

**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** №6
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»
Минздрава России по защите диссертации

Югай Олега Михайловича

**«Тоннельная подслизистая диссекция при доброкачественных
эпителиальных новообразованиях толстой кишки»,
представленной на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук
по специальности 3.1.9. «Хирургия»
от 22 июня 2023 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 – 2023 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.	Благодарный Л.А.	доктор медицинских наук	3.1.9.
5.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
6.	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
8.	Горский В.А.	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.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9.
13.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9.
14.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.
15.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9.
16.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Уважаемые члены диссертационного совета! У нас присутствует из 19 членов диссертационного совета 16. Кворум есть. И соответственно мы имеем право стартовать работу.

В диссертационный совет поступила работа Югай Олега Михайловича на тему: «Тоннельная подслизистая диссекция при доброкачественных эпителиальных новообразованиях толстой кишки» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. «Хирургия».

Научным руководителем работы является Олег Иванович Сушков.

Официальными оппонентами назначены: Евгений Дмитриевич Федоров, доктор медицинских наук, профессор; и Шишин Кирилл Вячеславович, доктор медицинских наук.

Ведущей организацией назначено Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

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

Глубокоуважаемые коллеги! Соискатель Югай Олег Михайлович родился 12 июня 1993 года в г. Гулистан Сырдарьинской области Республики Узбекистан. В 2011 году окончил Калачевскую среднюю общеобразовательную школу № 1. В 2017 году он окончил Военно-медицинскую академию имени С.М. Кирова Минобороны России по специальности «Лечебное дело». С 2017 по 2019 гг. проходил ординатуру по специальности «Эндоскопия» на базе Государственного научного центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. С 2019 по 2022 гг. проходил обучение в аспирантуре по специальности «Клиническая медицина» на базе отделения эндоскопической диагностики и хирургии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России. Все сертификации своевременно продлены и действуют на настоящее время.

С июня 2020 по август 2022 гг. работал врачом-эндоскопистом Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии, а с августа 2022 года по настоящее время работает в должности младшего научного сотрудника в отделении эндоскопической диагностики и хирургии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих.

За время прохождения аспирантуры соискатель подготовил диссертацию на тему: «Тоннельная подслизистая диссекция при доброкачественных эпителиальных новообразованиях толстой кишки».

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

При проверке в системе «Антиплагиат» оригинальность текста диссертации составила 78,9%.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Есть ли вопросы к Евгению Сергеевичу? (Нет). Спасибо, Евгений Сергеевич.

Пожалуйста, Олег Михайлович, Вам предоставляется возможность в течение 20 минут изложить основные положения выполненной Вами работы. Пожалуйста.

Югай О.М. в течение 18 минут изложил основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

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

Рыбаков Е.Г., д.м.н., профессор РАН: У меня несколько вопросов.

- 1) Первый вопрос: какое количество эндоскопистов участвовало в исследовании?
- 2) Второй вопрос: если так убедительно показано, что тоннельная диссекция лучше, чем традиционный подход, означает ли это, что это метод выбора, что Вы рекомендуете обучаться сразу этой технике?
- 3) И вопрос, который несколько выходит за рамки: изменило ли это политику отделения, в котором Вы осуществляли работу, то есть осталось ли место для традиционного варианта подслизистой диссекции?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Геннадиевич! Спасибо большое за вопросы!

1) По поводу количества участников. У нас в отделении 3 эндоскописта занимается подслизистыми диссекциями. Все 3 эндоскописта, включая меня, прошли обучение. Исходя из диссертации Дмитрия Александровича Мтвралашвили, для прохождения кривой обучения диссекциям необходимо, по-моему, более 50 выполнений диссекций. Все мы прошли эту кривую обучения. И все мы втроем выполняли эти операции. Мы были включены в это исследование.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я прошу прощения, некое дополнение. То есть Вы имеете в виду, что этот материал, который состоял в двух группах, Вы и там, и там принимали участие, лично Вы? Я понимаю, что

остальные уже давно овладели этими методиками. Но здесь тоже получается это и Вашими руками тоже сделано?

Ответ: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич! В контрольной не совсем, то есть там набор больных проводился вообще из большой когорты пациентов. Все эти операции были выполнены Дмитрием Александровичем и Алексеем Александровичем. То есть я в этом случае не совсем принимал участие. Я больше оперировал пациентов, изначально набирая кривую обучения, на образованиях, которые не были включены в исследование.

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

Ответ (продолжение ответа на вопросы д.м.н., профессору РАН Рыбакову Е.Г.): 2) По поводу второго вопроса. В практике тоннельная методика, на мой взгляд, применима далеко не везде. В данном случае абсолютным противопоказанием, на мой взгляд, является размер образования: при образованиях в данном случае до 30 мм эта методика не совсем применима, потому что создать тоннель при таком небольшом образовании достаточно трудно, и все преимущества на этом фоне исчезают. Потому что, на мой взгляд, эта методика как раз-таки применима при более крупных образованиях, с экзофитным компонентом чаще всего, где классической методикой удалить образование будет затруднительно. А здесь основным этапом мы формируем тоннель в подслизистом слое и сразу понимаем – удалим образование или нет. Потому что часто, если есть признаки выраженного фиброза, если отсутствует дифференцировка слоев в центральной части, где чаще всего это начинается, допустим, при малигнизации образования – мы это можем понять сразу. Если мы удаляем классической подслизистой диссекцией, то пока мы не дойдем до центральной части, уже, в общем-то, выполнив половину операции, когда уже отсекали половину опухоли – мы теряем очень много времени.

3) И по поводу того, перешли ли мы часто на удаление методом тоннельной диссекции в нашем отделении. Нет, далеко нет. Естественно показания у тоннельной диссекции, на мой взгляд, это: как раз-таки размер образования; и еще одно показание относительное, на мой взгляд, это когда дистальный край образования располагается у основания гаустры. То есть в данном случае гаустра сама по себе складка достаточно высокая, и так как мы начинаем операцию у дистального края образования, высока вероятность, что мы можем достичь мышечного слоя, что совершенно не хотелось бы в данном случае. Поэтому, на мой взгляд, эта техника очень хорошо применима в прямой, сигмовидной кишке, при удалении крупных и гигантских образований, в частности, мы удаляли этой методикой и образование 14 см в три четверти окружности кишки и довольно успешно. Но применима

методика не везде, не при всех новообразованиях. Естественно классическая методика классической диссекции имеет место быть, и мы тоже часто ею пользуемся.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Но все-таки Вы не совсем ответили на вопрос Евгения Геннадиевича в том плане, что это связано все-таки с какими-то личными предпочтениями каждого из хирургов? Или, положим, те, кто освоил уже хорошо и давно подслизистую диссекцию классическую, они остаются приверженцами этого метода? Или Вы все-таки четко совершенно можете сказать, что вот при таких-то размерах пограничных Вы готовы выполнять, применять именно эту методику, потому что Вы считаете и эти аргументы, которые Вы привели, значимыми? Или же все-таки это чисто субъективный какой-то фактор?

Ответ: Спасибо за вопрос. На мой взгляд, показание к применению тоннельной методики: образование от 3 см. Но это не исключает применения и методики классической диссекции. То есть это два метода фактически, которые просто имеют два разных подхода: у тоннельного метода более модифицированный подход к удалению образования. И вообще каждый врач-эндоскопист в зависимости от ситуации непосредственно в операционной принимает решение выполнять вмешательство тоннельной методикой или классической методикой диссекции.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Хорошо. Евгений Геннадиевич, Вы удовлетворены ответами?

Рыбаков Е.Г., д.м.н., профессор РАН: Да. Спасибо.

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

Пикунов Д.Ю., к.м.н.: 1) Скажите, пожалуйста, по поводу тех двух пациентов, у которых была аденокарцинома при исследовании удаленного гистологического препарата, это была находка уже при патоморфологическом исследовании, то есть это, по сути, были скрытые аденокарциномы; либо Вы знали об этом заранее? Это первый вопрос.

2) И соответственно в продолжение этого вопроса: для исключения таких моментов берете ли Вы предварительно биопсию у пациентов с большими образованиями более 3 см, которые входили в исследование для того, чтобы знать, на что Вы идете в операционной?

Ответ: Глубокоуважаемый Дмитрий Юрьевич! Спасибо большое за вопросы!

1) По первому вопросу. Эти две аденокарциномы были случайными находками. У них на этапе предоперационного эндоскопического осмотра данных за глубокую или поверхностную подслизистую инвазию не было.

2) И по поводу второго вопроса. Биопсию мы не берем и крайне не рекомендуем это делать, если образование в дальнейшем идет на радикальное эндоскопическое вмешательство, на удаление, на диссекцию, вообще на какие-либо эндоскопические удаления. Потому что биопсия сама по себе, по данным некоторых исследований в мировой литературе, создает дополнительные трудности в ходе удаления: она образует рубцы, фиброзирует слой, и в дальнейшем при подслизистой инъекции в месте ранее выполненной биопсии возникают такие псевдодепрессии, которые не позволяют в дальнейшем убрать образование так, как нам хотелось бы. То есть продолжительность операции увеличивается и может привести к нерадикальному удалению опухоли в дальнейшем.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Олег Михайлович, но у меня все-таки по этому же вопросу, я немного расширю еще.

1) Всё ж таки какие были всего 2 пациента, и какие размеры всё ж таки были этого очага, и какие размеры были соответственно в этих случаях удаляемого новообразования? Это первое.

2) Опять же что сказали патоморфологи в плане резекции опухоли? Какая структура была этой опухоли? Были ли факторы риска у этих аденокарцином?

3) Были ли показания для выполнения классической операции в этом случае? Или, положим, больные отказались от предложенного оперативного вмешательства?

Пожалуйста.

Ответ: Спасибо за вопросы.

1) У первого пациента опухоль была гигантских размеров около 10 см, располагалась в прямой кишке. У второго пациента была опухоль 4 см в дистальной трети сигмовидной кишки с экзофитным компонентом. И опять же на этапе предоперационного осмотра признаков каких-либо не было выявлено (данных за малигнизацию образования и инвазию). И в процессе удаления у этих 2 пациентов всё прошло успешно. И тоннельный метод показал себя очень хорошо в данном случае, особенно у образования 10 см в прямой кишке.

2) По поводу структуры. Они были представлены тубуло-ворсинчатой аденомой с участком аденокарциномы умеренно дифференцированной в двух случаях и были ограничены подслизистым слоем R0, данных за лимфоваскулярную инвазию и в принципе за какие-либо признаки нерадикальности операции не было.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: То есть нет точных там микрон или каких-то других единиц измерения именно границы по глубине?

Понятно, что ни у кого тут не возникает сомнения в адекватности резекции, с точки зрения...

Ответ: Да, и по глубине тоже не было.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Насколько, какая все-таки принята в данной ситуации граница, которая адекватной считается, чтобы считать это R0?

Ответ: По-моему, это более 1000 микрон.

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

Костарев И.В., д.м.н.: Уважаемый Олег Михайлович! У Вас, по данным патоморфологического исследования, у части пациентов каждой из групп был подслизистый фиброз, Вы специально проводили исследование по этому поводу. Но в то же время в качестве критериев не включения было отсутствие адекватного лифтинга. Были ли какие-то проблемы у этих пациентов, у которых был фиброз подслизистой, при мобилизации образований? Мешало ли это именно при тоннельной диссекции? Или были, наоборот, преимущества этого метода по сравнению с традиционной диссекцией? Это первый вопрос.

Ответ: Глубокоуважаемый Иван Васильевич! В целом каких-то таких особенностей не было. Следует отметить, что вообще при формировании тоннеля, если получается вообще сформировать тоннель, то подслизистый фиброз и даже выраженный подслизистый фиброз в принципе не является помехой. То есть в данном случае успешно удается резецировать образование полностью даже при наличии выраженного подслизистого фиброза. И мы данных не отметили, что где-то возникали трудности.

Костарев И.В., д.м.н.: А зачем тогда исследуется материал для оценки фиброза? В чем смысл оценки?

Ответ: При классической диссекции возникают такие...

Костарев И.В., д.м.н.: То есть преимущество есть у тоннельной, я так понимаю?

Ответ: Да, в данном случае.

Костарев И.В., д.м.н.: И вопрос второй. У Вас получилось в основной группе чаще негативный край резекции, чем в контрольной, но при этом, я так понимаю, что всё равно в каждой из групп Вы отступаете 5 мм, как Вы описываете, классически делаете. Почему в контрольной группе чаще позитивный край резекции?

Ответ: На мой взгляд, это было связано с повышенной коагуляцией в области вообще периферических границ резекции, где в дальнейшем при патоморфологическом

исследовании невозможно было оценить, то есть оценивали индексом R_x в данном случае, то есть невозможность оценить границы вследствие повышенной коагуляции периферических границ и, в общем-то, отсутствие здоровой...

Костарев И.В., д.м.н.: То есть опухоль при тоннельной диссекции мобилизуется изнутри кнаружи; или только тоннель делается и потом снаружи мобилизуется опухоль?

Ответ: Нет, сначала формируется полноценный тоннель, после этого изнутри кнаружи от центра к периферическим границам происходит рассечение подслизистого слоя, и после этого этапа мы полноценно уже рассекаем сначала с одной стороны, делаем полуциркулярный разрез слизистой, после чего уже рассекаем подслизистый слой и удаляем латеральную часть образования, и после этого делаем то же самое с другой стороны и полностью иссекаем опухоль.

Костарев И.В., д.м.н.: И в дополнение вопрос: а тогда все-таки где позитивный край был – по краям или в основании чаще?

Ответ: Чаще всего был по краям, но есть случаи, когда и в основании. Потому что, к сожалению, бывали ситуации, когда при классической диссекции, не видя края образования, неправильно оценивали край, и получалось, что у проксимальной уже границы опухоли изнутри при рассечении думали, что слизистая оболочка, а там выявлялась структура образования. Несколько случаев таких было фрагментации.

Костарев И.В., д.м.н.: Спасибо.

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

Пикунов Д.Ю., к.м.н.: Скажите, пожалуйста, Олег Михайлович, следующий вопрос: аппаратура, которая используется для одного метода и для другого – это взаимозаменяемые приборы и расходные материалы, либо это разные приборы, которые хирург уже в операционной должен менять, если выбирает один или другой метод?

Ответ: Глубокоуважаемый Дмитрий Юрьевич! Спасибо Вам за вопрос. Уточните: аппаратура в смысле эндоскопа или инструменты?

Пикунов Д.Ю., к.м.н.: Инструменты (электронож и т.д.), то, что необходимо для выполнения вмешательства.

Ответ: Спасибо за вопрос. В данном случае мы как для метода классической диссекции, так и для метода тоннельной диссекции использовали одни и те же инструменты. То есть в данном случае изменений не было. Единственное, на ранних этапах мы пробовали дистальный колпачок конусовидный, который чаще применялся при тоннельных операциях. Но мы не увидели преимущества в этом колпачке, потому как с прямым

колпачком для классической диссекции также успешно можно выполнять эти операции и с применением туннельной методики.

Пикунов Д.Ю., к.м.н.: И позвольте еще один вопрос такой. Мы из работы услышали и из Ваших ответов, что, во-первых, сравнивались две группы для пациентов, у которых опухоли больше, чем 3 см. И создается впечатление, что тоннельная диссекция у этих пациентов лучше. Это нижняя граница размера опухоли. А какой по длине максимальный размер опухоли, после которого Вы скажете – нет, тоннельная резекция в этом случае тоже невозможна и надо придумывать какой-нибудь другой способ или другой метод удаления образования?

Ответ: Спасибо за вопрос. На мой взгляд, мы эту дальнюю границу еще не нашли. Потому что, даже по данным мировой литературы, есть клинический случай, где тоннельный метод используется и при циркулярных образованиях успешно. И даже есть один случай, где гигантская аденома около 18 см была удалена успешно тоннельной методикой. В данном случае в нашем исследовании самое крупное образование, удаленное тоннельной методикой, составляло 14 см – успешно удалено. Такие границы, на мой взгляд, то есть мы таких образований еще не встречали.

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

1) У меня такой вопрос все-таки по поводу перфорации: это чаще всего была планируемая граница резекции или все-таки непредвиденная? Это первое.

2) И я так уразумел, что в этой группе у всех пациентов за исключением тех, у кого произошла конверсия, удалось с помощью клипс закрыть дефекты. И тогда еще один вопрос: каким-то образом проникновение через все слои кишечной стенки оказывало влияние на частоту послеоперационных осложнений?

3) И еще раз, пожалуйста, напомните нам, какова в целом частота осложнений, и о каких осложнениях идет речь.

Ответ: 1) По поводу перфорации могу отметить, что действительно возникла одна перфорация, которая привела к конверсии в основной группе. Это не спланированная, это действительно случайность, так получилось. У нас в принципе не было больше каких-либо случаев, где возникала перфорация. Но вообще в практике такое случается, не в исследовании.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я же спрашиваю не только о Вашей основной группе, но и о контрольной в равной мере. То есть я насколько понимаю, у Вас была только одна перфорация в группе исследования, где использовался метод тоннельной диссекции? Или что?

Ответ: В группе классической диссекции эти перфорации сложно назвать осложнениями, интраоперационно они возникали, но они успешно при помощи эндоскопических клипс укрывались, и в дальнейшем не возникало каких-либо проблем в послеоперационном наблюдении за больными. То есть эти больные также выписывались, до недели находились в стационаре и выписывались.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Понятно. Но какая частота все-таки осложнений в целом была в этих двух группах?

Ответ: В этих двух группах частота осложнений статистически значимо не различалась как в группе тоннельной, так и в группе классической методики – около 15%.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: О чем идет речь? Еще раз перечислите, пожалуйста.

Ответ: Речь идет о кровотечении, которое было одно в группе контроля; и о посткоагуляционном синдроме, проявляющемся болью в животе, также гипертермией, повышением в анализах С-реактивного белка и признаков воспаления.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Но это потребовало назначения антибиотиков в этом случае? Или как Вы поступили?

Ответ: Нет, обезболивающие препараты.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Даже при гипертермии и при высоком С-реактивном белке?

Ответ: Гипертермия была не у всех пациентов, которых мы включили в группу посткоагуляционного синдрома. У кого была гипертермия (это небольшой процент пациентов), им, конечно же, назначалась антибиотикотерапия.

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

Ученый секретарь Диссертационного совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: Скажите пожалуйста, 4 пациента, у которых был рецидив выявлен через 6 месяцев, есть какие-то факторы, которые могут послужить методом прогноза? Это были фрагментированные опухоли или это были R1 резекции? Как Вы можете сказать?

Ответ: Глубокоуважаемый Евгений Сергеевич! Спасибо за вопрос. Мы пытались изучить этот вопрос, но, к сожалению, из-за того, что малое количество рецидивов, мы не смогли провести факторный анализ в данном случае. У всех этих рецидивов границы резекции были негативными, то есть соответствовали индексу R0. А понять, как и почему возникли эти рецидивы, к сожалению, это мы не можем сказать.

Ученый секретарь Диссертационного совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: То есть это не были фрагментированные опухоли?

Ответ: Это не были фрагментированные, это были абсолютно интактные края резекции.

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

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Больше не возникло вопросов? (Нет).

Спасибо, Олег Михайлович.

Я хотел бы тогда попросить выступить научного руководителя. Олег Иванович, пожалуйста.

Сушков О.И., д.м.н.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, члены диссертационного совета! Что хотелось бы сказать про Олега Михайловича? Прежде всего, мы все заслушали его анамнез и услышали, что он закончил Военно-медицинскую академию. И в этой связи хотелось бы сказать, что военная медицина потеряла, а мы, гражданское здравоохранение, наш Центр, приобрели замечательного врача-эндоскописта. И с момента того, как он пришел в Центр, может быть, это везение, может быть, судьба, может быть, взгляд руководителей, которые определили его в группу, которая именно в тот момент разрабатывала метод эндоскопической подслизистой диссекции. Он практически с самого начала пребывания в этом процессе и оказался достаточно трудолюбивым, упорным человеком, врачом, ученым в достижении цели, овладел этой методикой и сейчас успешно это применяет в своей клинической практике.

Поэтому я хотел бы только с положительной стороны Олега Михайловича охарактеризовать. Он четкий, исполнительный сотрудник. И надо сказать, что об этом свидетельствуют и его научные достижения. Потому что хотел обратить внимание диссертационного совета – 5 работ опубликовано по теме исследования. поэтому характеризую его с положительной стороны как врача, как исследователя. Судить о научной составляющей его работы вам, уважаемые члены диссертационного совета.

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

Пожалуйста, Евгений Сергеевич, доложите нам о содержании поступивших в диссертационный совет документов. Пожалуйста.

Ученый секретарь Диссертационного совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции коллектива сотрудников отдела общей колопроктологии и отдела эндоскопической диагностики и хирургии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих 10 марта 2023 г.

На заседании диссертационного совета от 23 марта 2023 г. (протокол № 7) была избрана комиссия для проверки диссертации в составе: доктора медицинских наук Костарева И.В., доктора медицинских наук Вышегородцева Д.В. и доктора медицинских наук Пономаренко А.А. Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к официальной защите.

И она была принята к защите на заседании диссертационного совета от 20 апреля 2023 г. (протокол № 8).

По теме диссертации в центральной печати опубликовано 5 научных работ, в которых отражены основные положения диссертации.

Получены следующие отзывы, это отзывы официальных оппонентов: доктора медицинских наук, профессора Федорова Евгения Дмитриевича, главного научного сотрудника научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Научно-исследовательского института клинической хирургии ФГАОУ «РНМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; и доктора медицинских наук Шишина Кирилла Вячеславовича, руководителя отдела эндоскопии ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ». Они будут озвучены позже.

Также получен отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации на диссертацию, составленный доктором медицинских наук, профессором Старковым Юрием Геннадьевичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

Получены отзывы на автореферат:

- из ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинской академии» Минздрава России, подписанный заведующим кафедрой онкологии, хирургии и паллиативной медицины, доктором медицинских наук, доцентом Чирковым Романом Николаевичем;
- из ГБУЗ «ГКБ имени В.П. Демикова ДЗМ», подписанный заведующим отделением эндоскопии, кандидатом медицинских наук Мартыновым Александром Александровичем.

Они также положительные и принципиальных замечаний не содержат.

Других отзывов в диссертационный совет не поступало.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо. Я хотел бы попросить в качестве оппонента выступить Федорова Евгения Дмитриевича.

Пожалуйста, Евгений Дмитриевич. (Отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний к работе нет.

Оппонентом во время выступления был задан вопрос следующего содержания. Оппоненту показалось очень интересным, что в качестве группы сравнения была взята вся когорта пациентов, прооперированных стандартным методом, и оттуда было вычленено количество пациентов, соответствующее проспективной группе. В связи с этим возник вопрос: тех больных, которых не включили и которых включили из ретроспективной группы в исследование, у них сопоставимы были результаты или нет?

Во время выступления оппонент высказал пожелание о том, что третью главу, посвященную методикам выполнения эндоскопической диссекции подслизистого слоя стандартным и тоннельным способом, по мнению, оппонента можно использовать не только как одну из глав научного исследования, но и как руководство к методике выполнения диссекции, в том числе тоннельным способом.

Также во время выступления оппонента, и в том числе в отзыве содержится ряд замечаний непринципиального характера следующего содержания:

1. Оппоненту не очень понятно, почему из окончательного анализа непосредственных результатов (а именно так звучит вторая задача) были исключены пациенты, у которых была выполнена конверсия эндоскопического вмешательства. Понятно, что для анализа результатов в послеоперационном периоде посткоагуляционного синдрома, рецидивов и т.д. эти больные не подходят. Но конверсия – это тоже отрицательный результат любого вмешательства, и по мнению оппонента, не нужно было их исключать из исследования, а нужно было оставить, оговорившись, что в дальнейшем анализировалось (n-2) или (n-3) в группе сравнения.
2. Все-таки сроки наблюдения с медианой 6,5 и 7 месяцев сложно считать отдаленными даже с учетом доброкачественности образований. Формально отдаленные результаты начинаются с года. Поэтому в данном случае речь скорее идет о непосредственных и ближайших результатах, а не отдаленных.
3. Требуется более подробного объяснения отсутствие статистически достоверной разницы в числе локальных рецидивов опухоли в основной и контрольной группах, при том, что частота удаления новообразований единым блоком и показатель негативных границ резекции, напротив, статистически достоверно различались.
4. Необходимо объективное обоснование практической рекомендации о целесообразности удаления рецидива новообразования толстой кишки эндоскопическим методом, что,

вероятнее всего, требует последующего наблюдения за данными больными. При этом, с практической точки зрения оппонент согласен с данной рекомендацией.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо большое, Евгений Дмитриевич! Пожалуйста, Олег Михайлович, попробуйте ответить на вопросы и замечания.

Югай О.М.: Глубокоуважаемый Евгений Дмитриевич! Спасибо большое за огромную проделанную работу, за тщательный анализ моей работы!

По поводу конверсий. Действительно мы думали сначала включить этих пациентов, но потом пришли к выводу, что лучше их исключить, потому как конверсия у всех пациентов происходила в резекцию кишки, больше объем операции был у этих пациентов. В связи с этим мы подумали, что это может компрометировать непосредственные результаты.

По поводу отдаленных результатов. Отвечая на вопросы, я в принципе сказал, что у нас все пациенты, все рецидивы, которые возникли, к сожалению, идет 4 пациента, у них у всех идут границы резекции R0, и все они действительно были удалены единым блоком, и тут не зависело вообще от негативных или позитивных границ резекции в данном ключе.

По поводу практической рекомендации. У нас стояла небольшая оговорка, что предпочтение отдается эндоскопическому методу, но мы не исключаем тот факт, что в случае, если нет возможности удалить эндоскопически, не получается у нас удалить, то, безусловно, следует отдавать предпочтение другому методу резекции кишки.

Всё. Спасибо.

Федоров Е.Д., д.м.н., профессор: При отборе случайным методом из ретроспективной группы есть различия между теми, кого Вы отобрали, и теми, кто остался неотобранным? Это выходит немножко за пределы диссертации, но просто интересно.

Югай О.М.: Нет различий. Абсолютно все больные, которые были включены в изначальную группу, они все соответствовали критериям отбора, были отобраны в строгом соответствии, далее мы выбирали с помощью метода случайных чисел.

Федоров Е.Д., д.м.н., профессор: Спасибо. Я вполне удовлетворен.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Евгений Сергеевич, я не уловил, замечаний у нас нет?

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: Никаких замечаний не было.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Понятно. Хорошо, примем это к сведению.

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

Пикунов Д.Ю., к.м.н.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые коллеги, уважаемый диссертант! Мы сейчас заслушали результаты полноценного, хорошо выполненного диссертационного исследования, свидетельствующего о накопленном опыте и применении передовой методики, которая, по сути, появилась в нашем арсенале не так давно и не только в нашем арсенале, но и в арсенале вообще мировом, поскольку опыт тоннельной диссекции насчитывает не так много лет, о чем может свидетельствовать даже представленный в работе метаанализ. Всего было найдено 4 сравнительных исследования, которые могли между собой сравнивать результаты тоннельной диссекции и диссекции подслизистого слоя, которая выполняется стандартно. И, по сути, пациентов, которым выполнялась та или иная диссекция, всего 400 с лишним пациентов. То есть это те мировые данные, которые вошли в метаанализ, и 54 пациента, которые вошли в научную работу диссертанта.

Я еще застал то время, когда мы начинали работать. И выявление в толстой кишке крупных образований, доброкачественных образований немножко повергало в шок в плане того, каким образом таких пациентов вести и как лечить. Одним вариантом это было выполнение фрагментации и эндоскопического удаления по частям, может быть, за несколько этапов, сопряженное и с кровотечениями, и другими осложнениями. Другим вариантом было радикальное вмешательство, секторальной резекции, которая требовала наркоза, внедрения в брюшную полость, формирования анастомоза и т.д., что тоже было сопряжено с определенными осложнениями. Потом оказалось, что в мире существуют методики и появились методики подслизистой диссекции, которые в результате энтузиазма и энергии Юрия Анатольевича наконец-таки нашли применение и в нашей клинике.

И в качестве такого заключительного слова хотелось бы поздравить и диссертанта, и отделение, которое активно с тех пор и работает, уже был накоплен колоссальный опыт в подслизистых диссекциях, сейчас новая методика, и уже отделение держится в мейнстриме современной науки. Слова поздравления и пожелания так держать!

Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Конечно, я призываю, если еще кто-то хочет выступить, но все-таки какие-то и критические суждения, потому что не только поддержать все ж таки задача неофициального

оппонента, мне так представляется, но и какие-то вопросы задать. Виктор Владимирович хотел выступить. Пожалуйста.

Веселов В.В., д.м.н., профессор: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, глубокоуважаемый Олег Михайлович! Я знаком с этой работой очень хорошо, поэтому сейчас немножко я ее оценю.

Но давайте начнем с того, что у нас сейчас 2023 год. В этом году исполняется 50 лет нашему славному отделению, которое называется отделение эндоскопической диагностики и хирургии: а первая диссертация была А.И. Кузьмина, который защитил ее, и она была посвящена эндоскопической полипэктомии из толстой кишки; диссертация В.В. Веселова, 1997 год, посвящена эндоскопическому лечению больных с большими и гигантскими аденомами толстой кишки; защищена диссертации по диссекции в подслизистом слое Д.А. Мтвралашвили; сравнительная диссертация по мукозэктомии и диссекции в подслизистом слое Юрия Евгеньевича Ваганова; тоннельная диссекция; и есть еще одна методика, которая скоро будет защищена. Поэтому действительно отделение работает.

Но предыдущий выступающий сказал о том, что мы стремимся к чему? К тому, чтобы частота рецидивов после наших эндоскопических вмешательств была минимальная. Эндоскопическая диссекция слизистой оболочки кишки вместе с опухолью – частота рецидивов после первого вмешательства 25%; стандартная диссекция – 15%, здесь получается где-то около 4-5%. То есть состоялась работа? Да, работа состоялась. Но защищая мукозэктомию свою, я скажу так, что у нас было всего 9 упорно рецидивирующих из 319, то есть фактически рецидивов в итоге всего 3%, с остальными рецидивами мы справились. И причем, порою непонятно, как и здесь непонятно, объяснить почему. Единым блоком удалено, всё хорошо. Откуда этот рецидив? То же самое было непонятно – фрагментация, должно быть много рецидивов, а их нет, значит, действительно удаление было очень хорошее.

Диссекция в подслизистом слое прекрасная методика. Но то, чего не было в задачах – не хватило одной задачи, про которую я говорю всегда диссертантам, что это должна быть основная задача у вас – это отработка методики. Но что же, пришел, взял, сделал, убежал? Да ничего подобного! Это очень сложная прецизионная методика, ею нужно овладеть. Поэтому я же не говорю, что разработать. Если бы была разработанная еще какая-то методика – вообще было бы блестяще. А эта отрабатывалась методика, Вы ее отрабатывали. Поэтому надо было, конечно, включить в одну из задач отработку.

Отработала? Конечно, отработала. И Вы блестяще ответили на вопросы, что действительно эта методика не во всех отделах толстой кишки применима удачно – это дистальные отделы, это экзофитные образования, а не те стелющиеся, которые плоские – там совершенно спокойно можно и обычной диссекцией в подслизистом слое сделать. Евгений Дмитриевич правильно раскрыл, что мы действительно элементы этой тоннельной диссекции использовали и при небольших образованиях, всё правильно.

Поэтому я считаю, что диссертация получилась. Замечания есть небольшие. Мы уже по этим замечаниям с Вами говорили. Но действительно, когда кто-то будет еще заниматься методикой, обязательно эту методику надо включать в задачу.

А так, я считаю, что диссертация получилась, и диссертант наш заслуживает искомой степени кандидата медицинских наук.

Всё, что могу сказать.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо, Виктор Владимирович. Но все-таки, Олег Михайлович, пожалуйста, замечание есть, как Вы считаете, ответьте.

Югай О.М.: Глубокоуважаемый Виктор Владимирович! Спасибо большое за то, что Вы на протяжении всего этого момента так интересовались и работой, и внесли непосильный вклад в разработку этой темы на всех этапах! По поводу задачи еще одной, по поводу, я так понимаю, обучения этой методике, результаты которого нужно было внести.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: То есть, наверное, кривая обучения здесь должна звучать.

Югай О.М.: Да.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я так понимаю, что Виктор Владимирович именно об этом говорит. И Вы можете сейчас все-таки уже на основании этой работы сказать, сколько наблюдений требуется для того, чтобы чувствовать себя комфортно?

Югай О.М.: Мы, в общем-то, это не изучали, потому что сама по себе тоннельная методика – это методика, которая просто имеет иной подход, а по факту это подслизистая диссекция. То есть, на мой взгляд, человек, который владеет подслизистой диссекцией и который прошел кривую обучения, может также успешно применять и этот метод тоннельной подслизистой диссекции просто как немного другой подход к удалению образования.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Тогда, извините, может быть, мой вопрос именно сейчас будет неуместен во время выступления

оппонентов, но в таком случае какой Ваш личный опыт стандартных подслизистых диссекций, после которых Вы стали обучаться уже методике тоннельной диссекции?

Югай О.М.: Спасибо за вопрос. Больше 60 пациентов.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: То есть больше 60. А сколько потребовалось в таком случае всё ж таки на подслизистую диссекцию стандартную Вам, чтобы Вы почувствовали себя уверенно?

Югай О.М.: Примерно спустя, наверное, 40 операций я полноценно уже выполнял, и старшие коллеги-наставники не стояли у меня за спиной.

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

Веселов В.В., д.м.н., профессор: И мог оставаться, Юрий Анатольевич, через 40 вмешательств мог оставаться самостоятельно, когда все остальные уходили в отпуск.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Понятно. Это тоже хорошее замечание. Пожалуйста, кто еще? Пожалуйста, Алексей Александрович Ликотов.

Ликотов А.А., к.м.н.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, уважаемые коллеги, Олег Михайлович! Хочется сказать пару слов.

Актуальность этой работы, конечно, не может вызывать сомнений. Потому что, на мой взгляд, эндоскопическая подслизистая диссекция – это одна из самых сложных эндоскопических операций. Она требует от врача-эндоскописта большой сосредоточенности, стрессоустойчивости, стойкости, и зачастую такая операция может занимать 6 и более часов, а у нас такие случаи и опыт, к сожалению, есть. Поэтому врачу-эндоскописту очень важно удалить новообразование единым блоком для дальнейшего морфологического изучения и оценки результата работы самого врача эндоскописта.

Это хорошо продемонстрировано в работе Олега Михайловича, что тоннельная подслизистая диссекция позволяет добиться большей частоты удалений единым блоком, что достаточно важно, как я уже сказал, для работы и самодисциплины врача-эндоскописта. Хочется сказать, что Олег Михайлович принял непосредственное участие во всех тоннельных операциях, во всех тоннельных диссекциях в качестве или ассистента или оператора, что достаточно важно для самой работы. Поэтому этому нужно отдать должное.

И в заключение хочется сказать, что работа Югай Олега Михайловича представляется чрезвычайно интересной. А по практическим выводам, конечно, нужна дальнейшая работа для внедрения уже в последующем в клиническую практику по всем отделениям

эндоскопии в России. На мой взгляд, Олег Михайлович заслуживает присуждения искомой степени кандидата медицинских наук.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Хорошо, спасибо. Кто бы еще хотел выступить? (Нет желающих). Спасибо.

Тогда мы предоставим возможность Олегу Михайловичу выступить с заключительным словом. Пожалуйста, прошу Вас.

Югай О.М.: Выражаю искреннюю огромную благодарность научному руководителю Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих, профессору, академику РАН Юрию Анатольевичу Шельгину, а также руководству Центра за предоставленную возможность выполнить настоящее исследование.

Выражаю огромную благодарность моему научному руководителю, доктору медицинских наук Олегу Ивановичу Сушкову за неоценимую и постоянную помощь как в разработке научного исследования, так и на всех этапах проведения и работы вообще над данным исследованием.

Благодарю за все конструктивные советы всех присутствующих в зале и членов диссертационного совета, и коллег и за все замечания по моей диссертационной работе. Спасибо, что в данный момент вы были все вместе со мной.

Хочу также выразить огромную признательность своим непосредственным наставникам руководителю отдела эндоскопической диагностики и хирургии Ликутову Алексею Александровичу, научному сотруднику Мтвралашвили Дмитрию Александровичу. Отдельную благодарность хочу выразить Виктору Владимировичу Веселову, первому научному руководителю, благодаря которому я и попал в это прекрасное учреждение в том числе, и Юрию Евгеньевичу Ваганову, а также всему коллективу отдела эндоскопической диагностики и хирургии за поддержку и помощь на всех этапах проведения данного исследования, в том числе в наборе пациентов для исследования.

Отдельную благодарность приношу сотрудникам и руководителю лаборатории патоморфологии Ольге Александровне Майновской.

Выражаю благодарность ученому секретарю Евгению Сергеевичу Суровегину и членам диссертационного совета за дискуссию и внимание.

Особую благодарность еще раз выражаю оппонентам Евгению Дмитриевичу Федорову и Шишину Кириллу Вячеславовичу за внимательное рассмотрение и оппонирование работы.

От всей души благодарю свою семью за оказанную поддержку, понимание и терпение.

Спасибо за внимание!

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

Нам нужно выбрать счетную комиссию. И поступило предложение избрать ее в составе: Олег Владимирович Головенко, Дмитрий Вячеславович Вышегородцев и Евгений Геннадиевич Рыбаков. Кто за такой состав комиссии, прошу проголосовать. Кто воздержался? (Нет). Кто против? (Нет). Единогласно.

Комиссию прошу приступить к работе.

/перерыв для тайного голосования/

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Евгений Геннадиевич избран, я так понимаю, председателем. Пожалуйста, Евгений Геннадиевич, доложите нам о результатах голосования.

Рыбаков Е.Г., д.м.н., профессор РАН: Протокол № 6 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 22 июня 2023 г. в составе: профессор РАН Е.Г. Рыбаков, доктор медицинских наук О.В. Головенко, доктор медицинских наук Д.В. Вышегородцев. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Югай Олега Михайловича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.9. «Хирургия».

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

Результаты голосования следующие: «за» - 16, против – нет недействительных бюллетеней – нет.

Члены комиссии подписали.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Единственное, я хотел бы уточнить, что у нас из присутствующих все-таки 15 докторов наук и 1 кандидат наук Евгений Сергеевич, он еще не успел пока докторскую. Тогда я прошу это учесть. Это первое. И давайте тогда проголосуем по результатам работы счетной комиссии. Кто за то, чтобы утвердить достигнутые счетной комиссией результаты? Кто за то, чтобы утвердить? Кто воздержался? (Нет). Кто против? (Нет).

/Члены Ученого Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/.

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Спасибо, Евгений Геннадиевич. Я тогда попрошу, если есть какие-то предложения по проекту заключения?

(Обсуждение проекта заключения)

Председатель Диссертационного Совета, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Тогда позвольте зачитать резюме из проекта заключения. Предъявляемая к защите диссертация посвящена одной из актуальных проблем хирургии и колопроктологии, является самостоятельным и законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенные автором исследования содержат решение важной научной задачи – улучшение результатов эндоскопического лечения пациентов с доброкачественными эпителиальными новообразованиями толстой кишки.

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 Югай Олег Михайлович 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»? Против? (Нет). Кто воздержался? (Нет). Единогласно.

Олег Михайлович, позвольте Вас поздравить с присуждением ученой степени кандидата медицинских наук!

Есть ли замечания по ведению заседания диссертационного совета? Если нет, то позвольте на этом завершить нашу работу. Спасибо.

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



Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета
21.1.030.01, кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

22 июня 2023 г.