

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

З А С Е Д А Н И Е
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
19.10. 2016 года, протокол № 29

Повестка дня:

Защита диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
СМОЛЯНИНОВА Константина Анатольевича
на тему: «Коррекция умеренной митральной недостаточности в хирургии аортальных по-
роков», научная специальность 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия

Научный руководитель:

доктор медицинских наук НАЗАРОВ Владимир Михайлович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук ЕВТУШЕНКО Алексей Валерьевич;
доктор медицинских наук, профессор МАРЧЕНКО Сергей Павлович

Ведущая организация:

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Диссертация принята к защите 01.06. 2016 г, протокол № 1.

Дата размещения автореферата и объявления о защите диссертации в сети Интернет:
01.06.2016.

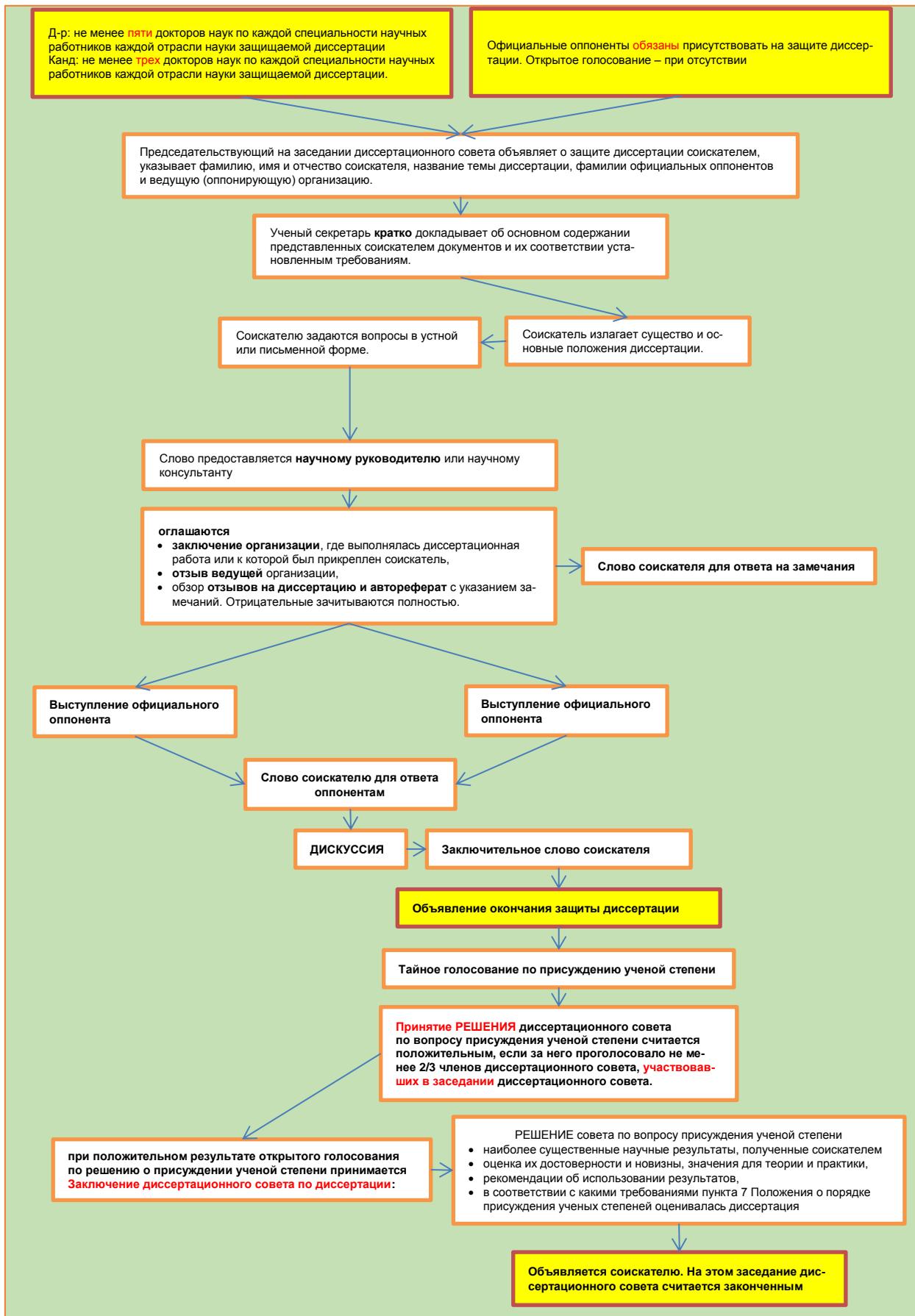


Рис. 1. Структура заседания диссертационного совета при защите диссертации

З А С Е Д А Н И Е
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
19.10. 2016 года, протокол № 29

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

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ – доктор мед. наук, профессор ЛОМИВОРОТОВ Владимир Владими́рович

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

На заседании диссертационного совета Д 208.063.01 присутствовали следующие члены совета:

1. Ломиворотов Владимир Владими́рович	зам. председателя , д-р мед наук, профессор	14.01.20 (медицин- ские науки)
2. Покушалов Евгений Анато- льевич	зам. председателя , д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицин- ские науки)
3. Ленько Евгений Владимиро- вич	ученый секретарь , д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицин- ские науки)
4. Альсов Сергей Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.26 (медицин- ские науки)
5. Ефремов Сергей Михайло- вич	член совета , д-р мед наук	14.01.20 (медицин- ские науки)
6. Железнев Сергей Иванович	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицин- ские науки)
7. Иванов Сергей Николаевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицин- ские науки)
8. Карпенко Андрей Анатолье- вич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицин- ские науки)
9. Ломиворотов Владимир Ни- колаевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.20 (медицин- ские науки)
10. Мироненко Светлана Пав- ловна	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицин- ские науки)
11. Нарциссова Галина Петровна	член совета, д-р мед наук	14.01.05 (медицин- ские науки)
12. Непомнящих Валерий Ана- тольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.20 (медицин- ские науки)
13. Постнов Вадим Георгиевич	член совета , д-р мед наук, старший научный сотруд- ник	14.01.20 (медицин- ские науки)
14. Романов Александр Борисо- вич	член совета, д-р мед наук	14.01.26 (медицин- ские науки)
15. Стародубцев Владимир Бо- рисович	член совета, д-р мед наук	14.01.26 (медицин- ские науки)
16. Струнин Олег Всеволодович	член совета, д-р мед наук	14.01.20 (медицин- ские науки)
17. Туров Алексей Николаевич	член совета, д-р мед наук	14.01.05 (медицин- ские науки)

18. Чернявский Александр Михайлович	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицинские науки)
19. Широкова Наталия Васильевна	член совета, д-р мед наук	14.01.05 (медицинские науки)
– всего членов совета: 19, в том числе 6 докторов наук по специальности 14.01.26.		

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Уважаемые коллеги! Согласно письменному распоряжению директора Института, право председательствовать на заседании предоставлено... (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 19 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; по уважительной причине отсутствует официальный оппонент МАРЧЕНКО Сергей Павлович, но с ним имеется аудиовизуальный контакт (Skype), он может интерактивно принять участие, а его отзыв, согласно требованиям процедуры, будет полностью оглашен. Выношу на голосование предложение о продолжении защиты диссертации (результаты открытого голосования: единогласно «За продолжении защиты диссертации»).

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 кандидата медицинских наук Смолянинова Константина Анатольевича на тему «Коррекция умеренной митральной недостаточности в хирургии аортальных пороков». Научная специальность 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия.

Работа выполнена в Центре новых хирургических технологий ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, НАЗАРОВ Владимир Михайлович.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук ЕВТУШЕНКО Алексей Валерьевич, доктор медицинских наук профессор МАРЧЕНКО Сергей Павлович

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

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

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

Документы Смолянинова Константина Анатольевича поступили в Совет 15.04.2016 года. Смолянинов Константин Анатольевич, 1980 года рождения, гражданин России, врач, диплом ИВС 0190138 от 2003 года. В 2015 году закончил аспирантуру по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» при ФГБУ «Новосибирский НИИ

Патологии кровообращения имени акад. Е.Н.Мешалкина» МЗ РФ. Диссидент работает врачом сердечно-сосудистым хирургом первой квалификационной категории в кардиохирургическом отделении ОКБ ХМАО г. Ханты-Мансийска (628012, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40; тел. +7 (3467) 390-272). Диссертация подготовлена в центре новых хирургических технологий ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России за время обучения в аспирантуре .

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 (11.04.2016); скриншот объявления ВАК о защите и размещении автореферата (01.06.2016); 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:

проф. Железнев Сергей Иванович; Центр новых хирургических технологий; главный научный сотрудник (ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России);

проф. Карпенко Андрей Анатольевич; Центр сосудистой и гибридной хирургии; руководитель центра (ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

проф. Чернявский Александр Михайлович; Центр хирургии аорты, коронарных и периферических артерий; руководитель центра (ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России),-

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 соблюdenы. Препятствий для проведения публичной защиты нет.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Есть ли вопросы к ученому секретарю? Нет.

Слово для изложения основных положений диссертационной работы предоставляется Смолянинову Константину Анатольевичу. Пожалуйста.

Смолянинов К.А. -

Уважаемые председатель и члены диссертационного совета, уважаемые оппоненты и присутствующие! Разрешите представить вашему вниманию работу «Коррекция умеренной митральной недостаточности в хирургии аортальных пороков» (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.

Вопрос д-ра мед. наук, проф. Покушалова Е.А.:

Поясните пожалуйста, во время доклада прозвучала фраза что только 95% имели отдаленные результаты, если у вас ретроспективное исследование, зачем вы в группы после правки включали пациентов которые не имели отдаленных результатов в исследование?

— Ответ соискателя: Мы многопланово рассматривали исследуемую группу смотрели конечные точки до поправки на соответствие групп и после, но для пациентов у которых не были получены отдаленные результаты мы применяли Worse case scenario и это указано в ограничениях исследования.

Вопрос д-ра мед. наук, проф. Мироненко С.П.: Назовите пожалуйста критерии умеренной митральной недостаточности?

— Ответ соискателя: В нашей работе мы ориентировались на рекомендации американской ассоциации ультразвуковистов от 2003 г, и критерием умеренной недостаточности для нас служили качественные и полуколичественные методы оценки, такие как 20-40% от площади ЛП и при дуплексном сканирование прокрашивание тока регургитации до середины ЛП.

Вопрос д-ра мед. наук, проф. Чернявского А.М.: Поясните пожалуйста механизм возврата митральной недостаточности в обеих группах, если на момент выписки у Вас в обеих группах она не регистрировалась, ведь вы аортальный порок в обеих группах устраниете?

— Ответы соискателя: Дело в том что согласно литературным данным ремоделирование ЛЖ после аортального протезирования продолжается в течение 2-х лет, как видно на слайде посвященному ремоделированию, некоторые параметры изменяются сразу, для других (как ФВ ЛЖ и гипертрофия миокарда) необходимо время. У некоторых пациентов обратное ремоделирование происходит не полностью, и первичные изменения гемодинамики которые мы видим при выписке становятся краткосрочными, в том числе размеры полостей сердца увеличиваются и мы снова видим у них митральную регургитацию в отдаленном периоде.

Вопрос д-ра мед. наук Нарцисовой Г.П.

На слайде по этиологии аортального порока в обеих группах присутствуют аневризма восх. аорты, скажите, была ли она связана с двухстворчатым клапаном или нет?

— Ответы соискателя: Мы не учитывали и не смотрели данную корреляцию, по-моему только 1 пациент с аневризмой имел двухстворчатый клапан, у остальных был трехстворчатый аортальный клапан.

Вопрос д-ра мед. наук, проф. Ломиворотова В.В.: Константин Анатольевич, согласно вашей работе теперь вы всем пациентам с умеренной митральной недостаточностью при аортальном протезировании рекомендуете одномоментную коррекцию и митрального клапана или нет?

— Ответы соискателя: только при наличии предикторов которые были выявлены в ходе нашего исследования, это ревматическая этиология аортального порока и трикусpidальная недостаточность.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово о диссертации и диссиденте предоставляется научному руководителю.

— доктор медицинских наук НАЗАРОВ Владимир Михайлович оглашает отзыв, прилагаемый к стенографическому отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

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

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

В аттестационном деле имеется Заключение, составленное в центре новых хирургических технологий 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 - ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,- прислала положительный отзыв (зачитывается отзыв ведущей организации).

Замечание ведущей организации:

Следует отметить несоответствие указанных в критериях исключения больных с инфекционным эндокардитом и их присутствие в клиническом материале.

Слово для ответа предоставляется Смолянинову Константину Анатольевичу.

Смоляников К.А. -

- Ответ соискателя: Дело в том, что критерием исключения был активный острый эндокардит (в связи с более высокой летальностью, что могло повлиять на конечные результаты). Пациенты с подострым или излеченным ИЭ были включены в наше исследование.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет первый официальный оппонент - доктор медицинских наук ЕВТУШЕНКО Алексей Валерьевич.

доктор медицинских наук ЕВТУШЕНКО Алексей Валерьевич оглашает отзыв, прилагаемый к отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Смолянинову Константину Анатольевичу.

Смоляников К.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.

Замечания официального оппонента:

1. Несмотря на продуманный дизайн исследования, дискутабельным является стремление автора объединить в одну анализируемую группу пациентов с ХРБС и дегенеративными пороками, так как исключить фактор воспалительного поражения при анализе позвоночника в рамках данной работы практически невозможно.

- Ответ: Соотношение ревматических и дегенеративных пороков в группах было сопоставимо, а выявленный предиктор при многофакторном регрессионном анализе возврата МН – Ревматическая этиология аортального порока как раз и подтверждает, вероятно, невозможность полного восстановления МК в связи с перенесенным ревмокардитом (это подтверждается более ранними отечественными публикациями Дземишкевича, Давыдова).

2. Формулировка цели исследования не является полной, так как цель «Изучить» порождает вопрос «Зачем?».

- Ответ: Цель нашего исследования соответствует выдвинутой гипотезе

3. В диссертации постоянно упоминается «атеросклеротический» генез пороков аортального клапана, в то время как Американская сердечная ассоциация (АНА) определяет атеросклероз исключительно как заболевание стенки артерий и одну из форм артериосклероза (http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Cholesterol/WhyCholesterolMatters/Atherosclerosis_UCM_305564_Article.jsp#.V8-DJK3Ujcs). В связи с чем правильнее было бы говорить о кальциевой дегенерации аортального клапана.

-Ответ: Я полностью согласен с оппонентом, однако упоминание об атеросклеротическом генезе аортального порока встречается лишь при цитировании из монографии профессора Дземишкевича «Болезни аортального клапана» в лит.обзоре и в обсуждении результатов. Вероятно необходимо было вставить ремарку, однако вносить авторскую правку в цитату я посчитал некорректным. В описание нашего клинического материала атеросклеротическая этиология АоК не упоминается.

4. Формулировка задач исследования полностью совпадает с положениями диссертации, выносимыми на защиту.

- Ответ соискателя не требуется.

5. Раздел обзора литературы, посвященный классификации митральной недостаточности нельзя признать полным без упоминания о классификации А.Карпантье, тем более, что вся работа строится на анализе типа ПБ митральной недостаточности именно по этой классификации.

- Ответ: Классификация Алана Карпантье в первоначальной работе присутствовала (до внутреннего рецензирования), однако было рекомендовано уменьшить большое количество общих классификаций. В группе субгруппового анализа по типу коррекции МК упоминается, что для диастолической рестрикции МК (3б-тип по классификации Карпантье) основным типом коррекции является вмешательство на фиброзном кольце.

6. Интересным и ценным является установление автором конечно систолического размера левого желудочка, при котором абсолютно показано вмешательство при вторичной недостаточности митрального клапана вследствие доказанной необратимости процесса, однако по какой-то причине это не нашло отражения в практических рекомендациях.

- Ответ: В нашей работе мы проводили многоплановое рассмотрение отобранный нами группы пациентов. КСР более 4,6 см при АоН (о котором упоминает оппонент) был выявлен нами как фактор возврата МН (и это является одним из выводов в наших первых публикациях по теме), однако полученные данным были установлены на не совсем сопоставимых группах (до PSM) и поэтому полученные результаты не вошли в основные выводы диссертации.

7. Пункт 4 «Практических рекомендаций» *полностью повторяет международные рекомендации* по проведению черепно-мозгового эхокардиографического исследования у пациентов с клапанной болезнью сердца [Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012).- EJCTS.- 2012. – Vol.42.- P.S19]

- Ответ: Полностью согласен с оппонентом. Мы решили еще раз подчеркнуть важность данного тезиса.

Вопросы оппонента:

1. После анализа результатов исследования остается ли (по мнению автора) место шовной аннупластике в хирургии вторичной МН?

- Ответ: Несомненно, использование опорного кольца-протеза при клапаносохраняющих вмешательствах на МК имеет более прогнозируемый и лучший эффект, это вобщем-то и продемонстрировало наше исследование. Однако стоит отметить что достоверной разницы по возврату регургитации на МК в течение первых пяти лет не было. Что касается меня, то в подобной ситуации я выбрал бы опорное кольцо.

2. У всех ли 42% пациентов с возвратом митральной недостаточности в отдаленные сроки после коррекции аортального порока отмечалась ревматическая природа порока и (или) или сопутствующая недостаточность ТрК?

- Ответ: Нет не у всех. Если рассматривать пациентов с возвратом МН как совокупность 100%, то ТрН>2 было 23% человек, а ХРБС была у 45%. Сочетание факторов усиливало вероятность возврата митральной недостаточности.

Замечание оппонента: На мой взгляд, не совсем правильно использовать PSM, по результатам которой вы теряете много клинического материала.

Ответ: Оппонент любезно предоставил мне статью из Кембриджа от марта 2016 г, где критикуется этот статистический метод. В статье указывается что основной недостаток PSM - рост дисбаланса групп при очень точном сопоставлении случаев по их расчетным баллам; мы сравнивали группы по показателям после матчинга и отметили отсутствие серьезного дисбаланса.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет ученый секретарь для оглашения отзыва, который представил в совет второй официальный оппонент профессор МАРЧЕНКО Сергей Павлович

– оглашается отзыв, прилагаемый к отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Смолянинову Константину Анатольевичу.

Смолянинов К.А. -

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

Вопросы оппонента:

Прогрессирует ли сердечная недостаточность в отдаленном периоде у пациентов, которым не была выполнена коррекция умеренной митральной недостаточности при протезированииAoK?

- Ответ: Прогрессирует, но не у всех. Цель нашего исследования: попытаться разработать дифференциальный подход к данной патологии.

2. Учитывалась ли этиология МН для определения способа ее коррекции при протезировании AoK?

- Ответ: С учетом критериев исключения в исследование вошли лишь пациенты с вторичной (функциональной) митральной недостаточностью.

3. Планируете ли вы проведение дальнейшего исследования причин рецидива недостаточности МК у пациентов с корrigированным аортальным пороком?

Ответ: База данных у нас есть, возможно будет интересно отследить 15-летние результаты, однако для оценки эффективности предлагаемой концепции (правильности выводов) необходимо рандомизированное проспективное исследование.

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?

Покушалов Е.А., д-р мед. наук, профессор: Мне хотелось бы поддержать работу, я очень рад что работа вышла в классическом стиле, очень консервативном и именно в таком виде. Результаты, которые были получены до поправки, не вошли в выводы потому, именно так должно быть. Я не соглашусь с Алексеем Валерьевичем по поводу PSM, так как наука должна быть консервативная, в ходе исследований всегда мы находим очень много интересных находок, но если они не подтверждены статистическими методами, то это не становится доказанным фактом. В этой работе использованы современные методы медстатистики, которые совершенно правомочны и используются во всем мире. Прошу ученый совет поддержать работу.

Романов А.Б., д-р мед. наук: Диссертант проделал большой труд, не совсем благодарный так как в эпоху доказательной медицины требуется больше проспективные исследования, они имеют большую научную ценность. Но в данном конкретном случае ретроспективная работа проведена именно так как она должна быть проведена, по всем современным статистическим канонам. И я в свою очередь прошу поддержать эту работу.

Железнев С.И., д-р мед. наук, профессор: Хотелось бы напомнить, что мы трехкратно заслушивали на экспертном совете и утверждали тему диссертации именно в виду сложности материала. И вобщем-то полученные автором выводы соответствуют нашим империическим наработкам, если у аортального порока ревматическая этиология, то вмешательство на митральном клапане необходимо с высокой долей вероятности. Наши взгляды нашли отражения в этих выводах и я могу со своей стороны призвать поддержать эту работу.

Чернявский А.М., д-р мед. наук, профессор:

Константин Анатольевич закончил в нашем институте ординатуру и в нашем отделении достаточно много был, я помню какой активный ординатор был, который не только осваивал хирургию, но и занимался наукой. Почему вспомнил: недавно вышла статья в одном из зарубежных журналов, так вот фамилия Смолянинова была в числе соавторов. И вот, перейдя в практическое здравоохранение, вы ведь работаете в окружной больнице Ханты-Мансийска? Там очень хорошее кардиохирургическое отделение вы не потеряли интереса к науке – это очень здорово. Ну и буквально два слова хотел сказать по поводу статистики, на последнем съезде в Барселоне, была посвящена целая научная сессия методам статистической обработки данных, где выступала редактор журнала «Анналы торакальной хирургии» (США) с призывом ограничить публикацию ретроспективных исследований. Была очень живая дискуссия, и все же разум взял верх, когда стал вникать, это что же нам всю полувековую кардиохирургию, которая была до сегодняшнего дня вычеркнуть из жизни, а, тем более, есть целый ряд патологий с которыми нельзя провести проспективной рандомизированное исследование, например тяжелое поражение аорты, экстренная

кардиохирургия. А в целом хорошая работа, а рекомендация номер два является одним из важнейших выводов, и я думаю, надо поддержать эту работу.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ –

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

Смоляников К.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 руководителю 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 Струнин О.В., д-р мед. наук Широкова Н.В., д-р мед. наук Немомнящих В.А.

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 опечатывает 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 профессор Струнин О.В.

Председатель счетной комиссии профессор Струнин О.В. - (Оглашает протокол заседания счетной комиссии): Состав диссертационного совета Д 208.063.01 на данное

заседание утвержден в количестве 23 экспертов. Присутствовало на заседании 19 членов совета, в том числе 6 докторов наук по специальности 14.01.26.

Количество подготовленных к защите бюллетеней 23. Роздано бюллетеней 19. Количество нерозданных бюллетеней 4. Все присутствовавшие члены совета приняли участие в тайном голосовании. В урне оказалось бюллетеней 19.

Результаты тайного голосования: за присуждение Смолянинову Константину Анатольевичу ученой степени кандидата медицинских наук подано голосов: ЗА – 18, ПРОТИВ – 1, 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 – 18; против – 1; недействительных бюллетеней – 0) и на основании открытого голосования по вопросу утверждению протокола счетной комиссии (за – 19; против – нет; воздержавшихся – нет) считать, что диссертационная работа Смолянинова Константина Анатольевича «Коррекция умеренной митральной недостаточности в хирургии аортальных пороков» соответствует нормативным требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата мед. наук, и присудить Смолянинову Константину Анатольевичу ученую степень кандидата 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 Смолянинову Константину Анатольевичу ученую степень кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия. Ученая степень кандидата наук присуждается решением нашего Совета по результатам публичной защиты диссертации соискателем, имеющим высшее профессиональное образование. Решение о присуждении ученой степени кандидата наук является основанием для выдачи диплома кандидата наук 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 решения 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 19.10.2016 № 29
О присуждении Смолянинову Константину Анатольевичу, гражданину России,
ученой степени кандидата медицинских наук

Соискатель СМОЛЯНИНОВ Константин Анатольевич 1980 года рождения. В 2003 году окончил ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет МЗ РФ (г. Томск), выдавший диплом о высшем образовании. В 2015 году окончил аспирантуру по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» при ФГБУ «Новосибирский НИИ Патологии кровообращения имени акад. Е.Н.Мешалкина» МЗ РФ. Работает в кардиохирургическом отделении ОКБ ХМАО г. Ханты-Мансийска (628012, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40; тел. +7 (3467) 390-272) врачом сердечно-сосудистым хирургом первой квалификационной категории. Диссертация выполнена в Центре новых хирургических технологий ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

Научный руководитель - доктор медицинских наук НАЗАРОВ Владимир Михайлович, работает в Центре новых хирургических технологий Государственного учреждения «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина Министерства здравоохранения Российской Федерации». Адрес: 630055, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, 15, ведущий научный сотрудник.

Официальные оппоненты:

ЕВТУШЕНКО Алексей Валерьевич, доктор медицинских наук, гражданин России, основное место работы: Отделение сердечно-сосудистой хирургии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» (Томский НИМЦ; *бывш. НИИ кардиологии г. Томск*), адрес: Кооперативный пер., д. 5, Томск, ведущий научный сотрудник;

МАРЧЕНКО Сергей Павлович, профессор, гражданин России, основное место работы: Клиника хирургии усовершенствования врачей им. П.А. Куприянова, Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (190013 г. Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, 106), профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, доцент кафедры хирургии усовершенствования врачей №1 им. академика П.А. Куприянова Военно-Медицинской академии им. С.М. Кирова,- дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России , город Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Репина, 3 в своем положительном заключении, подписанном зав. кафедрой сердечно - сосудистой хирургии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, главным внештатным сердечно- сосудистым хирургом Уральского федерального округа, доктором медицинских наук, профессором ИДОВЫМ Эдуардом Михайловичем,- указала, что на сегодняшний момент отсутствуют обоснованные показания к использованию полужесткого замкнутого опорного кольца при коррекции митральной недостаточности. Рецензируемая диссертационная работа является первым отечественным крупным исследованием, посвященным проблеме коррекции вторичной митральной недостаточности, где использован большой объем выборки и прослежены длительные сроки наблюдения (более 10 лет). Показано, что протезирование аортального клапана без коррекции умеренной вторичной митральной недостаточности эффективно лишь в раннем послеоперационном периоде,

а в отдаленные сроки наблюдения некорrigированная митральная недостаточность возобновляется и прогрессирует у 42% оперированных пациентов. Впервые проведен сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения умеренной вторичной митральной недостаточности с использованием шовной аннупластики и аннупластики отечественным опорным кольцом. Впервые на достаточно большом клиническом материале и на достоверном уровне представлены преимущества полужестких колец по сравнению с широко распространенной рестриктивной аннупластикой при коррекции умеренной митральной недостаточности. Представлена высокая эффективность и безопасность использования отечественных полужестких опорных колец для аннупластики митрального клапана в профилактике возврата митральной недостаточности в отдаленные сроки наблюдения по сравнению с шовной рестриктивной аннупластикой митрального кольца, особенно у пациентов молодого возраста, что позволит использовать их в широкой клинической практике, в частности миниинвазивной хирургии митрального клапана. Замечаний нет, но отмечено несоответствие указанных в критериях исключения больных с инфекционным эндокардитом (стр. 43) и их присутствие в клиническом материале (стр.45, таблица 5). Основные положения и результаты диссертационной работы следует внедрить в работу профильных кардиохирургических учреждений с целью оптимизации хирургического лечения умеренной вторичной митральной недостаточности у пациентов с аортальными пороками.

Соискатель имеет 27 опубликованных работ, из них по теме диссертации опубликовано 9 научных работ общим объёмом 3,3 печатных листа, в том числе 3 статьи в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций, а также 1 работа в зарубежном научном издании. Соискателем опубликованы 17 работ в материалах всероссийских и международных конференций и симпозиумов. Краткая характеристика научных работ: научных статей в соавторстве 9. За рубежом издано 1 научная работа. Опубликованные работы в достаточной мере отражают основные научные результаты, полученные автором. Авторский вклад в работах, написанных в соавторстве, по отношению к объему научного издания оценен "в равных долях", по числу соавторов.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации: В.М. Назаров, К.А. Смоляников, С.И. Железнев, И.И. Демин, А.В Афанасьев, С.О. Лавинюков. Вторичная умеренная митральная недостаточность при аортальных пороках, непосредственные результаты // Патология кровообращения и кардиохирургия. 2013. – №4. – С. 7–11.

В.М. Назаров, К.А. Смоляников, С.И. Железнев, И.И. Демин, А.В. Богачев - Прокофьев. Умеренная вторичная митральная недостаточность при протезировании аортального клапана: отдаленные результаты // Патология кровообращения и кардиохирургия. 2015. – №3. – С. 58-67.

В.М. Назаров, К.А. Смоляников, С.И. Железнев, И.И. Демин, А.В. Богачев - Прокофьев. Различные типы коррекции вторичной митральной недостаточности при аортальных пороках (опорное кольцо vs шовная аннупластика), 10-летние отдаленные результаты. Сибирский медицинский журнал. 2015. – №5.– С. 27-31.

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

Евтушенко А.В. Использование резекционных и нерезекционных технологий в реконструктивной хирургии митрального клапана / А.В. Евтушенко, В.В. Евтушенко, К.А. Петлин. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2011. - №4. – С. 27-29.

Шихвердиев Н.Н. Реконструктивные операции на митральном клапане с использованием опорных колец / Н.Н. Шихвердиев, Г.Г. Хубулава, С.П. Марченко. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2006. – №6. – С. 6-10.

Идов Э.М. Современное состояние проблемы реконструктивных операций на митральном клапане у пациентов с патологией соединительной ткани (обзор литературы) / Э.М. Идов, В.А. Белов, П.С. Кальной // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. - 2010. - №1. - С. 28-31.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований доказана перспективность использования новых идей в практике. Проведено первое исследование в нашей стране посвященное данной проблеме, где используется большой объем выборки и длительные сроки наблюдения (более 10 лет). Впервые проведено исследование по сравнению типов коррекции митральной регургитации: шовная аннулопластика и аннулопластика опорным кольцом для вторичной митральной недостаточности. Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что доказаны положения, вносящие вклад в расширение представлений об изучаемом явлении, расширяющие границы применимости полученных результатов. Проведена модернизация существующих алгоритмов, обеспечивающих получение новых результатов по теме диссертации. Использование предикторов митральной регургитации ≥ 2 ст. в отдаленном периоде позволяет определить группу риска для принятия решения о симультанной коррекции митральной недостаточности при аортальном протезировании. Использование опорных колец позволило снизить рецидивы митральной недостаточности в отдаленном периоде.

Наиболее ценными признаны следующие выводы. После коррекции аортального порока без вмешательства на митральном клапане умеренная МН уменьшается до незначительной в раннем послеоперационном периоде в 92% наблюдений и возобновляется в отдаленном периоде у 42 %. Пациенты с умеренной митральной недостаточностью при аортальном протезировании подвергаются конкомитантной митральной аннулопластике с высокой долей эффективности (97% при выписке и 80% в отдаленном периоде), существенно не влияя на смертность, как в раннем ($p=0,77$), так и в отдаленном периодах ($p=0,52$) по сравнению с пациентами без митральной коррекции. Предикторами возврата митральной недостаточности явилось: наличие триkuspidальной недостаточности 2 степени и выше, ревматическая этиология аортального порока. *Наиболее ценными (полезными) практическими рекомендациями*

из

тех,

что приводятся в диссертации, признаны следующие. При наличии триkuspidальной недостаточности 2 степени и выше, а так же при ревматической этиологии аортального порока необходимо рассмотреть выполнение сочетанного вмешательства на митральном клапане для уменьшения риска рецидива регургитации, и как следствие инвалидизации в результате прогрессирования ХСН. Прежде всего, это касается пациентов молодого возраста.

Для коррекции вторичной митральной недостаточности более эффективно использовать полужесткие опорные кольца. При выборе размера опорного кольца-протеза необходимо использование измерения размеров передней створки митрального клапана с использованием калибраторов фирмы-производителя.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что результаты получены на сертифицированном оборудовании, показана эффективность внедрения авторских разработок в лечебную практику центра новых хирургических технологий 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.

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.

Председатель

ЛОМИВОРОТОВ Владимир Владимирович

М.п.

Ученый секретарь
19.10.2016 г.

Ленько Евгений Владимирович