный процесс в области левого изгиба ободочной кишки, который мобилизовался лапароскопически. Дефект был ушит и установлен дренаж для активного аспирирования в левую плевральную полость. Условное разделение пациентов по времени нами сделано умышлено с целью отразить сложность методики трансанальной тотальной мезоректумэктомии.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: К сожалению второй официальный оппонент не смог присутствовать на защите по уважительной причине. Попросим Ивана Васильевича зачитать отзыв (Отзыв прилагается).

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Кто желает выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста, Денис Викторович Алешин.

Алешин Д.В., кандидат медицинских наук: Глубокоуважаемый Юрий Анатолиевич, уважаемые коллеги, Людмила Юрьевна! Работа очень актуальна, что подтверждается данными последней конференции ESCP. Значительная часть докладов посвящена этой теме. Несомненна научная новизна, так как проспективных научных исследований, посвященных этой теме в литературе не встречается. Работа написана лаконично, при этом вопросы все освещены достаточно подробно. Хорошо выбран дизайн исследования, поставлены цели и задачи. Да, исследование не рандомизировано. Но диссертант очень подробно характеризует всех больных. Проведен качественный статистический анализ. Эта работа очень хороша своей актуальностью и научной новизной. Есть недочеты на мой взгляд о недостаточном анализе функциональных результатов, но это и не являлось задачей данной работы. В заключении я хотел бы признать, что Ваша работа соответствует всем требованиям, предъявляемым к кандидатским диссертациям. Спасибо.

Казиева Л.Ю.: Денис Викторович, большое спасибо за тщательный анализ работы. По поводу недостатка в оценке функциональных результатов, несомненно, не могу с Вами не согласиться. Но причиной этому является невозможность выполнения исследований по причине того, что части больных к моменту анализа результатов не были закрыты превентивные стомы.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Есть ли еще желающие выступить? Нет. Поступило предложение избрать счетную комиссию. Предлагаю включить в ее состав следующих членов диссертационного совета: Благодарного Леонида Алексеевича, Халифа Игоря Львовича и Титова Александра Юрьевича. Члены совета единогласно утвердили состав счетной комиссии. Предлагаю счетной комиссии приступить к работе и предоставляю заключительное слово Людмиле Юрьевне.

Казиева Л.Ю.: Глубокоуважаемые члены Ученого Совета! Глубокоуважаемые коллеги! Я выражаю свою благодарность Юрию Анатолиевичу Шельгину за предоставленную возможность выполнить данную диссертационную работу в центре, возглавляемым им.

Хочу выразить отдельную благодарность руководителю отдела Е.Г. Рыбакову, заведующему отделением С.В. Чернышову, а также всем сотрудникам отдела онкопроктологии за сотрудничество при проведении данного исследования. Так же хочу выразить отдельную благодарность руководителю отдела патоморфологии Майновской О.А. Спасибо всем большое! /во время перерыва для тайного голосования/

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

Предлагаю обсудить заключение диссертационного совета. Члены совета ознакомились с проектом заключения заранее. Есть у кого дополнения, изменения? Нет.

Таким образом, принимается следующий текст заключения:

Диссертационный совет отмечает, что диссертация Казиевой Людмилы Юрьевны «Трансанальная тотальная мезоректумэктомия при раке прямой кишки», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, является самостоятельной, законченной, научно-квалификационной работой, в которой содержится решение актуальной задачи современной хирургии – определение места трансанальной тотальной мезоректумэктомии в колоректальной хирургии.

По своей актуальности, методическому уровню, объему исследований, научной новизне и практической значимости полученных результатов диссертационная работа Казиевой Л.Ю. полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней (Постановление Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842)», предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а её автор заслуживает присуждения искомой ученой степени по специальности 14.01.17 - Хирургия.

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

Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Благодарному Леониду Алексеевичу.

Головенко О.В., доктор медицинских наук, профессор:

Глубокоуважаемые коллеги! Протокол № 5 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом Д 208.021.01 от 27 октября 2016 года для подсчета голосов при голосовании по диссертации Казиевой Людмилы Юрьевны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 «Хирургия».

Присутствовало на заседании 17 членов Диссертационного совета. Роздано бюллетеней – 17, не роздано – 2. Оказалось в урне бюллетеней - 17. Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Казиевой Людмиле Юрьевне: за - 17, против - нет, недействительных и испорченных бюллетеней - нет.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Предлагаю утвердить протокол счетной комиссии. Кто за то, чтобы утвердить? Прошу голосовать. Кто «против»? Нет. «Воздержался»? Нет.

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

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

Протокол счетной комиссии утверждается единогласно. На основании результатов тайного голосования Казиевой Людмиле Юрьевне присуждается ученая степень кандидата медицинских наук. Михаил Александрович, поздравляем Вас с успешной защитой кандидатской диссертации! На этом повестка дня заседания исчерпана. У кого есть замечания по ведению заседания? Замечаний нет. Благодарю всех за активную работу и внимание. Позвольте завершить работу ученого совета.

Председатель диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор



Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного
совета, кандидат медицинских наук

И.В. Костарев

A handwritten signature in blue ink, likely belonging to I.V. Kostarev, is written below the text.

27 октября 2016 г.