

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

СТЕНОГРАММА

заседания диссертационного совета **21.1.030.01** № 4
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»

Минздрава России по защите диссертации

Хрюкина Романа Юрьевича

**«Медикаментозный и хирургический методы ликвидации спазма внутреннего
анального сфинктера при хронической анальной трещине»,**

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

по специальности 3.1.9 «Хирургия»

от 10 ноября 2022 г.

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

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2022 г.

Присутствовали следующие члены Диссертационного Совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
3.	Суровегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
5.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
6.	Болквадзе Э.Э.	доктор медицинских наук	3.1.9
7.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
8.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
9.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9
10.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
11.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9
12.	Орлова Л.П.	доктор медицинских наук	3.1.9
13.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
14.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9
15.	Федоров А.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
16.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9

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

Коллеги, добрый день! Я хотел бы вам сообщить, что из 19 членов диссертационного совета 21.1.030.01 у нас присутствует 16, то есть кворум у нас имеется. Соответственно, тогда позвольте приступить к работе.

У нас на повестке дня защита работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Хрюкина Романа Юрьевича «Медикаментозный и хирургический методы ликвидации спазма внутреннего анального сфинктера при хронической анальной трещине» по специальности 3.1.9 «Хирургия».

Научным руководителем работы является доктор медицинских наук Алексей Алексеевич Пономаренко.

Официальными оппонентами назначены: Андрей Андреевич Гуляев, профессор, доктор медицинских наук и Николай Николаевич Коротких, доктор медицинских наук.

Ведущей организацией назначено федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

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

Добрый день, уважаемые коллеги! Соискатель, Хрюкин Роман Юрьевич, родился 12 декабря 1993 года в городе Липецке. В 2011 году окончил Гимназию № 69 им. С.А. Есенина с золотой медалью. В 2017 году окончил с отличием Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова по специальности «Лечебное дело». С 2017 по 2019 гг. проходил обучение в ординатуре по специальности «Колопроктология» в Государственном научном центре колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России, а с 2019 по 2022 гг. проходил обучение в аспирантуре по специальности «Хирургия» на базе отдела Общей и реконструктивной колопроктологии в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный Медицинский Исследовательский Центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации. С марта 2020 года по настоящее время работает врачом - колопроктологом консультативной поликлиники и с сентября 2022 г. по настоящее время работает младшим научным сотрудником отдела Общей и реконструктивной колопроктологии федерального государственного бюджетного

учреждения «Национальный Медицинский Исследовательский Центр колопроктологии имени А.Н. Рьжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

За время прохождения аспирантуры соискатель подготовил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Медикаментозный и хирургический методы ликвидации спазма внутреннего анального сфинктера при хронической анальной трещине».

Научный руководитель - доктор медицинских наук, Пономаренко Алексей Алексеевич, ведущий научный сотрудник «Национального Медицинского Исследовательского Центра колопроктологии имени А.Н. Рьжих».

При проверке в системе «Антиплагиат» оригинальность текста данной диссертации составила 81%.

В диссертационный совет соискатель подготовил пакет документов. Все они соответствуют требованиям ВАК, предъявляемым к кандидатским диссертациям.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Есть ли какие-то вопросы к Евгению Сергеевичу по документам, которые поступили в диссертационный совет? Если нет, спасибо, Евгений Сергеевич.

Пожалуйста, Роман Юрьевич, мы Вам предоставляем возможность доложить основные положения Вашего диссертационного исследования.

Р.Ю. Хрюкин в течение 17 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 диссертационного совета задавать вопросы по материалам диссертации.

Профессор, д.м.н., Л.А. Благодарный: 1) Роман Юрьевич, скажите пожалуйста, а почему Вы все-таки выбрали дозу ботулотоксина 40 ЕД, ведь у разных авторов, насколько я помню, вводится от 10 до 100 ЕД препарата при спазме внутреннего сфинктера?

2) Следующий вопрос. Вы все-таки отметили, что в послеоперационном периоде у части больных после введения ботулотоксина типа А отмечается спазм внутреннего сфинктера, потребовалось ли какое-то дополнительное лечение для ликвидации спазма?

3) И меня удивило то, что Вы говорите, что все результаты и там, и там одинаковые. Все-таки были ли какие-то осложнения? Повлияли ли они как-то на результаты Вашего лечения как функциональные, так и клинические? Благодарю Вас.

Ответ: Глубокоуважаемый Леонид Алексеевич!

1) Что касается выбора дозировки препарата, если мы берем данные мировой литературы - при данном заболевании нет единых рекомендаций по применению препарата во всем мире. Если опираться на мировой опыт, то ботулотоксин используют в дозировках от 10 до 110 ЕД, а 40 ЕД является средневзвешенным значением в этом диапазоне. Во – вторых, ранее проведенное исследование в нашем центре доказало, что увеличение дозировки ботулотоксина с 10 до 40 ЕД приводит к улучшению результатов лечения в отношении частоты эпителизации ран на 60-й день наблюдения и при этом не повышает риск развития послеоперационной анальной инконтиненции.

2) Касаемо наличия спазма внутреннего анального сфинктера, мы его диагностировали по объективным показателям профилометрии, то есть это повышение либо среднего, либо максимального давления в анальном канале в покое, либо обоих показателей вместе. Никаких дополнительных воздействий в отношении ликвидации спазма в послеоперационном периоде у данных пациентов не выполняли.

3) Да, действительно послеоперационные осложнения и в той, и в другой группах пациентов были. Если мы возьмем отдельные осложнения, по которым была разница между группами, то чаще встречались гематомы после выполнения сфинктеротомии, при этом, как я уже говорил ранее, никаких дополнительных назначений в отношении пациентов с гематомой не потребовалось. Что касается незаживающих ран на 60-й день наблюдения, то на представленном ранее слайде (слайд № 21) была продемонстрирована тактика лечения данных пациентов.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Я в продолжение этого вопроса. Все-таки, если мы говорим о показателях профилометрии у пациентов, которым проведена ликвидация спазма анального сфинктера сравнимыми методами, какие-то различия в показателях до лечения и после имелись у тех больных, у которых Вы отметили сохранение спазма? То есть показатели профилометрии несколько снизились? Я имею ввиду конкретные показатели, Вы анализировали их или нет?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, это действительно очень интересный вопрос. Что касается анализа показателей профилометрии как до операции, так и в послеоперационном периоде, мы попытались проанализировать все четыре показателя профилометрии и их влияние на клиническую картину и на развитие рецидива заболевания. Объединив данные показатели в совокупности в отдельные группы (слайд № 31), мы пришли к выводу о том, что, несмотря на какие-то изменения в каком-либо показателе профилометрии (будь он снижен или повышен), они не сопровождалась

явлениями анальной инконтиненции и не оказывали никакого влияния на развитие рецидива заболевания при сроке наблюдения за пациентами 12,3 месяца.

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

Шельгин: Я понимаю, но Вы не совсем точно ответили на мой вопрос. Все - таки какие-то отличия имели место или нет? Положим, берем какого-то конкретного больного, у которого исходно были определенные показатели. И после лечения у него Вы диагностировали сохранение спазма или появление его вновь. У Вас же такие плавающие были явления, как я понимаю, которые исчезали в процессе проводимого лечения, а потом появлялись вновь. Учитывая, что у Вас такие подробные данные, показатели профилометрии были примерно такими же, как и исходные данные, или эти значения каким-то образом вследствие сфинктеротомии или введения ботулотоксина как-то менялись или нет? Может быть, их уровень становился выше или, наоборот, они снижались? Смысл моего вопроса именно в этом.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Показатели после релаксации внутреннего сфинктера снижались если мы говорим о 30-м послеоперационном дне. В дальнейшем у части пациентов изучаемые показатели могли повышаться, но не до тех же цифр, которые были до операции, а ниже, но, тем не менее, это являлось критерием наличия спазма.

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

Шельгин: Понятно. То есть каких-то четких, я так понимаю, границ нет, они достаточно переменчивы, вот так бы я сказал.

Ответ: Действительно, они совершенно разнородные.

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

Шельгин: Таким образом, любое превышение нормативного показателя Вы уже трактовали как наличие спазма?

Ответ: Да, совершенно верно, каких-то таких четких закономерностей среди групп не было выявлено.

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

Шельгин: Понятно, пожалуйста, есть еще какие-то вопросы? Пожалуйста, Сергей Иванович.

Профессор, д.м.н., С.И. Ачкасов: 1) Уважаемый Роман Юрьевич! Разрабатывая методику релаксации сфинктера, Вы распределили всю дозировку на четыре части и вводили в четырех точках. Каково патогенетическое обоснование? И почему Вы не вводите ботулинический токсин в то место во внутренний анальный сфинктер, где располагается трещина? Это первый вопрос.

2) Второй вопрос: правильно ли я понял, что в основной группе у Вас чаще возникала длительно незаживающая рана, что является одной из проблем лечения анальной трещины, чем Вы это объясняете?

Ответ: Глубокоуважаемый Сергей Иванович!

1) Что касается методики инъекций нейтротоксина во внутренний анальный сфинктер, то введение данного препарата в четыре точки выбрано не случайно, а потому что спазм сфинктера все-таки локализуется не где-то в конкретном участке сфинктера, то есть не в области самой трещины, а внутренний сфинктер - мышца циркулярная, и спазм возникает по всей её окружности. Соответственно, за счет инъекции в четыре точки мы стараемся максимально инфильтровать всю мышцу и воздействовать на повышенный тонус внутреннего анального сфинктера.

2) Касаемо незаживающих ран, совершенно верно, незаживающие раны чаще встречались у пациентов после применения ботулотоксина. Мы связываем это с тем, что нейротоксин действует на функцию внутреннего сфинктера не моментально в отличие от сфинктеротомии. Согласно данным литературы, действие ботулотоксина на функцию мышц реализуется к 7-м суткам после введения. Почему после сфинктеротомии незаживающих ран меньше - потому что, выполняя сфинктеротомию, мы ликвидируем спазм мгновенно, мы связываем увеличение сроков заживления раны именно с этим.

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

Д.м.н. И.В. Костарев: 1) Роман Юрьевич, учитывая полученные Вами данные о том, что настолько разнородны показатели аноректальной манометрии, на Ваш взгляд, в чисто практических целях следует ли в таких случаях контролировать после операции наличие или отсутствие спазма с помощью профилометрии? Это первый вопрос.

2) И второй вопрос, касаемо гематом. Учитывая, что Вы сами сказали, что гематома – это закономерное развитие после боковой подкожной сфинктеротомии, целесообразно ли было ее выносить в осложнения, раз она не приводит ни к каким последствиям?

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич!

1) Что касается оценки функциональных результатов лечения у пациентов в послеоперационном периоде, то, исходя из результатов нашего исследования, это является не обязательным, поскольку, согласно нашим данным, никакие изменения показателей профилометрии не приводят к развитию, в первую очередь, явлений анальной инконтиненции, а, во вторую очередь, к развитию рецидива заболевания. Если нам и

применять профилометрию в клинической практике, то в случаях, когда развивается какое-либо осложнение в послеоперационном периоде.

2) Касаясь гематом как послеоперационного осложнения, мы опирались на данные литературы и на данные исследований, которые ранее были выполнены в нашем центре. Гематома перианальной области фактически в нашем исследовании не является каким-то клинически значимым осложнением, но согласно дизайну исследования мы учитывали ее развитие как осложнение.

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

Шельгин: 1) А, все-таки, я может быть это упустил, но у нас хотя бы были какие-то такие случаи, что гематома в конечном итоге нагнаивалась у пациентов в исследуемых группах, в частности, конечно, после сфинктеротомии? Это первое.

2) А, во-вторых, влияло ли наличие гематомы на сроки пребывания пациентов в условиях стационара или влияло ли это на продолжительность временной нетрудоспособности?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич!

1) Касаясь той когорты пациентов, у которых была диагностирована гематома в послеоперационном периоде, ни одному из этих пациентов не потребовалось никаких дополнительных назначений. То есть, наличие гематомы не сопровождалось симптомами, такими как повышение температуры тела, усилением болевого синдрома и т.д.

2) То же самое касается и влияния наличия гематомы на пребывание пациентов в стационаре - это не оказывало никакого влияния на увеличение сроков госпитализации пациентов и на продолжительность временной нетрудоспособности.

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

Шельгин: Хорошо. Пожалуйста, следующий вопрос.

К.м.н. С.В. Белоусова: 1) Роман Юрьевич, Вы утверждаете, что среди 82 пациентов, которые пришли к Вам на контрольный осмотр, вызванные по телефонному опросу в отдаленном послеоперационном периоде, ни у одного пациента не было диагностировано явлений недостаточности анального сфинктера. Каким методом это было диагностировано? Сколько было пациентов?

2) Я увидела, что манометрические показатели были снижены у ряда пациентов. Сколько таких пациентов было? Были ли у них жалобы? Как диагностировали недостаточность?

3) Потребовалась ли сфинктерометрия или еще какие-то меры для реабилитации этих пациентов? Спасибо.

Ответ: Глубокоуважаемая Светлана Васильевна!

1) Касается наличия у пациентов сравниваемых групп недостаточности анального сфинктера в отдаленном послеоперационном периоде, то, действительно, ни у одного пациента из сравниваемых групп данного явления выявлено не было. Оценивали мы эти явления согласно дизайну исследования в соответствии со шкалой Wexner, то есть это была самостоятельная субъективная оценка пациентом явлений анальной инконтиненции в соответствии с данной шкалой.

2) Из тех пациентов, которые явились на контрольный осмотр и профилометрию, то есть по 41 пациенту из сравниваемых групп, ни один из них не предъявлял жалоб на наличие явлений анальной инконтиненции, и, у части из них были явления недостаточности анального сфинктера на 60-й день после операции, всего 11 человек – это 5 человек из основной группы и 6 человек - из контрольной, то есть после сфинктеротомии.

3) Согласно дизайну исследования мы выполняли всем пациентам профилометрию с целью объективной оценки функциональных результатов лечения. Сфинктерометрию мы никому из пациентов не выполняли.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Но, все-таки, я хотел бы, чтобы Вы еще раз, отвечая на вопрос, рассказали о конечной точке исследования в отдаленные сроки наблюдения - что дальше происходило с этими 11 пациентами, еще раз повторите, пожалуйста. Это должно быть в рамках вопроса Светланы Васильевны, потому что у нее есть некоторые сомнения, есть ли клинические проявления анальной инконтиненции у этих пациентов?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Из всех пациентов, включенных в исследование, в настоящее время ни один из них не обращался к нам дополнительно после явки на контрольный осмотр и на профилометрию с какими-либо жалобами, характеризующими наличие такого осложнения, как недостаточность анального сфинктера. Соответственно, никаких дополнительных назначений, дополнительных рекомендаций пациентам из этих групп мы не давали.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Светлана Васильевна, Вы удовлетворены ответом?

К.м.н. С.В. Белоусова: Да, наверно, это вполне возможно и достоверный результат, потому что явления недостаточности или скрытой (латентной) недостаточности могут определяться не только функцией внутреннего сфинктера, но еще и компенсироваться функцией наружного сфинктера. Да, наверно, эти пациенты могли не иметь жалоб, несмотря на сниженные показатели манометрии.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Более того, мы видели по результатам этого исследования, которые сейчас были доложены, что все-таки влияние на наружный сфинктер в группе ботулотоксина имело место быть. То есть это демонстрирует какое-либо распространение или инфузию препарата в структуры наружного сфинктера.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, разрешите прокомментировать. Мы связываем влияние как одного метода лечения, так и другого на функцию поперечно-полосатой мускулатуры с тем, что данные методики выполняются необъективно - под контролем пальца или визуальным контролем. Что касается ботулотоксина, то мы можем просто не попадать точно во внутренний анальный сфинктер, что касается сфинктеротомии, то это процедура, которая, на самом деле, очень сложно выполняема и, во многом, зависит от опыта хирурга. И данные Л.К. Багдасаряна, Е.Е. Жаркова говорят о том, что при выполнении данной манипуляции, избыточное рассечение волокон сфинктера ведет к развитию явлений анальной инконтиненции, а его недостаточное рассечение - к отсутствию ликвидации спазма.

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

Шельгин: У меня возник такой вопрос. Если мы говорим о гематомах, то они оказывали какое-либо влияние именно на показатели сократительной способности наружного сфинктера? Или это всё были подкожные локализации?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Локализация гематом была подкожная, и никакого влияния на изменения в показателях профилометрии наличие гематомы не оказывало. Профилометрию в послеоперационном периоде мы же делали на 30-е сутки, а к 30-му дню наблюдения гематом, как правило, у пациентов уже не было.

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

Шельгин: Понятно. Пожалуйста, Александр Юрьевич хотел бы задать вопрос.

Д.м.н. А.Ю. Титов: Уважаемый Роман Юрьевич! Хотел бы задать такой вопрос: можно ли считать, что Ваша работа реабилитировала метод боковой подкожной сфинктеротомии как метод безопасный и который возможно применять в клинической практике?

Ответ: Глубокоуважаемый Александр Юрьевич! Спасибо, это действительно сложный вопрос. Сфинктеротомия как по данным литературы, так и по данным нашего исследования - это действительно эффективный метод лечения изучаемого заболевания. Но, при этом, относительно клинической практики, каждый врач, кто выполняет вмешательства данного рода, должен понимать, что боковая подкожная сфинктеротомия - это необратимое воздействие на запирательный аппарат прямой кишки, и, в случаях

недостаточного опыта хирурга и отсутствия навыков, ее выполнение может приводить к тяжелейшим осложнениям. Естественно, данная работа выполнялась в условиях нашего Центра, и оперативные вмешательства выполняли опытные квалифицированные хирурги. Если мы говорим о применении данной методики относительно всей России, то, наверное, в качестве метода выбора лечения я бы рекомендовал делать инъекцию нейротоксина во внутренний анальный сфинктер, учитывая, что данное воздействие на замыкательный аппарат обратимо, и, в случаях даже неправильного введения препарата, к каким-либо необратимым серьезным послеоперационным осложнениям данная манипуляция приводить не может.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: У меня тогда продолжение вопроса Александра Юрьевича. Всё равно мы никуда не денемся от данных литературы, по которым все-таки риск развития недостаточности анального сфинктера после сфинктеротомии реален. Более того, я хотел бы напомнить работу Е.Е. Жаркова, который установил, что в отдаленные сроки наблюдения после сфинктеротомии, выполненной в наших условиях, примерно у 12% пациентов в отдаленные (я еще раз хотел бы подчеркнуть) сроки развивается недостаточность анального сфинктера. С Вашей точки зрения, поскольку Вы нам представляете данные относительно непродолжительного наблюдения, Вы исключаете эту опасность в последующем? Мы понимаем, что человек взрослеет, становится старше и, может быть, это компенсируется отчасти. А насколько в таком случае у больных, перенесших сфинктеротомию, реальные риски развития в последующем и реализации этих рисков, о которых мы сейчас говорим? Тем более, что, я еще раз обращусь к работе Е.Е. Жаркова, оказалось, что факторами риска развития недостаточности являлись перенесенные разрывы промежности и т.д., которые «вылезли» в конечном итоге (извините за такой термин) именно уже спустя какое-то значительное время после произведенной манипуляции.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Безусловно, в этом отношении Вы правы, поскольку сфинктеротомия является необратимым воздействием на замыкательный аппарат прямой кишки и ведет к развитию рубцовых изменений в области оперативного вмешательства. Естественно, мы не можем исключать развитие в дальнейшем у части пациентов явлений анальной инконтиненции, поскольку при том сроке наблюдения, в который нам удалось проследить пациентов из сравниваемых групп, явлений недостаточности у них выявлено не было. Однако, это не гарантирует то, что при дальнейшем наблюдении (5- или 10-летнем) у части пациентов не разовьются явления

анальной инконтиненции, поскольку в период наблюдения за пациентами около года, свое влияние могут оказывать компенсаторные механизмы каждого конкретного человека. А что касается групп риска развития анальной инконтиненции, то, действительно, как показали работы Е.Е. Жаркова и О.В. Ткалич, женщины с многократными родами и осложненными родами в анамнезе - это такая определенная группа риска в отношении развития данного осложнения.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Спасибо. Пожалуйста, еще вопросы? Достаточно? Хорошо. Тогда я попросил бы дать характеристику нашему диссертанту научному руководителю работы - Алексею Алексеевичу Пономаренко. Пожалуйста.

Д.м.н. А.А. Пономаренко: Характеризуя Романа Юрьевича, хотелось бы отметить, как уже было ранее сказано, он закончил с золотой медалью и школу и университет. И я хотел бы выделить те качества, которые приводят его к успеху. Первое - это, конечно, умение организовать свое время, это очень большое его приобретение, которое позволяет ему достигать успехов. Второй момент - это его воля к действиям, у него не расходятся его слова с делом, если он говорит, что он что-то делает, то он это выполняет на высоком, достойном уровне, качественно. И также это ему позволило в кратчайшие сроки овладеть методикой проведения того же метаанализа. И в дальнейшем он уже участвует в формировании других исследований, их дизайнов и помогает другим. И это очень хорошо характеризует его как человека отзывчивого и добропорядочного. И, конечно же, мы сегодня видим результат его деятельности. Я хотел бы продолжить те достижения, которые есть у Романа Юрьевича. Недавно он, как мы знаем, уже становится лицом нашего Института, он участвует в программе по телевидению, где он рекламирует наш Институт и, в общем, представляет достижения нашего Института уже на всю страну. И я хотел бы также сказать, что Роман Юрьевич взят на работу в качестве сотрудника нашего Института, и он влился очень органично в нашу команду. Я думаю, что Романа Юрьевича ждут, наверное, большие перспективы, и хотел бы пожелать ему успехов.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Спасибо. Я хотел бы попросить Евгения Сергеевича сообщить нам об апробации работы и отзывах, соответственно, на автореферат и других отзывах, которые поступили в ученый совет. Пожалуйста, Евгений Сергеевич.

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

Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции с участием сотрудников отдела общей и реконструктивной колопроктологии и сотрудников

отдела малоинвазивной колопроктологии и стационарзамещающих технологий Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации 25 апреля 2022 года, протокол № 4.

На заседании диссертационного совета от 26 июля 2022 г. (протокол № 5) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук, профессора Кузьмина А.М., доктора медицинских наук Кашникова В.Н. и доктора медицинских наук Чернышова С.В.

Диссертация была принята к защите на заседании диссертационного совета 01 сентября 2022 г. (протокол № 8). Диссертация в целом получила положительную оценку.

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

Получены отзывы официальных оппонентов: доктора медицинских наук, профессора Гуляева Андрея Андреевича, главного научного сотрудника отделения неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения города Москвы и доктора медицинских наук Коротких Николая Николаевича, доцента кафедры специализированных хирургических дисциплин Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Они будут представлены далее.

Также получен отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, составленный доктором медицинских наук, доцентом Костенко Николаем Владимировичем. Он положительный и принципиальных замечаний не содержит.

Также получен отзыв на автореферат из Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения города Москвы», подписанный заведующим отделением колопроктологии № 3, кандидатом медицинских наук Корневым Леонидом Владимировичем. Он также положительный.

Других отзывов на представленную работу не поступало.

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

Шельгин: Я так понимаю, что поступившие отзывы не содержат замечаний.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: Да, они в целом положительные и не содержат принципиальных замечаний.

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

Шельгин: Спасибо. Какие-то вопросы у членов диссертационного совета или присутствующих к ученому секретарю по поступившим документам имеются? (Нет). Спасибо.

Я тогда попрошу выступить официальных оппонентов. Пожалуйста, профессор Гуляев Андрей Андреевич. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет. Оппонентом задано два вопроса:

- 1) Почему препараты, стимулирующие заживление раны, начинали применять только через 60 суток после операции?
- 2) Какие препараты применялись с этой целью?

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

Шельгин: Пожалуйста, отвечайте.

Р.Ю. Хрюкин: Глубокоуважаемый Андрей Андреевич! Спасибо за тщательный анализ проведенной нами работы.

1) Касаемо сроков назначения терапии у пациентов с незаживающими ранами и почему мы это делали именно на 60-й день наблюдения. Мы делали так ровно потому, что данное исследование является рандомизированным и зарегистрированным на сайте - мы действовали согласно утвержденному дизайну исследования. Во - вторых, если бы мы назначали той части пациентам с ранами, у которых они медленно заживают, дополнительные средства, которые стимулируют репарацию тканей, то в такой ситуации мы бы не выявили и не могли бы правильно определить какие-либо факторы, которые могут оказывать влияние на увеличение сроков заживления раны.

2) Что касаемо самого препарата, который мы использовали у данных пациентов, наверно, коммерческое название лекарственного препарата называть нельзя, это будет рекламой. Мы использовали человеческий рекомбинантный эпидермальный фактор роста.

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

Шельгин: Уступите микрофон, мы сейчас с замиранием сердца ждем Ваше заключение, Андрей Андреевич.

Профессор, д.м.н. А.А. Гуляев: Я полностью удовлетворен ответами Романа Юрьевича (зачитывает заключение отзыва).

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Спасибо, Андрей Андреевич. Я тогда должен огорчить всех, но у нас, к сожалению, второй официальный оппонент - Николай Николаевич Коротких по объективным причинам не смог приехать. И по регламенту по правилам ВАК мы должны попросить ученого секретаря диссертационного совета зачитать отзыв Николая Николаевича Коротких. И, в этом случае, мы должны зачитать полностью текст написанного заключения 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, Евгений Сергеевич. Поскольку замечаний нет, то я бы хотел спросить: кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Пожалуйста. Леонид Алексеевич.

Профессор, д.м.н. Л.А. Благодарный: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, глубокоуважаемые коллеги! Диссертация Романа Юрьевича заслуживает внимания, потому что проблема эта достаточно актуальна, поскольку она занимает второе ранговое место по распространенности после геморроя и, к сожалению, ей, в основном, страдают люди трудоспособного возраста, что говорит о ее социальной направленности, так как люди от этой маленькой трещины становятся нетрудоспособными, и она, как сказал Андрей Андреевич, дает много страданий. Говоря о самой работе, отмечу, что работа написана в классическом стиле. И мне очень понравилось то, как сделан обзор литературы - просто проведен очень хороший метаанализ литературы, к тому же проведен многофакторный анализ. И Роман Юрьевич очень конкретно доказал то, что обе части операции (и иссечение трещины с боковой подкожной сфинктеротомией, и иссечение трещины с применением ботулотоксина) имеют место. Поэтому эти две операции, конечно, имеют право на существование. И каждая из этих операций имеет, и это указал Роман Юрьевич, свои преимущества и недостатки. И трудно сравнивать, если говорить в общем, то, конечно, эти операции сопоставимы по его данным, и они могут применяться в клинической практике. Замечаний практически нет, я выяснил это в своих вопросах. И, в общем-то, сам автор заслуживает искомой степени кандидата медицинских наук, а диссертация может быть представлена в ВАК для утверждения. Спасибо.

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

Тогда я предлагаю предоставить заключительное слово Роману Юрьевичу. Пожалуйста.

Р.Ю. Хрюкин: Глубокоуважаемые коллеги! Мне хотелось бы выразить огромную благодарность научному руководителю Центра - Юрию Анатольевичу Шельгину, директору Центра - Сергею Ивановичу Ачкасову за возможность выполнения данного исследования в условиях этого Центра. Хочется сказать отдельное спасибо руководителю отдела общей и реконструктивной колопроктологии Александру Юрьевичу Титову за постоянную помощь, сопровождение как в научной работе, так и в клинической. Также хочется сказать огромное спасибо Алексею Алексеевичу Пономаренко за то, что этот человек в принципе за время моей как учебной, так и научной, клинической деятельности, наверное, перевернул в моей голове отношение в принципе к научной деятельности и очень сильно повлиял на мое развитие. Отдельную благодарность хотелось бы сказать Оксане Юрьевне Фоменко - руководителю лаборатории клинической патофизиологии и всем сотрудникам данного отделения за помощь в диагностике, за советы в отношении написания научного исследования. Также отдельно хотелось бы поблагодарить всех сотрудников 2-го хирургического отделения за то, что они всегда поддерживали и всегда шли навстречу в отношении написания работы. Хотелось бы сказать и про заведующую поликлиникой - Асмаг Османовну Киселеву за ее безмерную поддержку и за решение множества логистических вопросов с целью написания данной работы.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Спасибо, Роман Юрьевич. Нам необходимо избрать счетную комиссию. И есть следующее предложение - избрать счетную комиссию в таком составе: Виктор Владимирович Веселов, Владимир Николаевич Кашников и Станислав Викторович Чернышов. Кто за данный состав, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно.

Тогда я прошу счетную комиссию приступить к работе. Пожалуйста.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин: Я хотел бы тогда привлечь внимание. Судя по тому, что Виктор Владимирович у нас сейчас на трибуне, наверно, его избрали председателем счетной комиссии. Пожалуйста, Виктор Владимирович.

Профессор, д.м.н. В.В. Веселов: Уважаемый Юрий Анатольевич, уважаемые члены диссертационного совета, уважаемые коллеги! Позвольте ознакомить вас с протоколом № 4 заседания счетной комиссии, избранной для подсчета голосов при тайном голосовании

по диссертации Хрюкина Романа Юрьевича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия».

В состав диссертационного совета входит 19 человек. Присутствовало на заседании 16 человек. Роздано 16 бюллетеней. В урне оказалось 16 бюллетеней. Осталось не розданных - 3.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия: «за» - 16, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

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

/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/

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

Шельгин: Спасибо, Виктор Владимирович. Я хотел бы тогда резюмирующую часть проекта заключения с вашего позволения прочитать по представленной к защите работе на соискание ученой степени кандидата наук Хрюкина Романа Юрьевича на тему: «Медикаментозный и хирургический методы ликвидации спазма внутреннего анального сфинктера при хронической анальной трещине». Представленная к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем колопроктологии, является самостоятельным и законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные диссертантом исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения пациентов с хронической анальной трещиной.

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 Хрюкин Роман Юрьевич 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 против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Тогда с вашего позволения я хочу поздравить нашего диссертанта, а теперь уже кандидата наук - Романа Юрьевича Хрюкина с присуждением ему степени кандидата медицинских наук. Поздравляю!

Я хотел бы уточнить: есть ли замечания у присутствующих, членов ученого совета по ведению заседания диссертационного совета? Если нет, то позвольте на этом заседании ученого совета завершить. Спасибо.

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

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук



Ю.А. Шельгин

Е.С. Суворегин

10 ноября 2022 г.