

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

СТЕНОГРАММА

заседания № 1 специализированного совета по приему кандидатских и докторских
диссертаций **21.1.030.01** по защите диссертации

Ваганова Юрия Евгеньевича

**«Мукозэктомия в лечении больных с доброкачественными эпителиальными
новообразованиями ободочной кишки»,**

представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук
по специальности 3.1.9 «Хирургия»

17 февраля 2022 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. Суrowегин

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. | Горский В.А. | доктор медицинских наук | 3.1.9 |
| 10. | Кашников В.Н. | доктор медицинских наук | 3.1.9 |
| 11. | Костарев И.В. | доктор медицинских наук | 3.1.9 |
| 12. | Кузьминов А.М. | доктор медицинских наук | 3.1.9 |
| 13. | Орлова Л.П. | доктор медицинских наук | 3.1.9 |
| 14. | Родоман Г.В. | доктор медицинских наук | 3.1.9 |
| 15. | Титов А.Ю. | доктор медицинских наук | 3.1.9 |
| 16. | Федоров А.В. | доктор медицинских наук | 3.1.9 |

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Уважаемые коллеги! Я хотел бы сказать, что на сегодняшний день у нас заседание диссертационного совета нашего учреждения. И соответственно у нас в повестке защита докторской диссертации Юрием Евгеньевичем Вагановым на тему: «Мукозэктомия в лечении больных с доброкачественными эпителиальными новообразованиями ободочной кишки» по специальности «Хирургия» - 3.1.9.

Должен сказать, что у нас из 19 членов ученого совета присутствует 16, то есть у нас кворум есть. И в связи с этим, если нет возражений, мы тогда начнем заседание диссертационного совета.

Я, конечно же, я хотел бы напомнить, кто является, во-первых, оппонентами. Оппонентами у нас являются, во-первых, это Федоров Евгений Дмитриевич, всем хорошо известный, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии НИИ клинической хирургии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет Н.И. Пирогова» Минздрава России; дальше Шишин Кирилл Вячеславович, доктор медицинских наук, доцент, руководитель отдела эндоскопии ГБУЗ «Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы; и Нечипай Андрей Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой постдипломного образования врачей Департамента профессионального образования централизованных вспомогательных подразделений ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.И. Блохина» Минздрава России.

Ведущей организацией избран Московский научно-исследовательский онкологический институт П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ.

И соответственно я должен сказать, что научным консультантом работы является Сергей Иванович Ачкасов, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ.

Единственное, что я хотел бы сказать, что у нас по уважительной причине будет отсутствовать один оппонент – это Нечипай Андрей Михайлович. Но как вы понимаете, у нас уже получен его отзыв в диссертационный совет. И, соответственно, по регламенту один оппонент может отсутствовать, если имеется его положительный отзыв на оппонируемую работу.

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

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

Уважаемые коллеги! Соискатель Ваганов Юрий Евгеньевич родился в 1970 году. В 1993 году окончил Московскую медицинскую академию имени И.М. Сеченова по специальности «Лечебное дело» и поступил в клиническую интернатуру на кафедру хирургических болезней № 2 первого лечебного факультета Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова Минздрава России по специальности «Хирургические болезни». В 1994 году поступил в клиническую ординатуру в Онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина по специальности «Онкология (эндоскопия)». В 1997 году поступил на работу в должности младшего научного сотрудника в отделение эндоскопической хирургии Государственного научного центра колопроктологии Минздрава России имени А.Н. Рыжих. С ноября 2002 года работает в должности научного сотрудника, а с декабря 2014 года – заведующий отделением эндоскопической диагностики и хирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В 2002 году успешно защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Ультразвуковая колоноскопия и диагностика эпителиальных новообразований толстой кишки».

В июне 2012 года награжден нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», в ноябре 2017 года поощрен Благодарностью Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ваганов Юрий Евгеньевич – врач высшей квалификационной категории, член ассоциации колопроктологов России и российского эндоскопического общества «РэндО».

В настоящее время Ваганов Юрий Евгеньевич подготовил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук по теме: «Мукозэктомия в лечении больных с доброкачественными эпителиальными новообразованиями ободочной кишки».

Соискатель подготовил пакет документов. Все они соответствуют требованиям ВАК для документов, предъявляемым к докторским диссертациям.

При проверке в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составляет 77,78 %.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Есть какие-то вопросы к ученому секретарю? Может быть, какая-то дополнительная информация требуется по поступившим документам? Если нет, спасибо, Евгений Сергеевич.

Я тогда попрошу: Юрий Евгеньевич, мы предоставляем Вам возможность в течение 20 минут изложить основные положения Вашей работы. Пожалуйста.

Ваганов Ю.Е. 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.

Федоров А.В., д.м.н., профессор: Юрий Евгеньевич, скажите, пожалуйста, я вернусь не к концу, а к началу – к метаанализу, какое количество отечественных работ было у Вас в первичном отборе, и сколько, в конце концов, отобрали?

Уточнение: Вы имеете в виду для метаанализа?

Федоров А.В., д.м.н., профессор: Да.

Ответ: Глубокоуважаемый Андрей Владимирович! Ни одной отечественной работы для метаанализа отобрано не было. Изначально были работы, но они относились к работам по удалению в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. Это были работы из Питера. Но по толстой кишке таких работ не было.

Федоров А.В., д.м.н., профессор: Понятно. Спасибо.

Назаров И.В., к.м.н.: Юрий Евгеньевич, у меня два вопроса.

Первый вопрос: в Вашей работе затрагиваются только проблемы полипов ободочной кишки, и это мы видим в выводах, а полипы прямой кишки почему не включали?

Ответ: Глубокоуважаемый Илья Владимирович! Большое спасибо за вопрос! Мы не включали в исследование прямую кишку для того, чтобы получить чистый эксперимент из-за разницы количества слоев в стенке – все-таки в ободочной кишке это 5 слоев, в прямой – 4. И плюс в последние годы у нас в Институте очень успешно используется для устранения крупных новообразований метод трансанального иссечения. Поэтому мы использовали именно ободочную кишку для более чистого эксперимента.

Назаров И.В., к.м.н.: И тогда позвольте сразу второй вопрос задать: почему Вы не рассчитывали экономическую эффективность каждой из методик, то есть в принципе Вы не ставили такую задачу?

Ответ: Глубокоуважаемый Илья Владимирович! Мы попытались рассчитать экономическую эффективность на самом начальном этапе. Но мы начали сравнивать сначала в простом, то есть в расходных материалах. И получилось так, что в среднем полипэктомия обходится дешевле, чем мукозэктомия в 1,4 раза, а диссекция дороже, чем мукозэктомия в 2,2-2,3 раз. Но это получились совершенно необъективные данные. Объясню, почему. Дело в том, что, во-первых, большинство мукозэктомий и полипэктомий у нас в Институте выполняется без наркоза, а диссекция в подслизистом слое – под

наркозом, и нужно посчитать и медицинские препараты, и расходы анестезиологам, и вторую бригаду посчитать, чтобы было объективно. Плюс мы еще нарвались на то, что по сравнению с 2014 годом очень сильно изменились цены на расходные материалы по сравнению с 2019 годом, и поймать тот момент, когда менялись эти цены, было очень сложно. Поэтому экономическую эффективность мы не смогли просчитать.

Назаров И.В., к.м.н.: Позвольте заключительный тогда вопрос третий, который тоже касается организационных моментов. Вы показали, что этот метод одинаково безопасный, как и стандартная полипэктомия, то есть там не было продемонстрировано статистически значимых различий в частоте осложнений. На сегодняшний день нам доступны два варианта предоставления такой медицинской услуги: это в стационаре круглосуточного пребывания и в дневном стационаре. Могли бы Вы рекомендовать этот метод для использования в дневном стационаре?

Ответ: Глубокоуважаемый Илья Владимирович! Я думаю, что это возможно. Но опять же нужно только правильно оценить силы и правильно понять размер новообразований, который мы можем себе позволить удалять амбулаторно. Я думаю, что если полипы до 1 см, максимум 1,5 см, мы можем использовать как методику мукозэктомии, так и методику традиционной полипэктомии для удаления амбулаторным пациентам новообразований. По поводу того, что действительно статистически значимых различий в осложнениях не было, тем не менее, уже при более крупных новообразованиях мы рекомендуем мукозэктомию в связи с тем, что рецидивов значимо меньше при удалении сопоставимых по размеру новообразований. Спасибо за вопрос.

Пономаренко А.А., д.м.н.: Юрий Евгеньевич, скажите, пожалуйста, учитывая анализ Вашей работы и собственный опыт, какой бы Вы метод предложили пациенту, у которого больше 25 мм образование и у которого меньше 25 мм образование, учитывая те методики, которые Вы сейчас представили?

Ответ: Глубокоуважаемый Алексей Алексеевич! Большое спасибо за вопрос! Я думаю, что понятно, что мы оцениваем сначала новообразование при диагностике. И я думаю, что уже в момент диагностики можно оценить, какой методикой, учитывая возможность визуализации всего новообразования, учитывая, есть ли конвергенция, нет конвергенции складок, можно уже на дооперационном этапе определить методику, которой удалять. Я думаю, что если новообразования меньше 1 см, их можно совершенно спокойно удалять методом традиционной полипэктомии, не опасаясь ни за какие осложнения, ни за рецидивы. Но если более крупное новообразование, я бы все-таки старался применять больше мукозэктомию. Опять же мы по данным именно нашего исследования ограничили

возможность удаления новообразований, чтобы это было адекватно – 2,5 см. Дело в том, что мукозэктомия позволяет и более крупные новообразования удалять, но это уже метод, как правило, фрагментации, что повышает риск осложнений именно с точки зрения рецидивов. Поэтому если более крупное новообразование 2,5-3 см, конечно, мы больше будем рекомендовать диссекцию в подслизистом слое. Хотя, как я говорю еще раз, бывают новообразования, которые хорошо визуализируются и совершенно спокойно одномоментно могут быть удалены методикой мукозэктомии.

Орлова Л.П., д.м.н., профессор: Юрий Евгеньевич, скажите, пожалуйста, какая гистологическая форма была у изучаемых Вами новообразований?

Ответ: Глубокоуважаемая Лариса Петровна! Это были всё доброкачественные эпителиальные новообразования, это были не зубчатые аденомы, по каждому конкретному случаю кровотечения я ответить не могу, но это были тубулярные или тубулярно-ворсинчатые аденомы.

Орлова Л.П., д.м.н., профессор: Один из известных методов диагностики новообразований – это ультразвук. В своей работе какой Вы использовали метод диагностики? И как раз, между прочим, с кровотечениями он бы очень хорошо помог. Как раз при ворсинчатых и тубулярно-ворсинчатых аденомах очень хорошо видно ножку полипа, что Вам могло быть в дальнейшем при данной диагностике помочь избежать этих осложнений.

Ответ: Глубокоуважаемая Лариса Петровна! Спасибо Вам большое за вопрос! Дело в том, что, когда я писал кандидатскую диссертацию, это была очень важная методика, потому что мы оценивали именно инвазию при выполнении ультразвуковой колоноскопии. И это было важно. За последние годы настолько продвинулась визуальная электронная микроскопия при обычной колоноскопии, что мы, оценивая новообразование, можем себе на дооперационном этапе оценить – это доброкачественное или злокачественное новообразование. И если это злокачественное новообразование, во-первых, у меня в работе это не учитывалось, все-таки я занимался именно доброкачественными эпителиальными новообразованиями, но сейчас в основном используются другие методы – это компьютерная томография, МРТ. И мы по этим новообразованиям действительно ультразвук не делали, потому что еще на дооперационном этапе могли оценить доброкачественность или злокачественность роста по эндоскопической картине. Спасибо Вам большое за вопрос!

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шелыгин: Но Вы не ответили на вопрос Ларисы Петровны. Я тогда еще раз повторю себе повторить его: если Вы применяли бы, положим, ультразвуковое исследование, позволило бы, с Вашей точки

зрения, и на основании того опыта, который Вы имели ранее в применении этой методики, для профилактики и возникновения кровотечений? Собственно суть вопроса именно в этом была, а не в определении злокачественности или незлокачественности.

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Я не знаю, повлияла бы эта ультразвуковая колоноскопия на возможность послеоперационного кровотечения. Я думаю, что нет. Объясню, почему даже. Дело в том, что опять же мы, к сожалению, не проводили эту работу, но иногда мы полностью закрывали ложе удаленного новообразования клипсами, иногда нам казалось, что визуально никаких кровотечений быть не может, и мы не занимались эндоклипированием ложа. И это тоже было произвольно по опыту оперирующего хирурга. И поэтому если бы возможны были в тех случаях изначально наложены эндоклипсы, может быть, и этих случаев кровотечения не было. Поэтому мы как-то не пробовали использовать ультразвук для предоперационной оценки возможных кровотечений после выполнения мукозэктомии.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: А все-таки в продолжение уже этого вопроса я хотел бы попросить у Вас уточнить: все-таки это же были осложнения (то есть я говорю о кровотечении), они в какие сроки возникали – это были интраоперационные или Вы говорите все-таки о тех осложнениях, которые возникли спустя какое-то время после выполненного оперативного вмешательства?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Спасибо за вопрос. Все случаи, которые мы указывали – это послеоперационные кровотечения, которые возникли на 3-и-7-е сутки после выполнения мукозэктомии? Если кровотечение интраоперационное, мы не считали это как осложнение, мы просто останавливали это кровотечение интраоперационно и не учитывали это в подсчете во время выполнения диссертации.

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

Костарев И.В., д.м.н.: Юрий Евгеньевич, скажите, пожалуйста, при размерах образования более 25 мм и прочих равных условиях, какой метод Вы бы выбрали для удаления в правых отделах и в левых отделах.

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! Спасибо Вам большое за вопрос! Я думаю, что нет какого-то именно предпочтения методики диссекции в подслизистом слое или мукозэктомии именно по отделам. Всё равно, я думаю, что если провести отдельно исследование, когда выполняется диссекция в подслизистом случае, я думаю, что осложнения в правых отделах могут быть также большие, чем при выполнении в левых, мы не проводили исследования отдельно по диссекции, где было больше осложнений в правых

отделах или в левых отделах. Я думаю, что не будет значительной разницы между методиками именно. Лично мне по опыту кажется, что и в левых, и в правых отделах, если достаточно крупные новообразования, то большую эффективность имеет диссекция в подслизистом слое, потому что это идет поэтапно, с остановкой кровотечения, под визуальным контролем. Если крупное новообразование в тех же правых отделах и невозможно визуализировать целиком новообразование, мы сознательно идем на фрагментацию при мукозэктомии. Поэтому, я думаю, что предпочел бы диссекцию, наверное, если крупное новообразование, а если новообразование сопоставимых размеров, наверно, мукозэктомию, по крайней мере, по моему опыту, я бы предпочел так. Различий в левой половине и в правой половине между мукозэктомией и диссекцией, я думаю, мы не достигнем в осложнениях.

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

Костарев И.В., д.м.н.: Да.

Шишин К.В., д.м.н. доцент: Юрий Евгеньевич, правильно ли я понимаю, что под термином «рецидив новообразования» после удаления доброкачественного новообразования несколькими фрагментами мы должны понимать продолженный рост опухоли вследствие ее неполного удаления или под этим термином надо что-то другое понимать?

Ответ: Глубокоуважаемый Кирилл Вячеславович! Большое Вам спасибо за вопрос! Только это и надо понимать, то есть это недоудаление, это где-то не замечено. Почему и ценится удаление единым блоком, потому что мы захватываем же еще и часть слизистой оболочки, гарантированно отступая от края новообразования. Если это идет по краю резекции, иногда за посткоагуляционным некрозом мы просто не видим какие-то милиарные отсевы, которые не удалены. И, конечно, под рецидивом в работе мы понимаем именно продолженный рост при нерадикальном удалении.

Шишин К.В., д.м.н., доцент: Спасибо. И второй вопрос. Я просто более детально знаком с работой, и я так понимаю, что пациенты, которым удалялась опухоль фрагментарно, то они в последующем наблюдались через 3, 6, 12 месяцев. Соответственно если выявлялся продолженный рост недоудаленного образования, то выбирался какой-то метод его удаления в виде резекции слизистой, либо диссекции в подслизистом слое. И мысль, которая проводилась, что эти образования, как правило, маленькие и легко удалимы. И чем тогда Вы объясняете такое большое число диссекций в подслизистом слое при удалении этих остаточных новообразований? Почему не была предпринята методика долевой резекции в этих случаях?

Ответ: Глубокоуважаемый Кирилл Вячеславович! Спасибо большое за вопрос! Дело в том, что, к сожалению, не все пациенты, даже когда им звонили, приходили через 3, через 6 месяцев, некоторые приходили через год. И иногда мы выбирали именно диссекцию в подслизистом слое в связи с тем, что новообразование было более вытянутой формы, то есть оно было достаточно узкое, но так как рецидивы возникали именно по краям, оно могло быть по длине там и 2 см, предположим. И если не было очень грубого рубца, и возможно было делать лифтинг более-менее удачно, то старались делать диссекцию. Если лифтинг был менее удачный, то старались все-таки делать мукозэктомии, потому что во всех 12 случаях было видно целиком края новообразования, и поэтому делали мукозэктомию повторную. Я не знаю, я ответил на вопрос?

Шишин К.В. д.м.н., доцент: Да.

Суровегин Е.С., к.м.н.: У меня один только технический вопрос. Скажите, пожалуйста, большая часть фрагментации, она была преднамеренная или вследствие того, что образование было крупным, оно выходило из петли накинута. С чем связана была фрагментация? Или Вы сознательно, зная, что риск рецидива или продолженного роста после фрагментации препарата небольшой, сознательно шли на нее?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! Спасибо большое за вопрос! Дело в том, что иногда мы шли сознательно на фрагментацию, потому что лучше удалить фрагментарно, чем захватить лишней не визуализируемый в проксимальной части новообразования кусок и захватить слизистую – просто могла быть перфорация. Если мы не могли визуализировать целиком, мы сначала удаляли дистальный край, потом удаляли проксимальный край. Иногда это было невозможно просто технически из-за петли – из-за размера петли мы не могли захватить сразу целиком новообразование с прилежащей слизистой оболочкой. Поэтому чтобы не сознательно пойти на фрагментацию, то есть случайно, нет, мы старались, и если уж делали фрагментацию, то делали ее сознательно, дабы не привести к осложнениям и к перфорации, когда захватываешь невидимый тебе, предположим, фрагмент новообразования за складкой. А так, старались, конечно, делать единым блоком удаление, насколько это было возможно.

Суровегин Е.С., к.м.н.: Можно в продолжение вопрос: стоит ли рекомендовать такую методику при удалении крупных новообразований? И в каком случае, я понимаю, что у Вас в выводах написано, что у пожилых пациентов с высокой коморбидностью, кому стоит еще применять такую методику и в каких стационарах?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! Спасибо Вам большое за вопрос! Очень часто мы делали мукозэктомию в тех случаях, когда пациентам был противопоказан наркоз,

то есть это было в нескольких случаях. Почему мы шли фрагментарно? Во многих литературных источниках, и в зарубежных в том числе (и в новозеландских, и в австралийских) многие эндоскопические хирурги вообще не признают диссекцию даже с циркулярными новообразованиями длиной 8-10 см, удаляют мукозэктомией, сознательно даже идя на какой-то рецидив с последующим удалением, если он возникает, той же методикой мукозэктомией. Мы старались удалять новообразование, исходя из целесообразности и правильного выбора по отношению к пациенту: если есть возможность давать наркоз и крупное новообразование, то, конечно, это делалось методом диссекции в подслизистом слое; если человеку невозможно проведение наркоза или по каким-то другим причинам, мы делали мукозэктомию, если не получалось одномоментно, то фрагментарно. И, в общем-то, мы не считаем, что это как-то неприемлемо для пациентов. То есть это всё делалось только ради того, чтобы не было осложнений при наркозе или чем-то другим, что не могло быть выполнено.

Суровегин Е.С., к.м.н.: Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шелыгин: Пожалуйста, есть ли еще вопросы? Достаточно. Хорошо. Спасибо.

Я хотел бы тогда попросить выступить научного консультанта Сергея Ивановича Ачкасова. Пожалуйста.

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги! Юрия Евгеньевича, наверно, в этом коллективе нет смысла представлять, потому что всю свою профессиональную деятельность он провел преимущественно в нашем учреждении, придя сюда младшим научным сотрудником и став заведующим эндоскопическим отделением. Конечно же, он овладел всеми методиками, которые применяются у нас в центре и всегда демонстрировал себя как очень хороший врач. Но несколько лет назад он пришел с идеей о том, что необходимо обобщить тот опыт, который накопился сейчас в отделении, и сам предложил эту, мне кажется, интересную тему для диссертационного исследования. Нужно сказать, что это не тот случай, когда приходит исследователь, поднимает ретроспективный материал и его анализирует. Эти все больные прошли через руки Юрия Евгеньевича, и мне кажется, это повышает ценность полученных результатов.

Нужно сказать, что Юрия Евгеньевича очень любят у нас в коллективе. Он всегда у нас организовывает и проводит все наши неформальные мероприятия и в те доковидные времена, когда мы любили собраться нашим небольшим коллективом. И это как раз

характеризует его как человека, активного участника нашего коллектива, которого уважают и любят. Это еще одна характеристика этого человека.

Так что я даю положительную характеристику сегодняшнему соискателю.

Шельгин Ю.А., председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор: Наряду с этим, когда были некоторые запросы из Правительства, из Министерства иностранных дел поехать в непростые регионы мира, где шли различные военные конфликты, или в другие какие-то загадочные страны, то Юрий Евгеньевич не раздумывал ни секунды, когда нужно было поехать. И он имеет награды, тут не прозвучало и, в частности, Благодарности Министерства иностранных дел и конкретно Министра иностранных дел. И думаю, что это совершенно неверно, что мы это не отобразили в личном деле. Потому что все-таки это тоже говорит и характеризует самоотверженность нашего диссертанта. Поэтому об этом, конечно, следует непременно упомянуть.

Если я не вижу никаких других желающих выступить, всю информацию об Юрии Евгеньевиче мы имеем, то мы попросим ученого секретаря огласить поступившие дополнительные отзывы. Пожалуйста, Евгений Сергеевич. А потом мы уже тогда предоставим слово официальным оппонентам.

Ученый секретарь специализированного совета, к.м.н. Суровегин Е.С.: Уважаемые коллеги! Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отдела онкопроктологии, онкологии хирургии ободочной кишки и эндоскопической диагностики и хирургии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России 17 июля 2021 г.

На заседании диссертационного совета от 07 сентября 2021 г. (протокол № 11) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук, профессора Веселова В.В., доктора медицинских наук, профессора Кузьминова А.М. и доктора медицинских наук Чернышова С.В.

Диссертация была принята к защите на заседании диссертационного совета 11 ноября 2021 г. (протокол № 15). Диссертация получила положительную оценку.

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 10 научных работ, в которых отражены основные положения выполненной работы.

Отзывы официальных оппонентов мы заслушаем чуть далее. Наперед скажу, что они все положительные.

Получен отзыв ведущей организации – Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена – филиала федерального государственного

бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации на диссертацию, составленный доктором медицинских наук Пироговым Сергеем Сергеевичем. Он положительный.

Также поступили отзывы на автореферат:

- из Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр лазерной медицины имени О.К. Скобелкина Федерального медико-биологического агентства», подписанный заместителем директора по научной работе, доктором медицинских наук, профессором Дуванским Владимиром Анатольевичем;
- из Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, подписанный заведующей эндоскопическим отделением, доктором медицинских наук Малиховой Ольгой Александровной;
- из Государственного бюджетного учреждения образования города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», подписанный старшим научным сотрудником отдела неотложной хирургии, эндоскопии и неотложной помощи, кандидатом медицинских наук Гасановым Али Магомедовичем.

Все эти три отзыва положительные. Других отзывов на представленную диссертацию не поступало.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Раз у нас нет никаких замечаний, то, спасибо, Евгений Сергеевич.

И я тогда попрошу сначала выступить Евгения Дмитриевича Федорова как официального оппонента. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Серьезных замечаний по сути работы нет. Те замечания, которые имеются, они непринципиальны, носят частный характер, связаны большей частью с особенностями оформления, какими-то стилистическими неточностями, которые не снижают общую положительную оценку представленной на соискание ученой степени доктора наук работы.

Оппонентом также во время выступления был сделан ряд комментариев по структуре работы следующего содержания. Оппонент отметил лаконичность работы, но, тем не менее, всё, что необходимо, в работе отражено. Несколько необычно включение метаанализа в главу «Результаты исследования», что, впрочем, по мнению оппонента, можно объяснить тем, что проведение метаанализа относится к научной работе, которая позволяет грамотно поставить цель и задачи исследования, которые потом были реализованы.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо, Евгений Дмитриевич. Юрий Евгеньевич, пожалуйста.

Ваганов Ю.Е.: Глубокоуважаемый Евгений Дмитриевич! Большое Вам спасибо за отзыв! Мне очень лестно слышать от такого специалиста, как Вы, такой отзыв. Спасибо Вам за работу, проведенную по оценке работы, автореферата. Будем дальше сотрудничать. Спасибо Вам большое!

Федоров Е.Д., д.м.н., профессор: Спасибо большое!

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Как-то все-таки совсем у нас, я понимаю, но все-таки я призываю, и я тут уже обращаюсь, конечно, к Кириллу Вячеславовичу, но все-таки так не бывает, с моей точки зрения и, может быть, с Вашей точки зрения незначительные замечания, но все-таки нужно высказывать. У нас всё равно есть некоторые другие взгляды, и они имеют право быть. И как раз диссертант должен уметь доказать и ответить на те сомнения, которые могут возникнуть у оппонента. Поэтому выручайте уж. Сначала благостно так сказано – спасибо за это, конечно. Но попрошу Вас вступить в дискуссию.

Федоров Е.Д., д.м.н., профессор: Мы разделили с Кириллом Вячеславовичем.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Ну, если вы роли разделили, так не должно быть, потому что у нас оппоненты абсолютно независимы. Поэтому, Кирилл Вячеславович, я Вас приглашаю и надеюсь на Вас. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

В ходе выступления оппонентом сделан ряд комментариев, рассуждений, замечаний следующего содержания:

Сейчас я вообще не представляю, как можно полип убрать без инъектора кроме тех пациентов, которых Вы исключили из исследования (полипы на ножке).

В отношении структуры работы так же, как сказал Евгений Дмитриевич, меня поразили две вещи, во-первых, художественность, а, во-вторых, наличие такой главы, как «Метаанализ». И мысли абсолютно схожие были. По мне метаанализ это хорошо написанный обзор литературы. Но обзор литературы и метаанализ это все-таки, наверно, разные вещи, потому что метаанализ это результат собственного исследования, это надо очень хорошо углубиться, провести достаточно активный поиск по всем поисковым системам при помощи специальных таких систем, выявить те работы, которые нужно анализировать, а это очень важно, потому что анализировать обзор литературы и какие-то case reports – это значит портить статистику и сформировать определенное представление, а что же думают люди в мире по этому поводу. Несмотря на всю художественность представленной докторской диссертации, она лаконична и этим

ценна на самом деле, когда можно немного потратив времени, понять суть работы и по достоинству ее оценить.

Есть вопросы, которые у меня не вызывают раздражения – это касается небольшого количества ошибок в тексте работы, в том числе стилистических.

Но есть небольшое неудовлетворение теми клиническими наблюдениями, которые представлены. Потому что, на мой взгляд, они немножко по-другому должны быть оформлены. В частности, одно из клинических наблюдений демонстрирует удаление эпителиального новообразования с явными признаками малигнизации, которое было выполнено методом диссекции в подслизистом слое. Это в принципе понятно и обосновано – при наличии малигнизации надо делать удаление единым фрагментом. Но, к сожалению, была диагностирована перфорация, последующая череда осложнений. И в силу коморбидности пациента и такого тяжелого осложнения в итоге всё заканчивается летальным исходом, в связи с чем делается вывод, что, наверно, пофрагментная петлевая резекция была бы в этом случае более эффективной. Но мне кажется, что, наверно, нет. Наверно, все-таки мы должны понимать, что, гоняясь за одним осложнением, в частности, перфорациями и кровотечениями, мы, наверно, все-таки должны думать о финале лечения и, прежде всего, выдвигать онкологические какие-то осложнения. Если диссекция в подслизистом слое считается методом, который чреват очень большим числом осложнений в силу локального какого-то статуса, то надо, наверно, больше рассматривать варианты хирургического лечения. И не знаю, как в практике здесь сидящих людей, но в нашей практике даже доброкачественные новообразования, которые мы физически считаем, что удаление будет сопряжено практически со стопроцентным риском перфорации или какого-либо кровотечения или морфологии опухоли в виде ворсинчатой опухоли, которая сочетает элементы инвазивного роста, богатое кровоснабжение, мы просто отдаем их хирургам. И нам очень благодарны молодые хирурги, вступающие в хирургическую жизнь, потому что это те люди, которые попадают к молодежи, где не надо делать D2 лимфаденэктомию, которую им никто не даст делать, и они с этого начинают свою хирургическую жизнь и очень нам благодарны. А такие пациенты достаточно часто стали появляться.

В другом клиническом наблюдении приводится случай петлевого удаления латерально распространяющейся аденомы, к сожалению, с последующим продолженным ростом не полностью удаленного новообразования и при повторном вмешательстве выполняется диссекция в подслизистом слое. И в качестве заключения приводятся выводы, что диссекция при рецидивных образованиях является эффективной из-за того, что она получается, а, во-вторых, что номограмма оценки риска рецидива образования после

петлевой резекции реально работает в жизни. То есть по номограмме сошлось так, что будет рецидив, и рецидив случился. На мой взгляд, вывод должен быть такой, что, оценив всё и нарисовав на номограмме, нужно было делать не петлевую резекцию, а все-таки отправить человека на диссекцию. И в этом случае диссекция, выполненная абсолютно в других условиях, она бы, во-первых, не привела к повторному оперативному вмешательству; во-вторых, исходно была бы выполнена в наиболее благоприятных условиях.

Из того, что прямо задернуло так, что захотелось рассказать, наверно, все. Опять же подчеркну, что указанные вопросы они вообще не умаляют общую положительную оценку диссертационной работы, ее общее восприятие и практическую ценность, которая хорошо изложена в практических рекомендациях.

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

Ваганов Ю.Е.: Глубокоуважаемый Кирилл Вячеславович! Спасибо Вам большое за Ваш труд, за отзыв на представленную работу!

Хочу ответить на некоторые вопросы, которые возникли при отзыве. Я отметил четыре, как мне показалось, вопроса, которые следует отметить.

По поводу того, что нужно ли при всех случаях на современном этапе при полипэктомии даже мелких образований делать инъекцию. Я почти согласен с этим полностью, особенно если это касается LST образований, они могут быть не сильно опасными, но плохо визуализируются и при инъекции, конечно, они лучше визуализируются, и края лучше убираются. Я полностью согласен. К сожалению, мы с Вами работаем в очень крупных медицинских московских учреждениях, и мало того, что не везде возможно, исходя из расходных материалов, делать инъекции, а мы все-таки говорим не только про наш город, но и про страну. Во многих местах, даже когда читаются лекции про оптическую морфологию, там про всякие цифровые методы (NBI, i-Scan и т.д.), во многих местах еще люди на оптической аппаратуре работают. Поэтому мы же говорим о том, что вот там, где не нужно делать точно, тогда да, а мелкие лично я тоже предпочитаю инъекции, тогда лучше видны края и, правда, более радикально. Абсолютно с Вами согласен.

По поводу метаанализа, это, кстати, ответ и Евгению Дмитриевичу, он тоже это отметил. Изначально до апробации метаанализ был внутри обзора литературы, но после апробации, в момент апробации было рекомендовано расширить метаанализ и вынести отдельно в отдельную главу, чтобы это было именно, так как это был обсчет результатов, данных, то есть какая-то проведенная математическая работа, мне сказали это расширить и вынести в отдельную главу из обзора литературы.

По поводу двух представленных клинических случаев, по которым возникли нарекания. По поводу случая мукозэктомия – рецидив – диссекция. Я думаю, что, если бы на момент этой операции уже была бы создана номограмма, возможно, мы бы и не пошли на мукозэктомию, а сразу пошли бы сознательно на диссекцию.

Что касается первого клинического случая, когда был приведен пример с диссекцией с последующей перфорацией. Я не столько утверждал, что лучше бы делать было мукозэктомию, возможно, я говорю, что, если бы была сделана не диссекция, а, предположим, сознательно изначально шли на фрагментарную мукозэктомию и сознательно шли на рецидив, а потом окончательно бы удалили оставшийся псевдорекидивный, то есть продолжившегося роста фрагмент, может быть, можно было бы избежать такого неприятного исхода. Но могу сказать, что в нашем Центре тоже, если мы оцениваем в момент операции, что нет лифтинга или, предположим, высокий риск перфорации, мы сразу интраоперационно уже готовы, и в нашем Институте всегда две бригады, и передаем, конечно, возможность оперировать полостным хирургам или лапароскопической методикой или посредством комбинированной операции. То есть сознательно, понятно, никто на перфорацию не идет, и стараемся работать в сообществе с хирургами, передавая им какие-то новообразования, которые малигнизированы, уже для полостных операций.

Если я ответил на вопросы?

Шишин К.В., д.м.н., доцент: Да. Спасибо.

Ваганов Ю.Е.: Спасибо Вам большое!

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо, Кирилл Вячеславович. И я хотел бы попросить Евгения Сергеевича зачитать отзыв профессора А.М. Нечипая. По всем формальным требованиям мы должны заслушать тогда полностью отзыв отсутствующего оппонента. Пожалуйста. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет. В отзыве имеется ряд замечаний, относящихся к представлению материалов и оформлению работы следующего содержания:

1. По разделу «Положения, выносимые на защиту»: избыточное количество положений. В рекомендациях, относящихся к структуре и оформлению диссертационных работ, отсутствует требование о необходимости формулирования положений, выносимых на защиту, по каждой задаче исследования, как это имеет место в диссертации Ю.Е. Ваганова. Положений может быть от одного до нескольких, выражающих важнейшие и неоспоримые,

не зависящие от каких-либо влияний результаты выполненной научно-исследовательской работы.

В данной же диссертации заявлены 9 положений по числу задач исследования и логично связанных с последними.

Положения 1, 2 и 4 имеют разное текстовое наполнение, но по своей сути выражают одну и ту же мысль. Из этих трех положений можно было сформулировать одно-единственное, но содержащее исчерпывающую полноту необходимых данных, придающих ему признак непреложности.

Точно также можно было объединить и единственное, но весомое положение соответствующего содержания три из девяти положений, сформулированных автором для каждой из трех конкурирующих методик, отображающих риск вынужденного удаления эпителиальных новообразований не единым блоком, а по фрагментам.

Из аналогичных соображений еще три из девяти положений можно было объединить в единственное, относящееся к минимизации риска развития рецидивной опухоли положение, путем отображения предпочтений, отдаваемых в конкретных клинических условиях той или иной из трех исследованных автором методик.

2. По разделу «Выводы».

Вывод № 4 в авторской формулировке нельзя считать завершенным, поскольку различия между сравниваемыми методиками мукозэктомии и диссекции в подслизистом слое обозначены и оценены, но не указано, какая из них обладает установленными достоверными преимуществами по результатам сравнительной оценки.

3. По разделу «Практические рекомендации».

Первый пункт этого раздела («1. Традиционная полипэктомия является адекватной методикой удаления новообразований, не превышающих 1 см...») по своему содержанию практической рекомендацией не является.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Хорошо. Но поскольку там были замечания, Юрий Евгеньевич, я прошу Вас ответить тогда.

Ваганов Ю.Е.: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! Спасибо, что зачитали отзыв Андрея Михайловича. Ему хочется тоже, хоть и заочно, передать большую благодарность в оценке работы.

Хочу отметить, что по некоторым замечаниям я не согласен с оппонентом. Дело в том, что я услышал в момент отзыва, что надо было объединить выводы 1, 2 и, по-моему, еще 4. Нельзя было их объединять только потому, что вывод 1 – это результаты метаанализа, а 2

и 4 – это результаты личных исследований. Поэтому их объединять, я считаю, было бы нецелесообразно и неправильно.

Далее еще там был вопрос о том, что повторяются в разных выводах результаты. Нет, не очень повторяются. Дело в том, что я говорил, что при метаанализе во всех используемых 8 исследованиях были новообразования более 2 см, и по результатам метаанализа следовало то, что никакие новообразования более 2 см не позволяет мукозэктомия удалять единым блоком. Мы после проведения наших исследований считаем, что более крупные новообразования тоже можно удалять единым блоком. Да, то, что более 2,5 см, наверно, чаще все-таки статистически значима была фрагментация, но то, что при новообразовании 2,5 см можно смело идти на мукозэктомию, опять же если нет других факторов риска (рецидива и всего остального), то здесь тоже мы не могли это совместить в один вывод.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я думаю, что Вы ответили на те замечания, которые зачитаны нам ученым секретарем и содержатся в отзыве официального оппонента профессора А.М. Нечипая. Хорошо. Спасибо.

Кто выступит в качестве неофициального оппонента? Виктор Владимирович, пожалуйста. Профессор Веселов Виктор Владимирович.

Веселов В.В., д.м.н., профессор: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, глубокоуважаемый Юрий Евгеньевич, глубокоуважаемые коллеги! Я очень хорошо знаком с диссертацией, с авторефератом, с Юрием Евгеньевичем, а еще больше с мукозэктомией.

Идею удаления новообразований единым блоком или, я бы даже так сказал, идею удаления новообразований вместе со слизистой оболочкой, на которой оно выросло, мне предложила в 1982 году Надежда Германовна Блохина, потому что я всё время мучался над одной пациенткой. Она говорит: - Ну, чего ты мучаешься? У тебя петля есть? Есть. Образование есть? Есть. Удаляй ты вместе со слизистой оболочкой. И было это сделано в 1982 году. И не наша вина потом со В.П. Стрекаловским, что мы опубликовали наши результаты в 1986 году, а в 1984 году Мута впервые опубликовал как раз свои результаты небольшие по удалению образований толстой кишки методом мукозэктомии, или как мы с Владимиром Павловичем назвали, эндоскопической электрорезекции слизистой оболочки кишки вместе с опухолью.

Я очень рад, что прошло 40 лет, а мы опять присутствуем, при том, что эта методика, которая разбирается детально в этой диссертационной работе, имеет право на жизнь. В работе этой не просто, хотя и называется она «Мукозэктомия...» и т.д., а здесь работа посвящена анализу удаления тремя способами доброкачественных новообразований

ободочной кишки: это диссекция в подслизистом слое, это традиционная полипэктомия и мукозэктомия. И на большом клиническом материале разработана номограмма, которая показывает, что на диагностическом этапе можно предсказать или даже определить способ удаления этого новообразования, то есть фактически тактическое ведение пациентов с этими новообразованиями тем или иным способом.

К сожалению, в последние два года, Евгений Дмитриевич, мы не присутствуем воочию ни в Дюссельдорфе, ни где-то еще и не видим, как блестяще оперируют австралийские хирурги, европейские хирурги громадные штучки в ободочной кишке не диссекцией в подслизистом слое, а мукозэктомией великолепно совершенно. Почему? А как здесь в первом выводе на основании метаанализа и написано – какие достоинства в этой методике: быстрота, простота выполнения. И, к сожалению, два маленьких дефекта, но, может быть, немаленьких: один, который большой – это до 15 % местных рецидивов, но которые в принципе потом в большинстве случаев удаляются повторно при эндоскопическом вмешательстве; малое число осложнений – небольшое количество кровотечений, небольшое количество перфораций (совсем небольшое). Поэтому я очень рад, что эта диссертационная работа руками Юрия Евгеньевича показала, что и этот способ имеет право на существование.

И я был крайне удивлен, что Д. Рекс, это, по-моему, самый выдающийся американский эндоскопист, хоть пусть у них такой специальности и нет, но человек, занимающийся именно эндоскопией именно в толстой кишке, он, поучившись, если так можно выразиться, в свои годы у Концевого, увидев, как Концевой блестяще делает диссекцию в подслизистом слое, попробовав это, все-таки решил, что нет, я буду делать именно мукозэктомию. Но он ее делает великолепно и филигранно.

Могу сказать по этому поводу, что мне просто приятно стоять на трибуне, и я, прочитав диссертационную работу и автореферат, говорю, что соискатель Юрий Евгеньевич Ваганов достоин присуждения ему звания доктора медицинских наук.

Спасибо большое!

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Но все-таки, я прошу прощения, мы должны сказать, не Юрий Евгеньевич достоин, Вы оцениваете здесь только работу, поэтому работа соответствует всем требованиям или нет.

Веселов В.В., д.м.н., профессор: Работу, хорошо, извините. Спасибо за поправку. Работа достойна присуждения, да.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Потому что ведь это мы просили научного консультанта сказать о том, достоин или не достоин его

соискатель. Все это сделал руководитель работы Сергей Иванович Ачкасов. А здесь мы только с Вами оцениваем в данном случае работу.

Веселов В.В., д.м.н., профессор: Работа достойна докторской диссертации.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: И соответствует тем требованиям?

Веселов В.В., д.м.н., профессор: И соответствует существующим требованиям ВАК, которые предъявляются к работам такого уровня.

Ваганов Ю.Е.: Я просто хотел бы поблагодарить за отзыв Виктора Владимировича, который, с точки зрения эндоскопической внутрисветной хирургии был моим первым учителем. И он меня учил всем этим методикам, которые мы ныне применяем и сравниваем. Спасибо большое за отзыв!

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Андрей Владимирович, пожалуйста, я прошу Вас.

Федоров А.В., д.м.н., профессор: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены ученого совета! Я хочу обратить внимание не только к Юрию Евгеньевичу, но и к Сергею Ивановичу. Потому что вопрос возникает при прослушивании этой работы, что как-то она, на мой взгляд, очень и очень важная. И нам бы не упустить вот эти результаты, таким образом, чтобы они прошли мимо широкой медицинской общественности. Национальные клинические рекомендации мы вряд ли сможем сделать, они не предназначены для таких работ. Но существует масса других возможностей типа методических рекомендаций Минздрава. Я не очень хорошо знаком с этим вопросом, но надо найти какой-то путь и издать эту работу можно, конечно, в виде монографии, но методические рекомендации в любых их видах это было бы очень и очень полезно.

Я хотел бы согласиться с А.М. Нечипаевым официальным оппонентом. Я долго-долго читал выводы – раз прочитал, два прочитал, три прочитал. Думаю – чего-то мне не хватает там. Блестящие выводы, всё хорошо, но кончаются ничем, дальше идут практические рекомендации, где четко всё прописано. Я думаю, что в будущих работах надо добавить какой-то завершающий вывод, что разработан четкий алгоритм и всё, а дальше смотри, если хочешь практические рекомендации и т.д. Но какая-то некоторая незавершенность появляется. Но, я думаю, что это можно учесть в будущем.

Вообще работа, конечно, очень хорошая не только в научном плане, но и в практическом. Поэтому я прошу продумать вопрос о дальнейшем ее представлении медицинской общественности.

И, конечно, работа достойна и соответствует всем требованиям ВАК. И я предлагаю членам ученого совета учесть мое мнение.

Спасибо.

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

Спасибо, Андрей Владимирович. Юрий Евгеньевич, пожалуйста.

Ваганов Ю.Е.: Глубокоуважаемый Андрей Владимирович! Большое Вам спасибо за отзыв! Мы постараемся и в статьях, и возможно, как Вы рекомендуете, в методических рекомендациях отразить полученный нами результат наших исследований для того, чтобы ввести его еще больше в практическую медицину, в реальное здравоохранение. Спасибо Вам большое!

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Хорошо. Кто бы еще хотел бы выступить в качестве неофициального оппонента? Достаточно? Всё? Я никому не мешаю высказать свою точку зрения? В таком случае, Юрий Евгеньевич, с заключительным словом, пожалуйста.

Ваганов Ю.Е.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! Хотел бы высказать благодарность Вам за возможность работать и заниматься наукой в столь достойном медицинском учреждении, потому что я прекрасно понимаю, что как это всегда и во всем мире наука без огромного числа и аппаратуры, и расходных материалов невозможна. И всё, что мы здесь имеем возможность заниматься научной деятельностью, очень в большой степени зависит от оснащения нашего Института.

Также я хотел бы поблагодарить Сергея Ивановича за большую помощь, советы и правильную расстановку акцентов в написании диссертации во время проведения исследования, а также написания самой работы.

И хотел бы еще раз поблагодарить Виктора Владимировича Веселова, который научил меня в этом Институте работать руками, изнутри знать эту профессию, эти методики. Спасибо Вам огромное!

Также большое спасибо сотрудникам Института, которые участвовали в работе, помогали заниматься, в частности, Ольга Александровна Майновская как «золотой» стандарт морфологии, с чем мы всегда сравниваем. Большое спасибо коллективу за то, что смогли поспособствовать и помочь в создании работы и набора клинического материала.

Большое спасибо!

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо, Юрий Евгеньевич. Теперь позвольте тогда предложить избрать счетную комиссию. У нас

поступило такое предложение избрать счетную комиссию в следующем составе: Олег Владимирович Головенко, Владимир Николаевич Кашников и Иван Васильевич Костарев.

У нас уже по регламенту таким образом должно быть. И есть тут уже предложение избрать ее в следующем составе: Александр Юрьевич Титов, Владимир Николаевич Кашников, Иван Васильевич Костарев. Кто за данный состав счетной комиссии, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто воздержался? (Нет). Кто против? (Нет). Единогласно.

Тогда я прошу счетную комиссию приступить к работе. Пожалуйста.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Коллеги! Я хотел бы попросить тогда председателя счетной комиссии огласить результаты ее работы. Пожалуйста.

Костарев И.В., д.м.н.: Протокол № 1 заседания счетной комиссии, избранной советом от 17 февраля 2022 г. Состав комиссии: И.В. Костарев, О.В. Головенко, В.Н. Кашников. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Ваганова Юрия Евгеньевича на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.9 – Хирургия.

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

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

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Пожалуйста, мы должны тогда утвердить результаты работы счетной комиссии. Кто за эти результаты, я прошу проголосовать. Кто «за»? Кто против? (Нет). Кто воздержался? (Нет).

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: С этим вопросом мы завершили. Я хотел бы спросить, есть ли какие-то правки и предложения в проект заключения по диссертационной работе? Пожалуйста.

(Обсуждение проекта заключения)

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Тогда с вашего позволения я прочту только завершающую часть, резюме по докторской диссертации Юрия Евгеньевича Ваганова «Мукозэктомия в лечении больных с доброкачественными эпителиальными новообразованиями ободочной кишки». Предъявляемая к защите

диссертация посвящена одной из актуальных проблем хирургии, является самостоятельным и законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные автором исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов лечения больных с доброкачественными эпителиальными новообразованиями ободочной кишки.

Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалифицированную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора наук согласно п. 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (в ред. Постановлений Правительства РФ № 335 от 21.04.2016, № 748 от 02.08.2016), а сам автор Ваганов Юрий Евгеньевич достоин присуждения искомой ученой степени доктора медицинских наук по специальности «Хирургия» - 3.1.9.

Кто за данный проект заключения диссертационного совета. Кто «за»? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Единогласно.

Хорошо. Спасибо.

Я хотел бы спросить, есть ли какие-то замечания по ведению ученого совета? Если нет, то позвольте на этом завершить и поздравить Юрия Евгеньевича с присуждением ученой степени доктора медицинских наук.

Спасибо огромное всем за работу!

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



Ю.А. Шелыгин

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук

Е.С. Суворегин

17 февраля 2022 г.