

федеральное государственное бюджетное учреждение «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

З А С Е Д А Н И Е
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
28.12. 016 года, протокол № 33/2016- 16

Повестка дня:

Защита диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук
ЧЕРНЯВСКОГО Михаила Александровича
на тему: “Хирургическое лечение хронической тромбоэмболической легочной гипертензии”, научная специальность - 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия

*Научный консультант:*КАРАСЬКОВ Александр Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор, академик РАН АКЧУРИН Ренат Сулейманович;

доктор медицинских наук, профессор ГОРДЕЕВ Михаил Леонидович

доктор медицинских наук, профессор ЯБЛОНСКИЙ Петр Казимирович

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (ФГБНУ "РНЦХ им. академика Б.В.Петровского")

Диссертация принята к защите 28.09. 2016 г.

Дата размещения автореферата и объявления о защите диссертации в сети Интернет:
28.09.2016.

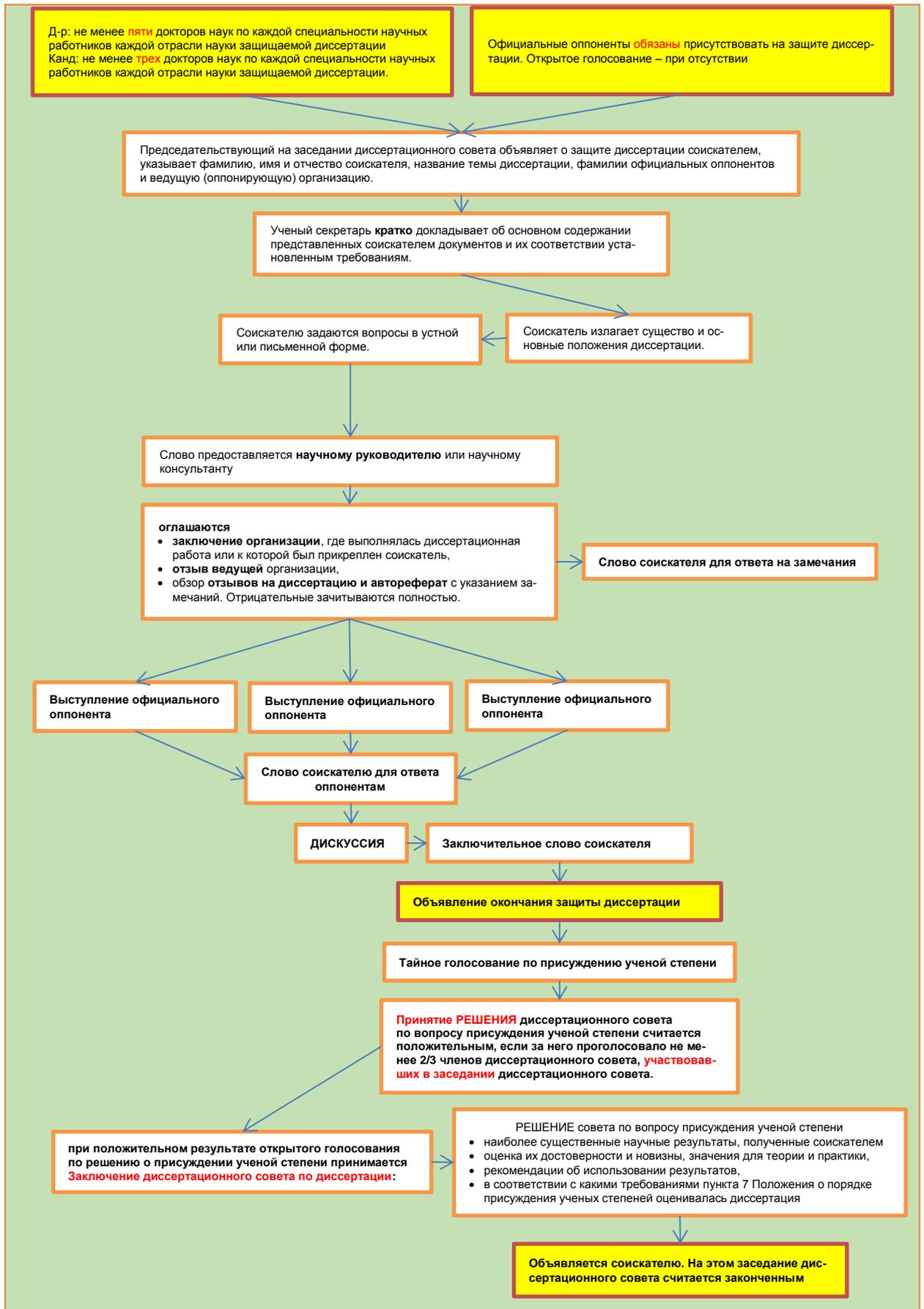


Рис. 1. Структура заседания диссертационного совета при защите диссертации

З А С Е Д А Н И Е
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
 28.12. 2016 года, протокол № 33/2016- 16

По письменному распоряжению председателя Совета (приложено в аттестационное дело №2), заседание проводит заместитель председателя совета.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ – доктор мед. наук, профессор ЛОМИВОРОТОВ Владимир Владимирович

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ – доктор мед. наук, профессор Ленько Е.В.

На заседании диссертационного совета Д 208.063.01 присутствовали следующие члены совета:

Караськов Александр Михайлович	Председатель, д-р мед наук, профессор	14.01.20 (медицинские науки)
Ломиворотов Владимир Владимирович	зам. председателя, д-р мед наук, профессор	14.01.20 (медицинские науки)
Покушалов Евгений Анатольевич	зам. председателя, д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицинские науки)
Ленько Евгений Владимирович	ученый секретарь, д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицинские науки)
Альсов Сергей Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.26 (медицинские науки)
Воевода Михаил Иванович	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицинские науки)
Горбатов Юрий Николаевич	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицинские науки)
Ефремов Сергей Михайлович	член совета, д-р мед наук	14.01.20 (медицинские науки)
Железнев Сергей Иванович	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицинские науки)
Иванов Сергей Николаевич	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицинские науки)
Карпенко Андрей Анатольевич	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицинские науки)
Ломиворотов Владимир Николаевич	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.20 (медицинские науки)
Мироненко Светлана Павловна	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицинские науки)
Нарциссова Галина Петровна	член совета, д-р мед наук	14.01.05 (медицинские науки)
Непомнящих Валерий Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.20 (медицинские науки)
Постнов Вадим Георгиевич	член совета, д-р мед наук, старший научный сотрудник	14.01.20 (медицинские науки)

Стародубцев Владимир Борисович	член совета, д-р мед наук	14.01.26 (медицинские науки)
Струнин Олег Всеволодович	член совета, д-р мед наук	14.01.20 (медицинские науки)
Туров Алексей Николаевич	член совета, д-р мед наук	14.01.05 (медицинские науки)
Чернявский Александр Михайлович	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицинские науки)
Широкова Наталия Васильевна	член совета, д-р мед наук	14.01.05 (медицинские науки)
– всего членов совета: 21, в том числе 6 докторов наук по специальности 14.01.26.		

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Уважаемые коллеги! Согласно письменному распоряжению директора Института, право председательствовать на заседании предоставлено мне (Приказ по Институту ...)

Прошу членов совета расписаться в явочном листе (члены совета расписываются в явочном листе, подсчитывается кворум). Для правомочности заседания нашего диссертационного совета кворум должен быть не менее 15,33. Из 23 членов Совета на заседании присутствуют 21 человек, в том числе 6 докторов наук по специальности 14.01.26. Кворум присутствует, наше заседание правомочно принимать решения по повестке дня.

Соискатель присутствует, официальные оппоненты дали положительные отзывы о диссертации и все присутствуют. Начинаем работу Совета.

(Приглашение диссертанта занять место за трибуной, а всех участников - места в демонстрационном зале, напоминание, что во время заседания диссовета могут по требованию объявляться технические перерывы).

На повестке дня защита диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук Чернявского Михаила Александровича на тему “Хирургическое лечение хронической тромбоэмболической легочной гипертензии”. Научная специальность 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия.

Работа выполнена в Центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

Научный консультант: КАРАСЬКОВ Александр Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук; профессор, академик РАН АКЧУРИН Ренат Сулейманович, профессор ГОРДЕЕВ Михаил Леонидович, профессор ЯБЛОНСКИЙ Петр Казимирович

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (ФГБНУ "РНЦХ им. академика Б.В.Петровского")

Слово для краткого сообщения об основном содержании представленных соискателем документов и их соответствии установленным требованиям предоставляется ученому секретарю.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

Документы Чернявского Михаила Александровича поступили в Совет 06.07.2016 года. Чернявский Михаил Александрович, 21.03.1980 года рождения, Гражданин России, кандидат медицинских наук, диплом ДКН №073863 от 2009 года. Диссертант с 2014 года работает руководителем центра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии в группе компаний «Мать и дитя», Медицинский центр «Авиценна», центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. Диссертация подготовлена в Центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

Во исполнение пп.2, 10, 11 приказа Минобрнауки РФ от 16 апреля 2014 г. N 326 «Порядок размещения в информационно-телекоммуникационной сети... "Интернет" информации, необходимой для обеспечения порядка присуждения ученых степеней, на сайте ННИИПК размещены: полный текст диссертации (05.07.2016); скриншот объявления ВАК о защите и размещении автореферата (28.09.2016); за 10 дней до дня защиты размещены все поступившие отзывы, включая сведения об оппонентах и ведущей организации. Все документы, представленные соискателем и поступившие в ходе подготовки к защите тщательно проверены и полностью соответствуют установленным требованиям процедуры. Комиссия диссертационного совета в составе: д-р мед наук РОМАНОВ Александр Борисович, ведущий научный сотрудник (Центр интервенционной кардиологии); д-р мед наук АЛЬСОВ Сергей Анатольевич, заведующий отделением-врач-сердечно-сосудистый хирург (КХО аорты и коронарных артерий); д-р мед наук БОГАЧЕВ-ПРОКОФЬЕВ Александр Владимирович, руководитель центра (Центр новых хирургических технологий) провела регламентированные экспертизы, представила в Совет свое мотивированное заключение и проект заключения Совета по рассматриваемой диссертации. Таким образом, требования процедуры предварительного рассмотрения и принятия к защите полностью соблюдены. Препятствий для проведения публичной защиты нет.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Есть ли вопросы к ученому секретарю? Нет.

Слово для изложения основных положений диссертационной работы предоставляется Чернявскому Михаилу Александровичу. Пожалуйста.

Чернявский М.А. -

Уважаемые председатель и члены диссертационного совета, уважаемые оппоненты и присутствующие! Разрешите представить вашему вниманию работу «Хирургическое лечение хронической тромбоэмболической легочной гипертензии» (Зачитывает доклад).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

У кого возникли ВОПРОСЫ по ДОСТОВЕРНОСТИ результатов и ОБОСНОВАННОСТИ выводов и рекомендаций, содержащихся в диссертации? Прошу задавать в устной или письменной форме.

Вопросы д-ра мед. наук, проф. С.И. Железнева:

- Скажите, пожалуйста, все исследуемые пациенты были с различной степенью легочной гипертензии или в исследование были включены только пациенты с высокой легочной гипертензией?

- Ответ соискателя: в исследование были включены пациенты как с незначительной, так и с умеренной и выраженной степенью легочной гипертензии. Мы их не разделяли на подгруппы, мы взяли единую когорту пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией.

- Хорошо, но результаты подгрупп были бы разные: там, где незначительная степень легочной гипертензии, результаты были бы лучше нежели чем у пациентов с выраженной степенью. Интересно было бы знать такие результаты. В какой из групп результаты были бы лучше, как вы считаете? По всей видимости все летальные пациенты были с выраженной легочной гипертензией?

- Ответ соискателя: Сергей Иванович, да, мы проводили анализ, но эти группы были не сопоставимы между собой: т.е. в основном пациенты были все-таки с выраженной степенью легочной гипертензии.

- Хорошо, спасибо.

Вопросы д-ра мед. наук Ю.Н. Горбатовых:

- Михаил Александрович, скажите, каким образом измерялось давление в легочной артерии в отдаленные сроки? Всем пациентам выполнялась тензиометрия малого круга кровообращения или это данные ультразвукового измерения?

- Все пациенты были госпитализированы и им выполняли прямое измерение давления в легочной артерии, т.е. тензиометрию малого круга кровообращения.

- А сопротивление сосудов малого круга кровообращения рассчитывали по разведению или по Фику?

- по разведению.

- И еще вопрос: согласно результатам вашего исследования, произошло уменьшение диаметра не только главных и долевого легочных артерий, как вы это можете объяснить?

- Сама операция подразумевает дезоблитерацию не только главных, но и долевого и, если возможно, сегментарных ветвей легочных артерий, поэтому мы наблюдаем динамику ремоделирования как главных, так и долевого ветвей легочного артериального русла.

- И последний вопрос: каким образом вы измеряли коэффициент использования кислорода?

- Спирометрией.

Вопросы д-ра мед. наук, проф. С.П. Мироненко:

- Уважаемый Михаил Александрович, скажите, включенные в исследование пациенты ранее в острую стадию подвергались манипуляциям по восстановлению легочного артериального кровотока, тромболизису, например? И второй вопрос относительно второго вывода: в данном случае сам факт подключения ЭКМО свидетельствует об исходной тяжести пациентов. Но ассоциировать увеличение летальности с подключением ЭКМО - не кажется ли вам это не очень корректно сформулированным?

- Светлана Павловна, что касается второго вопроса: это данные регрессионного анализа, данные статистики, которые выявили ЭКМО из всех факторов, влияющих на послеоперационную летальность. Это действительно не очень корректно сформулировано, так как пациенты, которым было установлено ЭКМО после операции, исходно очень тяжелые, с тяжелой сердечно-легочной недостаточностью. И здесь установка ЭКМО было жизненно необходимым мероприятием. И по первому вопросу: целенаправленного анализа мы не проводили, но части пациентов в острую стадию выполнялся тромболизис.

Вопросы д-ра мед. наук, проф. В.В. Ломиворотова:

- У какой части из этих пациентов ЭКМО использовали в вено-венозном, а у какой вено-артериальном варианте?

- Из четырех ЭКМО: трем была установлена в следствие сердечно-легочной недостаточности, а одному – легочной.

Вопросы д-ра мед. наук, проф. А.А. Карпенко:

- Какие были показания к хирургическому вмешательству у больных? И второй: тип хирургической дезоблитерации был стандартным у всех больных или нет? Может были разработаны дополнительные алгоритмы усовершенствования этой методики?

- Операции были выполнены по стандартной методике, описанной ее автором, профессором Джемисоном. Что касается показаний: самое ключевое - проксимальный тип поражения легочного артериального русла, ну и конечно повышения среднего давления в легочной артерии и сопротивления сосудов малого круга кровообращения.

Вопросы д-ра мед. наук, проф. С.Н. Иванова:

- У вас были случаи кризового течения легочной гипертензии в раннем послеоперационном периоде и какова была тактика ведения таких пациентов? И наблюдались ли у вас пациенты в отдаленном послеоперационном периоде с резидуальной легочной гипертензией и что вы рекомендовали в этих случаях?

- По второму вопросу: пациенты такие были, мы их наблюдали и продолжаем наблюдать, они ведутся на соответствующих препаратах по нашим рекомендациям. По поводу первого вопроса: конечно у нас были пациенты в реперфузионном синдромом, они велись в условиях реанимации на соответствующей медикаментозной терапии.

Вопросы д-ра мед. наук, проф. Ю.Н. Горбатов:

- Чем была обусловлена легочная гипертензия после операции: неполной дезоблитерацией, либо это вторичные изменения со стороны легочного артериального русла?

- На наш взгляд, это все-таки вторичные изменения. Отсутствие комплайнса легочных артерий после дезоблитерации.

- Может у вас есть введения более подтвержденные: данные скintiграфии или ангиопульмонографии после операции, которые подтверждали бы отсутствие остаточных тромбов в легочных артериях?

- Сразу после операции? У нас нет таких данных.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово о диссертации и диссертанте предоставляется научному консультанту.

– КАРАСЬКОВ Александр Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН оглашает отзыв, прилагаемый к стенографическому отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Ученому секретарю предоставляется слово для зачитания заключения организации, где была выполнена работа.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

В аттестационном деле имеется Заключение, составленное в в Центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, где была выполнена работа, утвержденное руководителем организации. В указанном Заключении отражены: личное участие автора в получении результатов, изложенных в диссертации, степень достоверности результатов проведенных исследований, их новизна и практическая значимость, ценность научных работ соискателя, специальность, которой соответствует диссертация, полнота изложения материалов

диссертации в работах, опубликованных соискателем (зачитывается заключение). Организация, где была выполнена работа, проведя предварительную экспертизу диссертации, свидетельствует, что диссертационная работа соответствует установленным требованиям.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Ведущая организация - Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (ФГБНУ "РНЦХ им. академика Б.В.Петровского"),- прислала положительный отзыв (зачитывается отзыв ведущей организации).

Слово для ответа предоставляется Чернявскому Михаилу Александровичу.

Чернявский М.А. -

Я согласен с замечаниями по тексту диссертации, указанными в отзыве ведущей организации.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет первый официальный оппонент - доктор медицинских наук, профессор, академик РАН АКЧУРИН Ренат Сулейманович.

доктор медицинских наук, профессор, академик РАН АКЧУРИН Ренат Сулейманович оглашает отзыв, прилагаемый к отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Чернявскому Михаилу Александровичу.

Чернявский М.А. -

Я хотел бы выразить благодарность за внимание уважаемого официального оппонента к моей работе, указанные погрешности, имеющиеся в тексте диссертации, постараюсь учесть в дальнейшей работе.

Замечание оппонента 1 – В настоящее время употребляются термины «катетеризация правых отделов сердца и легочное сосудистое сопротивление», а не «тензиометрия легочных артерий и сопротивление сосудов малого круга кровообращения».

Замечание 2 – В исследовании не проводился анализ зависимости исходов от показателей, как диастолическое давление в легочной артерии, индекс легочного сосудистого сопротивления, сердечный индекс, конечный систолический объем правого желудочка, площадь правого предсердия, показатели контрактильности, TAPSE, которые также являются предикторами.

Ответ соискателя - Анализ таких данных не проводился, в работу мы включили анализ показателей, которых, на наш взгляд, было достаточно.

Замечание 3 – В работе неоднократно указывается на период наблюдения 10 лет. Но, в связи с тем, что операции выполнялись с 2004 по 2014 гг, реальный период наблюдения составляет 4-6 лет.

Замечание 4 – При недостаточности трикуспидального клапана 3-4 степени, автор выполняет шовную пластику клапана, в то время как в большинстве литературных источников указывается на нежелательность проведения этой процедуры.

Ответ – в нашем исследовании таких пациентов было всего четверо, и, в связи с расширением фиброзного кольца трикуспидального клапана (более 45 мм), им была выполнена шовная пластика.

Замечание 5 – некорректно сделан вывод о том, что ЭЖМО увеличивает риск летального исхода в 66 раз.

Замечание 6 – в работе не приведен анализ таких факторов раннего послеоперационного периода, как среднее диастолическое давление в легочной артерии, легочное сосудистое сопротивление и индекс легочного сосудистого сопротивления.

Ответ – Анализ и мониторинг этих показателей осуществлялся в реанимации, но в работу принято решение их не включать.

Замечание 7 – Автор выявил динамику уменьшения диаметров ветвей легочного артериального русла после операции, не учтя при этом анализ чередующихся стенозов и постстенотических и аневризматических расширений. Диаметр главных и долевых ветвей уменьшается, потому что вы их ушиваете продольным швом.

Ответ – По данным МСКТ ангиографии стенозов и постстенотических и аневризматических расширений легочного артериального русла у исследуемых пациентов нами выявлено не было.

Замечание 8 – В литературе нет данных о том, что слабое наполнение левого желудочка в 2 раза является независимым предиктором неблагоприятного хирургического лечения.

Возможно это тоже опечатка.

Ответ – Да, это опечатка.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет второй официальный оппонент, профессор ГОРДЕЕВ Михаил Леонидович

– профессор ГОРДЕЕВ Михаил Леонидович оглашает отзыв, прилагаемый к отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Чернявскому Михаилу Александровичу.

Чернявский М.А. -

Прежде всего, позвольте выразить благодарность уважаемому официальному оппоненту за внимание к моей работе и доброжелательное отношение к ней.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет третий официальный оппонент профессор ЯБЛОНСКИЙ Петр Казимирович

— оппонент профессор ЯБЛОНСКИЙ Петр Казимирович

(оглашает отзыв)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа представляется диссертанту.

Чернявский М.А. -

Разрешите выразить мою благодарность уважаемому официальному оппоненту за внимание к диссертации и доброжелательное к ней отношение.

Вопрос оппонента 1 – Как вы изучали коэффициент использования кислорода? И как менялась частота дыхания до и после операции?

Ответ соискателя – Спирометрией. Что касается динамики частоты дыхания – эти данные мы изучали, но они не вошли в работу.

Вопрос 2 – Влияла ли длительность циркуляторного ареста на частоту послеоперационных осложнений и летальность?

Ответ – Конечно мы анализировали этот фактор, но связи с тем, что у всех пациентов, включенных в исследования, длительность циркуляторного ареста была примерно одинакова, мы не акцентировали влияние данного фактора на частоту послеоперационных осложнений и летальность.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Переходим к научной дискуссии О СПОРНЫХ ВЫВОДАХ И РЕКОМЕНДАЦИЯХ, которая, согласно требованиям должна быть посвящена «анализу их достоверности и обоснованности». Проведем дискуссию в обстановке требовательности и принципиальности, но соблюдения научной этики. Кто из членов совета или из присутствующих в зале хотел бы выразить свое мнение по поводу ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОБОСНОВАННОСТИ ВЫВОДОВ / РЕКОМЕНДАЦИЙ, содержащихся в диссертации?

Карпенко А.А., д-р мед. наук, профессор: Была проведена колоссальная работа по подбору пациентов, так и в совершенствовании и становлении хирургических технологий. Поэтому мы все должны поддержать эту работу. Это большой труд, который важен как для российской, так и для международной науки.

Горбатов Ю.Н., д-р мед. наук, профессор:

Несмотря на то, что это нерандомизированное исследование, с моей точки зрения, статистическая обработка этого материала произведена очень корректно. И это позволило при таком разнородном материале с очень хорошей долей достоверностью сделать те выводы, которые сделал автор. Как и любая диссертационная работа, эта работа грешит не совсем полным исследованием этой проблемы. Но были поставлены четкие задачи, на которые автор постарался ответить. И с моей точки зрения, он ответил на них достаточно корректно. Я считаю, что работу необходимо поддержать.

Железнев С.И., д-р мед. наук, профессор:

В целом, решена глобальная проблема, все подтверждено точными статистическими данными, и самое главное, что мы получили те новые, знания, которые нам необходимы для дальнейшей работы. Работу стоит поддержать.

Мироненко С.П., д-р мед. наук, профессор:

Мне хочется поддержать эту работу. Она выполнена бесспорно на актуальную тему. В работе очень корректно сформулированы задачи, которые позволяют решить поставленную цель. Призываю голосовать за поддержку диссертанта.

Ломиворотов В.В., д-р мед. наук, профессор:

В работе решена глобальная научно-практическая проблема – лечение пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией. Соглашусь с мнениями рецензентов, на этом останавливаться не стоит, исследования в данной области необходимо продолжать далее.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ –

Если больше нет желающих выразить свое мнение по существу дискуссии, диссертанту предоставляю заключительное слово.

Чернявский М.А.

Разрешите выразить слова искренней признательности членам диссертационного совета, председателю совета за проводимую государственную аттестацию моей диссертации, за доброжелательное отношение и создание всех условий. Я также хотел бы поблагодарить моих уважаемых официальных оппонентов и ведущую организацию за внимание к моей работе и высказанные замечания и выразить глубокую благодарность моему научному консультанту за помощь и поддержку в работе, а также моему коллективу, в котором диссертация была подготовлена, и всем присутствующим в этом зале. Спасибо.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Объявляю окончание защиты диссертации. Переходим к процедуре выработки РЕШЕНИЯ диссертационного совета по вопросу присуждения ученой степени путем тайного голосования, для проведения которого предлагается счетная комиссия в следующем составе:

д-р мед. наук, профессор Железнев С.И., д-р мед. наук Широкова Н.В., д-р мед. наук Струнин О.В.

Кто за то, чтобы избрать счетную комиссию в названном составе? (Голосование). Кто против? – Нет. Кто воздержался? – Нет. Счетная комиссия избрана единогласно. Счетной комиссии приступить к работе. Обсудим проект ЗАКЛЮЧЕНИЯ по диссертации, которое, в случае положительного РЕШЕНИЯ примем открытым голосованием простым большинством голосов членов диссовета.

Напоминаю комиссии, что кворум - не менее 15,33 и что члены совета, опоздавшие к началу защиты диссертации, ушедшие до ее окончания или временно отсутствовавшие на заседании диссертационного совета, кроме времени объявленного перерыва, в определении кворума не учитываются и в тайном голосовании не участвуют!

(Ученый секретарь диссертационного совета готовит бланки бюллетеня. Счетная комиссия осматривает и печатывает урну для тайного голосования. Получение бюллетеней экспертами совета под роспись, проведение тайного голосования. Члены счетной комиссии в присутствии членов диссертационного совета вскрывают урну для тайного голосования, подсчитывают бюллетени и составляют по итогам голосования протокол счетной комиссии. Не розданные бюллетени остаются у счетной комиссии с соответствующей пометкой, сделанной ими ДО НАЧАЛА ПОДСЧЕТА ГОЛОСОВ. Опечатывание бюллетеней в конверт и передача ученому секретарю).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ (председателю счетной комиссии): Во время оглашения результатов тайного голосования прошу Вас проинформировать совет о присутствии кворума на этапе тайного голосования - по числу розданных бюллетеней.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ - Слово для оглашения результатов тайного голосования имеет председатель счетной комиссии д-р мед. наук, профессор Железнев С.И.

Председатель счетной комиссии д-р мед. наук, профессор Железнев С.И. - (Оглашает протокол заседания счетной комиссии): Состав диссертационного совета Д 208.063.01 на данное заседание утвержден в количестве 23 экспертов. Присутствовало на заседании 21 членов совета, в том числе 6 докторов наук по специальности 14.01.26. Количество подготовленных к защите бюллетеней 23. Роздано бюллетеней 21. Количество нерозданных бюллетеней 2. Все присутствовавшие члены совета приняли участие в тайном голосовании. В урне оказалось бюллетеней 21. Результаты тайного голосования: за присуждение Чернявскому Михаилу Александровичу ученой степени доктора медицинских наук подано голосов: ЗА – 21, ПРОТИВ – 0, НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫХ бюллетеней – 0. Прошу утвердить протокол.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ – Есть ли вопросы к председателю счетной комиссии? – Нет. Выявлены ли какие либо нарушения процедуры защиты диссертации, в тайном голосовании или в работе счетной комиссии? – Нет. Есть предложение. Кто за то, чтобы (открытым голосованием) утвердить протокол счетной комиссии, прошу проголосовать. (Голосование) Кто против? – Нет. Кто воздержался? – Нет. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно. Кворум для правомочности вынесения Решения на нашем заседании - 15,33. Итак, на основании результатов тайного голосования членов

диссертационного совета (за – 21; против – 0; недействительных бюллетеней – 0) и на основании открытого голосования по вопросу утверждению протокола счетной комиссии (за – 21; против – нет; воздержавшихся – нет) считать, что диссертационная работа Чернявского Михаила Александровича “Хирургическое лечение хронической тромбоэмболической легочной гипертензии” соответствует нормативным требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора мед. наук, и присудить Чернявскому Михаилу Александровичу ученую степень доктора медицинских наук по специальности 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия.

Принято положительное Решение о присуждение ученой степени. Какие будут замечания, дополнения по проекту Заключения диссертационного совета по диссертации? Нет замечаний.

Кто за то, чтобы принять Заключение? (Голосование). Кто против? – Нет. Кто воздержался? - Нет. Принимается единогласно.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ! Диссертационный совет провел государственную экспертизу диссертационной работы и решил присудить Чернявскому Михаилу Александровичу ученую степень доктора медицинских наук по специальности 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия. Ученая степень доктора наук присуждается решением нашего Совета по результатам публичной защиты диссертации соискателем, имеющим ученую степень кандидата наук. Наше решение является основанием для выдачи диплома доктора наук Министерством образования и науки РФ при условии положительного заключения Комиссии (экспертного совета Комиссии) о соответствии представленной диссертации критериям установленным Положением о присуждении ученых степеней и вступает в силу со дня принятия Министерством образования и науки Российской Федерации решения о выдаче диплома. Поздравляю с успешной защитой!

Секретарю: в течение 10 дней со дня заседания диссовета, pdf-файл Заключения диссовета по диссертации разместить на сайте Института. Копию выдать Соискателю в течение 1 месяца со дня защиты. На этом заседание диссертационного совета объявляю закрытым.

Решение диссертационного совета от 28.12.2016 № 16

О присуждении ЧЕРНЯВСКОМУ Михаилу Александровичу, гражданину России, ученой степени доктора медицинских наук

Диссертация “Хирургическое лечение хронической тромбоэмболической легочной гипертензии” по специальности 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия принята к защите 28.09.2016 г диссертационным советом Д 208.063.01 на базе ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, 630055, Новосибирск, ул. Речкуновская, 15.

Совет Д 208.063.01 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук по следующим специальностям научных работников: 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия (медицинские науки); 14.01.20 - Анестезиология и реаниматология (медицинские науки); 14.01.05 - Кардиология (медицинские науки) создан приказом Минобрнауки России от 16 декабря 2013 г. № 974/нк.

Количество членов Совета по приказу - 23.

Соискатель ЧЕРНЯВСКИЙ Михаил Александрович 1980 года рождения. Диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук “Трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация полупроводниковым лазером при

хирургическом лечении больных ИБС” защитил в диссертационном совете, созданном при ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина Министерства здравоохранения Российской Федерации». Работает в группе компаний «Мать и дитя» Медицинского центра «Авиценна», в Центре кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, руководитель центра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. Диссертация выполнена в Центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России. Адрес: 630055, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, 15.

Научный консультант - КАРАСЬКОВ Александр Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, работает в ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, директор института.

Официальные оппоненты:

АКЧУРИН Ренат Сулейманович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, Лауреат Гос. Премий СССР и РФ, Лауреат Премий Правительства РФ, гражданин России, основное место работы: отдел сердечно-сосудистой хирургии Института клинической кардиологии имени А. Л. Мясникова Российского кардиологического научно-производственного центра РАМН, 121552, Москва, ул. 3-я Черепковская, д. 15а. Заместитель генерального директора по хирургии, ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения России, Руководитель отдела сердечно-сосудистой хирургии Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова;

ГОРДЕЕВ Михаил Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, гражданин России, основное место работы: ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»; Россия, г. Санкт-Петербург, улица Аккуратова, д.2., 197341. Главный кардиохирург Центра, заведующий научно-исследовательским отделом кардиоторакальной хирургии;

ЯБЛОНСКИЙ Петр Казимирович, доктор медицинских наук, профессор, гражданин России, основное место работы: ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства Здравоохранения РФ (ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России), 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д.2-4, Директор ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, - дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация: ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (ФГБНУ "РНЦХ им. академика Б.В.Петровского"), г. Москва, - в своем положительном заключении, подписанном заведующим отделением хирургического лечения дисфункций миокарда и сердечной недостаточности (кардиохирургии II) доктором наук, профессором Сергеем Леонидовичем ДЗЕМЕШКЕВИЧЕМ, - указала, что научная новизна выполненного исследования не вызывает сомнений. Это первое в России рандомизированное клиническое исследование, в котором проанализированы и выявлены предикторы хирургического риска операции легочной тромбэмболэктомии (далее - ТЭЭ), проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (далее - ХТЭЛГ). В ходе проведенного М.А. Чернявским исследования выявлено, что в ближайшем и отдаленном периоде после операции у пациентов увеличивается толерантность к физической нагрузке, улучшается качество жизни и снижается функциональный класс хронической сердечной недостаточности. Доказано, что у пациентов на госпитальном этапе после операции улучшается состояние малого круга кровообращения, оптимизируются гемодинамические показатели правых отделов сердца, эти изменения носят стойкий характер, а положительная динамика изменений гемодинамики сохраняется и в отдаленном периоде после операции в течение 10-летнего периода наблюдения. Данное научное исследование связано с поиском оптимального решения актуальной научной проблемы - улучшения результатов хирургического лечения пациентов с ХТЭЛГ. Автор дал оценку выживаемости пациентов после операции в

ближайшие и отдаленные сроки после операции, разработал комплекс мероприятий, позволяющих оптимизировать результаты хирургического лечения. Использование современных методов многофакторного анализа свидетельствует о достоверности полученных автором результатов. Замечаний нет. Основные положения и результаты диссертационной работы целесообразно внедрить в практику профильных кардиохирургических учреждений. Теоретические положения можно рекомендовать для преподавательской деятельности по частным вопросам диагностики и лечения хронической тромбоэмболической легочной гипертензии.

Соискатель имеет 206 опубликованных работ, в том числе 4 монографии, из них по теме диссертации опубликовано 13 научных работ общим объёмом 12,06 печатных листов: 13 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций. Соискателем опубликованы 5 работ в материалах всероссийских и международных конференций и симпозиумов; 30 публикаций в электронных научных изданиях. Краткая характеристика научных работ: научных статей в соавторстве – 206, монографий в соавторстве 4. Опубликованные работы в достаточной мере отражают основные научные результаты, полученные автором. Авторский вклад в работах, написанных в соавторстве, по отношению к объёму научного издания оценен "в равных долях", по числу соавторов.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Эхокардиографические предикторы неблагоприятного исхода операции тромбэндартерэктомии из ветвей легочной артерии. Чернявский А.М., Матвеева Н.В., Нарцисова Г.П., Аляпкина Е.М., Чернявский М.А., Прохорова Д.С., Волокитина Т.Л. // Патология кровообращения и кардиохирургия. 2010. №2;

2. Динамика качества жизни у больных с хронической постэмболической легочной гипертензией после операции тромбэндартерэктомии из ветвей легочной артерии. Чернявский А.М., Аляпкина Е.М., Мироненко С. П., Чернявский М.А., Альсов С. А., Карпенко А.А. // Патология кровообращения и кардиохирургия. 2010. №4;

3. Изменения гемодинамических показателей малого круга кровообращения у пациентов с хронической постэмболической легочной гипертензией после операции тромбэндартерэктомии из ветвей легочной артерии. Чернявский А.М., Аляпкина Е.М., Чернявский М.А., Матвеева Н.В., Едемский А.Г.// Журнал «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия». 2013.Т.6. №1.

Выбор официальных оппонентов и ведущей организации обосновывается компетентностью в рассматриваемых научных вопросах и подтверждается известным научным вкладом в сфере исследования:

АКЧУРИН Р.С., К.В.Мершин, М.Г.Лепилин, С.В.Королев, Е.А.Табакьян. Операции тромбэндартерэктомии из легочной артерии: состояние проблемы. Consilium Medicum. 2016; 05: 62-66.;

Хирургическое лечение хронической тромбоэмболической легочной гипертензии с флотирующими тромбами в правом желудочке сердца. / ГОРДЕЕВ М.Л., Николаев Г.В., Наймушин А.В., Моисеева О.М., Сухова И.В., Исаков С.В., Самохвалова М.В., Гурщенков А.В.Вестник хирургии им. И.И. Грекова 2012. Т. 171 N. 1 С. 12-15.;

Техника эндартерэктомии из легочной артерии при хронической тромбоэмболической легочной гипертензии./ ЯБЛОНСКИЙ П.К., Павлушков Е.В., Головин В.Н., Пищик В.Г., Борисов А.И., Милехин В.Е., Хорохордин Н.Е., Бояркин А.А., Мальшаков В.М., Сизов О.М. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2010. Т. 169. № 2. С. 107-112.;

Диагностика и оценка результатов лечения хронической тромбоэмболической легочной гипертензии с помощью двухэнергетической мультиспиральной компьютерно-томографической ангиопульмонографии» / Мершина Е.А., Сеницын В.Е., Фролова Ю.В., Благова О.В., ДЗЕМЕШКЕВИЧ С.Л., Глазкова М.А. Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. 2013. N2. (2).

EuroSCORE model ARCH: прогнозирование длительности пребывания больных в реанимационном отделении после операций на дуге аорты. / БЕЛОВ Ю.В., Комаров Р.Н., Герасимов А.Н., Алексеев И.А., Викентьев В.В., Шапиева А.Н., Исаев Р.М. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия, №2, 2016г., с.35-46, стр. 11.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований *разработана* научная концепция хирургического лечения пациентов с ХТЭЛГ. Установлено, что после легочной ТЭЭ у пациентов улучшается качество жизни и снижается ФК ХСН. Установлено, что после легочной ТЭЭ снижается давление в МКК, уменьшаются объемные показатели правых отделов сердца, эффект носит стойкий характер. Выявлено влияние легочной ТЭЭ на показатели функции внешнего дыхания в течение 10 летнего наблюдения после легочной ТЭЭ. Впервые установлено влияние легочной ТЭЭ на функцию внешнего дыхания, изменение диаметров легочной артерии в различные сроки после операции. Впервые оценено влияние легочной ТЭЭ на качество жизни пациентов, выявлены факторы риска летальности больных с ХТЭЛГ.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что доказаны научные положения, вносящие вклад в расширение представлений об изучаемом явлении. Применительно к проблематике диссертации результативно (с получением обладающих новизной результатов) использован комплекс существующих базовых методов исследования. Проведена модернизация существующих алгоритмов, обеспечивающих получение новых результатов по теме диссертации. Дана оценка выживаемости пациентов после легочной ТЭЭ в ранние и отдаленные сроки после операции. Разработан комплекс диагностических и лечебных мероприятий, позволяющих оптимизировать результаты хирургического лечения пациентов с ХТЭЛГ.

Наиболее ценными признаны следующие выводы. Установлено, что у больных с ХТЭЛГ факторами риска летальных исходов являются: высокое СДЛА (>90 мм.рт.ст.), соотношение КДО ПЖ/ КДО ЛЖ ≥ 2 , КДО ПЖ (>90мл), исходно низкий СВ (менее 3,45), перфузионный дефицит (>47%), КИО₂ (<23мл\л), ДО (>890 мл), сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца.

Доказано, что у пациентов после операции легочной ТЭЭ, статистически значимо улучшается внутрисердечная гемодинамика, статистически значимо улучшаются объемно-функциональные показатели правых отделов сердца, происходит обратное ремоделирование правых и левых отделов сердца и МКК. Так, по данным Эхо-КГ: КДР ПЖ снизился в 1,35 раз; КДО ПЖ – в 1,72 раза; ФВ ПЖ возросла в 1,28 раз. Также улучшилась и функция ЛЖ: КДО ЛЖ возрос в 1,18 раз.

Выявлено, что после операции легочной ТЭЭ и в отдаленные сроки происходит статистически значимое уменьшение диаметров легочной артерии по данным МСКТ–ангиографии: диаметр легочной артерии на уровне главных ветвей после операции уменьшился в 1,32 раза, на уровне долевых ветвей – в 1,3 раза, на уровне сегментарных ветвей – в 1,15 раз.

Наиболее ценными (полезными) практическими рекомендациями из тех, что приводятся в диссертации, признаны следующие. Операцию легочной ТЭЭ у пациентов после перенесенной острой ТЭЛА с целью достижения наилучшего результата операции легочной ТЭЭ необходимо выполнять через 3-6 месяцев после «неэффективного тромболиза».

Для выявления группы риска развития ЛГ: всем больным, перенесшим острую ТЭЛА, необходимо в течение 3 месяцев после выписки, проводить контрольное обследование пациентов (оценка клинического статуса, ЭхоКГ, МСКТ-ангиография), для раннего выявления пациентов с легочной гипертензией.

Учитывая данные 10-летней выживаемости пациентов после операции легочной ТЭЭ, и в связи с тем, что летальные случаи в отдаленном послеоперационном периоде

наблюдались в течение первых 4 лет, - в этот период времени необходимо регулярное обследование и наблюдение пациентов.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что результаты получены на сертифицированном оборудовании; показана воспроизводимость результатов исследования в различных условиях, а также эффективность внедрения авторских разработок в лечебную практику в Центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

Концепция и вытекающая из неё гипотеза исследования базируются на известных, проверяемых фактах, согласуется с опубликованными клиническими данными по теме диссертации. Идея базируется на анализе практики, обобщении передового опыта. Используются современные методики сбора и обработки исходной информации, представительные выборочные совокупности с обоснованием подбора объектов.

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии соискателя в получении исходных данных и клинических исследованиях, обработке и интерпретации полученных данных (обосновании выводов и основных положений), подготовке основных публикаций по выполненной работе.

Заместитель председателя
диссертационного совета

Ломиворотов Владимир Владимирович

Ученый секретарь
диссертационного совета

Ленько Евгений Владимирович

28.12.2016 г.

М.П.