

федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

З А С Е Д А Н И Е
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
13.09. 2017 года, протокол № 26

Повестка дня:

Защита диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук
Дюсупова Алтая Ахметкалиевича
на тему: «Профилактика осложнений хирургического лечения инфраренальной аневризмы аорты», научная специальность 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия

Научный консультант:

д-р медицинских наук, профессор Карпенко Андрей Анатольевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Аракелян Валерий Сергеевич;

доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Чарчян Эдуард Рафаэлович

доктор медицинских наук, профессор Зотиков Андрей Евгеньевич

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Диссертация принята к защите 31.05. 2017 г.

Дата размещения автореферата и объявления о защите диссертации в сети Интернет:
31.05.2017.

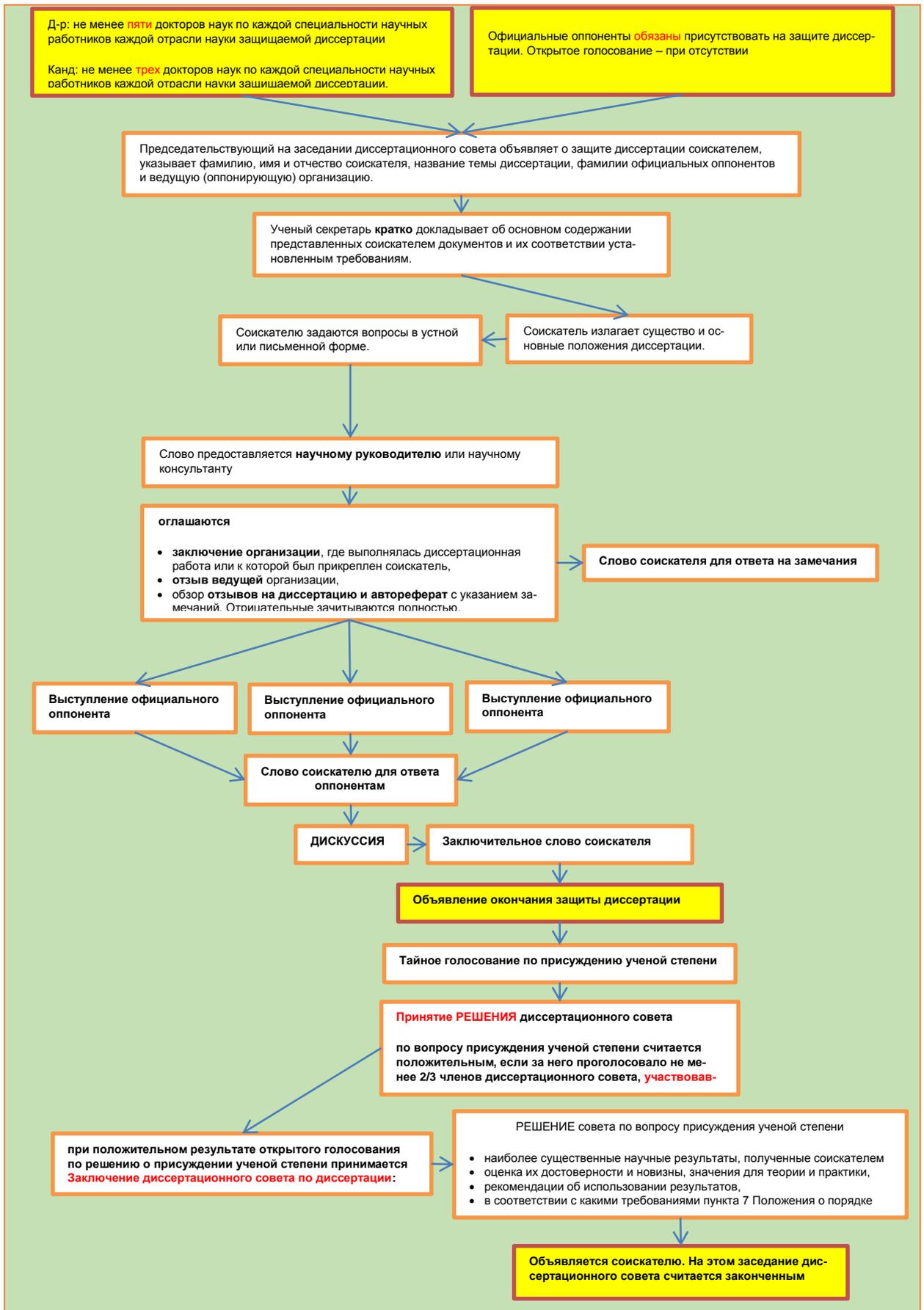


Рис. 1. Структура заседания диссертационного совета при защите диссертации

З А С Е Д А Н И Е
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
13.09. 2017 года, протокол № 26

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:

Ломиворотов Владимир Владимирович	зам. председателя , д-р мед наук, профессор	14.01.20
Покушалов Евгений Анатольевич	зам. председателя , д-р мед наук, профессор	14.01.05
Ленько Евгений Владимирович	ученый секретарь , д-р мед наук, профессор	14.01.26
Альсов Сергей Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Богачев-Прокофьев Александр Владимирович	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Воевода Михаил Иванович	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05
Горбатов Юрий Николаевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.26
Ефремов Сергей Михайлович	член совета , д-р мед наук	14.01.20
Железнев Сергей Иванович	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05
Карпенко Андрей Анатольевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.26
Ломиворотов Владимир Николаевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.20
Мироненко Светлана Павловна	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05
Нарцисова Галина Петровна	член совета, д-р мед наук	14.01.05
Непомнящих Валерий Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.20
Постнов Вадим Георгиевич	член совета , д-р мед наук, старший научный сотрудник	14.01.20
Романов Александр Борисович	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Стародубцев Владимир Борисович	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Струнин Олег Всеволодович	член совета, д-р мед наук	14.01.20
Чернявский Александр Михайлович	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.26
Широкова Наталия Васильевна	член совета, д-р мед наук	14.01.05

– всего членов совета: 20, в том числе 8 докторов наук по специальности 14.01.26.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Уважаемые коллеги! 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 20 человек, в том числе 8 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 Чарчян Эдуард Рафаэлович, 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 доктора медицинских наук Дюсупова Алтая Ахметкалиевича на тему «Профилактика осложнений хирургического лечения инфраренальной аневризмы аорты». Научная специальность 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия.

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 630091, Новосибирск, ул. Красный проспект, 52 (Кафедра сердечно-сосудистой хирургии);

Федеральном государственном бюджетном учреждении «Сибирский федеральный био-медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 630055, Новосибирск, ул. Речкуновская, 15 (Центр гибридной и сосудистой хирургии).

Научный консультант: д-р мед. наук, профессор Карпенко Андрей Анатольевич;

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук; профессор Аракелян Валерий Сергеевич, профессор, член-корреспондент РАН Чарчян Эдуард Рафаэлович, доктор медицинских наук, профессор Зотиков Андрей Евгеньевич

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

Документы Дюсупова Алтая Ахметкалиевича поступили в Совет 10.04.2017 года. Дюсупов Алтай Ахметкалиевич, 1977 года рождения, гражданин Республики Казахстан, кандидат медицинских наук: диплом FK 0000805 выдал Комитет по надзору и аттестации в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан. В аттестационном деле имеется Свидетельство Министерства образования и науки Российской Федерации, серия ПУС, №000075, выданное на основании решения Министерства образования и науки Российской Федерации от 24 июля 2012 года, №499/нк о признании диплома кандидата медицинских наук Дюсупова Алтая Ахметкалиевича на территории

Российской Федерации. года. Диссертант с 2001 год года по настоящее время работает проректором по научной и клинической работе, врачом сосудистым хирургом в Республиканском государственном предприятии на праве хозяйственного ведения «Государственный медицинский университет г.Семей» Республики Казахстан; в Медицинском центре Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Государственный медицинский университет г.Семей» Республики Казахстан. Диссертация подготовлена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (630091, Новосибирск, ул. Красный проспект, 52 (Кафедра сердечно-сосудистой хирургии)), и в

Федеральном государственном бюджетном учреждении «Сибирский федеральный био-медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (630055, Новосибирск, ул. Речкуновская, 15 (Центр гибридной и сосудистой хирургии)).

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 (04.04.2017); скриншот объявления ВАК о защите и размещении автореферата (31.05.2017); 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. ЧЕРНЯВСКИЙ Александр Михайлович; Центр хирургии аорты, коронарных и периферических артерий; руководитель центра (ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России);

д-р мед наук АЛЬСОВ Сергей Анатольевич, врач-сердечно-сосудистый хирург (ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России);

д-р мед. наук СТАРОДУБЦЕВ Владимир Борисович; Центр сосудистой и гибридной хирургии; ведущий научный сотрудник (ФГБУ «НМИЦ им. ак. 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 соблюдены. Препятствий для проведения публичной защиты нет.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Есть ли вопросы к ученому секретарю? Нет.

Слово для изложения основных положений диссертационной работы предоставляется Дюсупову Алтаю Ахметкалиевичу. Пожалуйста.

Дюсупов А.А. -

Уважаемые председатель и члены диссертационного совета, уважаемые оппоненты и присутствующие! Разрешите представить вашему вниманию работу «Профилактика осложнений хирургического лечения инфраренальной аневризмы аорты» (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 Романова А.Б.:

- У меня несколько вопросов по поводу Вашей первой части, по поводу основного, где Вы сфокусировались на послеоперационных 30-дневных осложнениях – инфаркт миокарда, инсульт, ишемия кишечника и местные осложнения. Во-первых, если это комбинированная точка, я не увидел единого графика, который бы показал, что осложнения в одной группе были меньше, чем в другой. Второе, я не увидел ни одного значения «р», когда Вы сравниваете эти группы. То есть, у вас там процент, цифры. Как судить о том, что достоверно сыграло - не сыграло? И такой тоже небольшой вопрос, относительно таблицы первоначальных данных, где вы показали, что кардиосклероз отличался между группами, соответственно, вопрос, делали ли вы поправку на этот фактор при анализе основного вывода?

— Ответы соискателя Дюсупова А.А.:

- Касательно конечных точек исследования, у нас вторичная точка не была комбинированной, то есть осложнения, которые являлись вторичными точками исследования, анализировались по отдельности.

По поводу проведения сопоставительного анализа по осложнениям. Несмотря на то, что, в целом, контрольная группа и группы исследования были сопоставимы по полу и возрасту, основным анатомо-морфологическим параметрам аневризмы брюшной аорты и основной сопутствующей патологии, в данных группах были различия по тактике хирургического лечения. То есть, в контрольной группе больные оперировались в срочном порядке ввиду не стабильности течения аневризмы и угрозы ее разрыва, а в группах исследования больные оперировались в плановом порядке, с предварительной хирургической коррекцией предикторов осложнений, ввиду стабильного течения аневризмы. Учитывая это, мы посчитали не правильным проведение прямого корреляционного сопоставления между группами по осложнениям, соответственно, не указывали значение «р» на слайде над процентными значениями осложнений. Однако, в тех же слайдах, под каждым осложнением указали значения регрессионного анализа осложнения (зависимая переменная) с возможными факторами риска (не зависимые переменные) с указанием, соответственно, «р», отношения шансов (ОШ) или риска (ОР), доверительного интервала для ОШ или ОР. При этом, отдельно выделили такие независимые переменные как «коррекция предикторов» и «вид операции (открытая операция/эндоваскулярное протезирование)» и анализировали их со всеми конечными точками исследования. Это позволило нам провести сопоставительный анализ по конечным точкам исследования между группами больных, то есть переменная «коррекция предикторов» позволила сопоставить 1-ю группу больных со 2-й и 3-й группами по конечным точкам исследования, а переменная «вид операции (ОП/ЭВП)» позволила сопоставить 1-ю и 2-ю группы больных с 3-й группой по всем конечным точкам исследования, соответственно.

Касательно наличия постинфарктного кардиосклероза, то когда мы проводили анализ по методике Каплан-Майера и сопоставительный анализ по 30-ти дневной летальности и 5-ти летней выживаемости, мы конечно делали поправку на постинфарктный кардиосклероз.

Вопросы д-ра мед. наук Ефремова С.М.:

- У меня несколько вопросов. Первый вопрос относительно расчета выборки, просто я никогда не встречал методик, которая у вас указана. Могли бы вы прокомментировать тот график, который вы привели в самом начале, когда рассчитываете выборку для регрессионного анализа. Что обозначают эти разноцветные кривые?

И второй вопрос относительно экспериментальных исследований, которые были вами проведены: на ком они были проведены? Второе экспериментальное исследование обозначено как экспериментально-клиническое исследование. Не считаете ли вы, что здесь есть некое противоречие? Экспериментально-клиническое исследование, которое было проведено на пациентах, насколько я понимаю?

— Ответы соискателя Дюсупова А.А.:

Расчет размера выборки выполняли для регрессионного анализа при помощи программы PASS 2000, версия 12.0.4. На представленном слайде показано графическое изображение расчета необходимого размера выборки для проведения регрессионного анализа. На оси абсцисс показана частота возникновения изучаемого события или исхода. На оси ординат размер выборки. Линиями указаны логарифмы hazard ratio или логарифмы плотности инцидентности, которые позволяют оценить силу эффекта при использовании той или иной выборки, то есть во сколько раз будет чаще встречаться изучаемое событие, если фактор риска присутствует. Красная линия – размер выборки для того, чтобы можно было определить различия в 1,5 раза и более, зеленая линия – размер выборки для того, чтобы можно было определить различия в 2,0 и более раз, синяя линия – размер выборки для того, чтобы можно было определить различия в 3,0 раза и более. Все расчеты проводились для уровней альфа и бета ошибок, равных 0,05 и 0,20, соответственно (общепринятые в биомедицинских исследованиях значения), для модели с $R^2=0,10$. Ориентируясь на первичную конечную точку исследования, 30-дневную летальность, мы взяли наиболее вероятную частоту возникновения события 5% (предполагаемая частота 30-дневной летальности в контрольной группе 8%, в группе исследования 3%, разница 5%). В соответствии с этим, для того чтобы увидеть отношение плотности инцидентности 3 и выше нам достаточно 65 человек для исследования, для того чтобы увидеть различия в 2 раза нам достаточно 162 человек, а для того чтобы увидеть различия в 1,5 раза, то уже порядка 472 человек. Нами для исследования было взято среднее значение различия в 2 раза и, соответственно, максимально необходимый размер выборки составил 162 больных при 5% частоте наступления события. То есть, для проведения сравнительного анализа между двумя группами достаточно по 81 больному в каждой группе. В наших группах выборка составила по 90 больных и более, что является достаточным для проведения достоверного анализа.

- Касательно экспериментального исследования. Первое экспериментальное исследование по изучению роли висцеральных артерий в кровоснабжении левой половины толстой кишки мы проводили на 18 человеческих трупах по разработанной методике, которую я описал в своем докладе.

Второе экспериментальное клиническое исследование мы проводили у больных 2-й и 3-й групп. С целью изучения развития синдрома ишемии-реперфузии и непосредственных результатов лечения, проведено экспериментальное клиническое исследование у 26 больных 2-й группы с открытым протезированием и 17 больных 3-й группы с эндоваскулярным протезированием. Во 2-й группе больных брали 4 пробы крови: за 30 минут до начала

операции, перед снятием зажима с брюшной аорты, через 5 минут после запуска магистрального кровотока к обеим ногам и через 30 минут после окончания операции. В 3-й группе больных брали 3 пробы: за 30 минут до начала операции, после запуска кровотока к обеим ногам и через 30 минут после окончания операции. В качестве маркеров ишемии-реперфузии были изучены С-реактивный белок (СРБ), провоспалительный цитокин интерлейкин-6, противовоспалительный цитокин интерлейкин-10 и окислительный статус.

Вопрос д-ра мед. наук Ефремова С.М.:

- Просто обычно экспериментальные исследования проводятся на животных. Может быть немного с формулировкой не то, смущает этот факт. Исследование, все-таки клиническое?

— Ответ соискателя Дюсупова А.А.:

- Да, клиническое. Возможно необходимо перефразировать определение второго исследования.

Вопросы д-ра мед. наук Богачева-Прокофьева А.В.:

- У меня 2 вопроса. Первый касается инфаркта миокарда в отдаленном периоде. В 3-й группе больных, с эндоваскулярным протезированием, данного осложнения в отдаленном периоде не было по сравнению с 1-й и 2-й группами. Как Вы объясняете этот факт? Это связано с несопоставимостью групп больных или с чем?

И второй вопрос касается проспективного рандомизированного клинического исследования, где вы сравниваете вашу предложенную модификацию лечения аневризмы брюшной аорты и классический вариант. Вы взяли первичной конечной точкой время пережатия брюшной аорты. Не кажется ли Вам, что эта точка была слишком очевидна, понятно, что меньшее количество анастомозов в предлагаемом способе, соответственно, меньшее время пережатия брюшной аорты. Насколько это было логично делать?

— Ответ соискателя Дюсупова А.А.:

- По первому вашему вопросу: в отдаленном периоде, действительно, в 3-й группе больных с эндоваскулярным протезированием не было инфаркта миокарда. Думаю, это связано с тем, что данным больным, при наличии показаний, выполнялась предварительная хирургическая коррекция патологии коронарного русла при помощи соответствующих открытых и эндоваскулярных вмешательств по сравнению с 1-й контрольной группой. Тем более, в 30-дневный послеоперационный период инфаркт миокарда был значимо связан при проведении регрессионного анализа с переменной «коррекция предикторов». Если брать исходную сопоставимость по ишемической болезни сердца и постинфарктному кардиосклерозу, то во 2-й и 3-й группах больные с постинфарктным кардиосклерозом значимо преобладали в сравнении с больными 1-й контрольной группы, то есть исходно находились в менее благоприятном состоянии по этому фактору кардиального риска. Также, не исключается меньшая операционная агрессия в 3-й группе больных.

Касательно первичной точки исследования при разработанном нами способе реконструкции по поводу аневризмы брюшной аорты. Разработка данного способа была направлена на снижение времени пережатия брюшной аорты. В связи с этим, первичной точкой

исследования было взято время пережатия брюшной аорты. Вторичными точками исследования уже стали все остальные факторы риска и осложнения, которые имеют важное значение.

Вопросы д-ра мед. наук, проф. Чернявского А.М.:

- Вы несколько раз упомянули, что достаточно много осложнений при эндоваскулярном лечении аневризмы брюшной аорты. Какой характер осложнений?

— Ответ соискателя Дюсупова А.А.:

- При эндоваскулярном протезировании аневризмы брюшной аорты имели место в основном специфические местные осложнения, такие как тромбоз бранши протеза, кинкинг, диссекция подвздошной артерии, эндолики.

Вопрос д-ра мед. наук, проф. Чернявского А.М.:

- Вы много говорили о предварительной хирургической коррекции предикторов осложнений каротидного и коронарного русла, шунтирование или ангиопластика. А вот вывод 8 говорит, что предварительная хирургическая коррекция не играет роли для 5-ти летней выживаемости больных. Как Вы можете это объяснить? Вы рекомендуете, а у нас самое главное, чтобы отдаленный результат был положительный, чтобы пациент долго жил, а разницы получается нет?

— Ответ соискателя Дюсупова А.А.:

- Действительно, в отдаленном периоде, мы не выявили значимых различий в 5-летней выживаемости больных между группами, однако, имелись различия в 30-дневной летальности, то есть за счет этого периода «выровнялась» летальность в отдаленном 5-летнем периоде между группами. Также нужно отметить, что регрессионный анализ выявил значимую связь 30-дневной летальности от коррекции предикторов и инфаркта миокарда, а 5-летней выживаемости от инфаркта миокарда и инсульта.

Вопрос д-ра мед. наук, проф. Чернявского А.М.:

- Ваше исследование по двум методам коррекции аневризм, в результате чего вы экономите время пережатия брюшной аорты с 40 до 20 минут. Вы можете сказать насколько это значимо с вашей точки зрения? До 60-ти минут пережатия брюшной аорты никто не говорит, что могут развиваться какие-то катастрофы?

— Ответ соискателя Дюсупова А.А.:

- По результатам нашего исследования мы получили данные о важности времени пережатия брюшной аорты, влиянии времени пережатия брюшной аорты на развитие осложнений. В связи с этим, был разработан способ, позволяющий сократить время пережатия брюшной аорты, соответственно, уменьшить проявления синдрома ишемии-реперфузии. Поэтому, я считаю целесообразным применение данного способа.

Вопрос д-ра мед. наук, проф. Горбатовых Ю.Н.:

- У вас есть контрольная первая группа. Для чего она, в принципе нужна? Объясните с какой целью вы ее взяли?

— Ответ соискателя Дюсупова А.А.:

- Первая контрольная группа была взята для определения предикторов осложнений. То есть, это больные с нестабильным течением аневризмы, но без признаков ее разрыва, в связи с чем они оперировались по срочным показаниям и, соответственно, не выполнялась предварительная хирургическая коррекция предикторов осложнений – кардиальных, мозговых, ишемических осложнений кишечника и других. В группах исследования мы уже проанализировали эффективность коррекции предикторов осложнений.

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

- Объем хирургических вмешательств был сопоставим в 1-й и во 2-й группах?

— Ответ соискателя Дюсупова А.А.:

- Объем хирургических вмешательств был сопоставим в 1-й и 2-й группах был сопоставим, однако имелись различия по качеству реваскуляризации тазово-висцерального бассейна. Во 2-й группе больных преобладали аорто-подвздошные и аорто-подвздошно-бедренные реконструкции брюшной аорты над аорто-бедренными, в связи с этим антеградное включение внутренних подвздошных артерий в кровоток преобладало во 2-й группе больных по сравнению с 1-й группой и, наоборот, ретроградное включение кровотока по внутренним подвздошным артериям через аорто-бедренные анастомозы больше выполнялись в 1-й группе больных. Реимплантация нижней брыжеечной артерии также больше выполнялась во 2-й группе больных, чем в 1-й группе. Различия «в пользу» 2-й группы отмечены также по реконструкциям, когда внутренние подвздошные артерии полностью включались как из антеградного, так и ретроградного кровотока и, при этом, не выполнялась реимплантация нижней брыжеечной артерии – 12% случаев в 1-й группе больных и 2,4% случаев во 2-й группе больных.

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

- Какова была этиология аневризмы брюшной аорты - это первое. И, второе, были ли случаи интраоперационной летальности при открытом вмешательстве?

— Ответ соискателя Дюсупова А.А.:

- Этиологией аневризмы брюшной аорты во всех случаях был атеросклероз. Другие этиологические аневризмы не брались.

На второй вопрос: в первой группе больных в двух случаях была интраоперационная летальность ввиду инфаркта миокарда, которая привела к летальному исходу, в остальных случаях, во всех группах больных интраоперационной летальности не было.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово о диссертации и диссертанте предоставляется научному консультанту.

– д-р медицинских наук, профессор Карпенко Андрей Анатольевич 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 Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Новосибир-

ский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (630091, Новосибирск, ул. Красный проспект, 52) . 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.

В аттестационном деле имеется Заключение, составленное в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации Центр гибридной и сосудистой хирургии, 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 учреждение «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения Российской Федерации,- прислала положительный отзыв (зачитывается отзыв ведущей организации).

Слово для ответа предоставляется Дюсупову Алтаю Ахметкалиевичу.

Дюсупов А.А. -

Я согласен с замечаниями по тексту диссертации, указанными в отзыве ведущей организации: о том, что в работе не полностью нашел отражение вопрос современных тенденций периоперационного и послеоперационного обезболивания пациентов после открытых вмешательств по поводу инфраренальной аневризмы аорты, как, например, эпидуральная анестезия или регионарная анестезия (ТАР-блок). Кроме того, имеются определенные редакционные погрешности.

(Ответ соискателя Дюсупова А.А.): действительно, мы не акцентировали внимание в своей работе на особенности периоперационного и послеоперационного обезболивания пациентов после открытых вмешательств по поводу инфраренальной аневризмы брюшной аорты. Согласны, что оптимальное и эффективное обезболивание при выполнении открытой операции по поводу аневризмы имеет важное значение как в интраоперационном, так и послеоперационном периодах для поддержания нормального функционирования органов и систем, скорейшего восстановления пациента и профилактики осложнений. Однако, мы не ставили перед собой задачу по изучению методов обезболивания при открытых операциях по поводу аневризмы брюшной аорты, их эффективности и совершенствования. Обезболивание пациентов при проведении открытых операций в 1-й и 2-й группах больных выполнялось в соответствии с действующими протоколами и стандартами, в том

числе, при наличии показаний, с использованием комбинированного обезболивания с применением эпидуральной анестезии. Считаем, что вопросы обезболивания пациентов при открытых операциях по поводу инфраренальной аневризмы брюшной аорты могут стать темой отдельного исследования, в том числе с применением эпидуральной анестезии и регионарной анестезией в виде ТАР-блока, или блокады поперечного пространства живота (transversus abdominis plane block).

По поводу редакционных погрешностей, мы учтем замечание ведущей организации и постараемся в будущем их не допускать.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

На диссертацию и автореферат поступил отзыв. Для зачтения отзыва слово предоставляется ученому секретарю.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

Из ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России. Отзыв подписал заведующий кафедрой факультетской хирургии доктор медицинских наук, профессор Вачёв Алексей Николаевич. Отзыв положительный, критических замечаний нет. (Отзывы прилагаются к стенографическому отчету).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет первый официальный оппонент - доктор медицинских наук, профессор Аракелян Валерий Сергеевич.

доктор медицинских наук, профессор Аракелян Валерий Сергеевич оглашает отзыв, прилагаемый к отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Дюсупову Алтаю Ахметкалиевичу.

Дюсупов А.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.

Д-р мед. наук, проф. Аракелян В.С.:

Вопрос 1 – Какой вид оперативного вмешательства по итогам проведенного вами исследования вы считаете оптимальным для больных с АБА: открытая операция или эндоваскулярное протезирование?

Ответ соискателя Дюсупова А.А.: Спасибо за вопрос, Валерий Сергеевич! Считаю, что в каждом конкретном случае должен быть индивидуальный подход с учетом предпочтений пациента и опыта сосудистого хирурга, возможности клиники по выполнению той или иной операции. Методом выбора для больных с инфраренальной аневризмой аорты, по моему мнению и в соответствии с полученными результатами проведенного исследования, является эндоваскулярное протезирование. Этот способ, будучи малоинвазивным и малотравматичным, наиболее приемлем для больных с множеством сопутствующей патологии, к категории которых в основном относятся больные с аневризмой брюшной аорты. Однако, нужно отметить важность учета анатомо-морфологических параметров брюшной аорты, аневризмы и подвздошных артерий, и условий для эндоваскулярного протезирования. В тех случаях, когда имеются анатомические трудности для имплантации и фиксации эндопротеза «золотым стандартом» остается открытая операция. Также в пользу открытой

операции необходимо склоняться в тех случаях, когда у пациента нет возможности в динамическом наблюдении в послеоперационном периоде и есть опасность «пропустить» дислокацию модулей стент-графта, развитие эндоликов и разрыва аневризмы.

Вопрос 2 - Выявлены ли отличия в отдаленном периоде среди исследуемых групп?

Ответ соискателя Дюсупова А.А.: В отдаленном периоде в 1-й группе больных, которые оперировались открытым способом без предварительной хирургической коррекции предикторов осложнений чаще имели место такие осложнения как инфаркт миокарда, инсульт, хроническая ишемия левой половины толстой кишки и местные осложнения по сравнению со 2-й и 3-й группами. Отдаленная летальность в 1-й группе больных также преобладала над больными 2-й и 3-й групп и составила у больных 1-й группы 6,3% (5) случаев, у больных 2-й группы – 2,6% (4) случаев и в 3-й группе больных – 1,1% (1) случаев, соответственно. В целом, 5-летняя выживаемость больных не зависела от хирургической коррекции предикторов осложнений и вида операции, она зависела от развития инфаркта миокарда, инсульта, осложнений со стороны почек и полиорганной недостаточности.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет ученый секретарь для зачитания отзыва, который представил второй официальный оппонент профессор, член-корреспондент РАН Чарчян Эдуард Рафаэлович – (оглашается отзыв, прилагаемый к отчету).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Дюсупову Алтаю Ахметкалиевичу.

Д-р мед. наук, проф., член-корр. РАН Чарчян Э.Р.: Замечание – Хотелось бы выразить свое мнение по предлагаемому диссертантом способу реконструкции инфраренального отдела брюшной аорты по поводу аневризмы. Автором предлагается способ, направленный на сокращение времени пережатия брюшной аорты при резекции аневризмы брюшной аорты за счет первичного наложения дистального анастомоза периферической бранши бифуркационного протеза с подвздошной или бедренной артерией, а затем центрального анастомоза с брюшной аортой. Время пережатия брюшной аорты необходимо только для наложения центрального анастомоза основной бранши протеза с аортой. При этом, выключенный аневризматический мешок опорожняется от тромботических масс и ушивается поперечными П-образными швами без вскрытия его просвета. Считаю, что классическая резекция аневризмы брюшной аорты с внутрисосудистым вскрытием аневризматического мешка и наложением сначала центрального анастомоза основной бранши сосудистого протеза с инфраренальным отделом аорты, а затем наложением дистальных анастомозов периферических бранш сосудистого протеза с подвздошными или бедренными артериями, при наличии достаточного опыта у сосудистого хирурга, занимает в среднем 25-30 минут. То есть, нет необходимости использования предлагаемого диссертантом способа реконструкции, экономия нескольких минут в данном случае не принципиальна. Также хочется отметить, что оставление, хоть и ушитого, аневризматического мешка представляет некоторую угрозу для возможности разрыва мешка в отдаленном периоде.

Дюсупов А.А. -

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

Ответ соискателя Дюсупова А.А.: Спасибо за высказанное мнение, Эдуард Рафаэлович! Действительно, каждый хирург вправе сам принимать решение о виде выполняемой реконструкции при резекции инфраренальной аневризмы брюшной аорты. Предлагаемый нами способ больше акцентирован на больных с сопутствующей патологией в стадии субкомпенсации или декомпенсации, тем более, если имеются анатомические противопоказания для выполнения малоинвазивного эндоваскулярного протезирования. По результатам пилотного исследования нам удалось в 2 раза сократить время пережатия брюшной аорты. Учитывая важность сокращения времени пережатия брюшной аорты по результатам проведенного нами исследования, считаем целесообразным применение предлагаемого нами способа реконструкции при наличии вышеуказанных показаний. Касательно оставляемого выключенного из магистрального кровотока аневризматического мешка, то здесь нужно отметить, что в отличие от широко применяемого эндоваскулярного протезирования, когда также оставляется выключенный аневризматический мешок, в нашем случае передняя стенка мешка укрепляется путем гофрирования его стенок и наложения сверху поперечных П-образных швов.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет третий официальный оппонент доктор медицинских наук, профессор Зотиков Андрей Евгеньевич

— оппонент доктор медицинских наук, профессор Зотиков Андрей Евгеньевич
(оглашает отзыв)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа представляется диссертанту.

Д-р мед. наук, проф. Зотиков А.Е.

Замечание – В отношении предлагаемого автором способа реконструкции инфраренального отдела брюшной аорты по поводу аневризмы хотелось бы отметить, что при больших размерах аневризматического мешка ушивание и гофрирование оставляемого мешка может быть проблематичным, что может вызвать деформацию сосудистого протеза и нарушение гемодинамики. В связи с этим, по моему мнению, применение данного способа при больших размерах аневризматического мешка не целесообразно.

Дюсупов А.А. -

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

Ответ соискателя Дюсупова А.А.: Спасибо, Андрей Евгеньевич, за ваше пожелание! Мы полностью с вами согласны. При больших, гигантских размерах аневризматического мешка, когда есть угроза деформации сосудистого протеза с нарушением гемодинамики, даже после его гофрирования и ушивания, применение предлагаемого нами способа будет не целесообразным.

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?

Чернявский А.М., д-р мед. наук, проф.: я не могу не высказаться по этой работе по нескольким причинам. Во-первых, я знаю Дюсупова АА, как врача и как ученого уже много лет. И даже, в какой-то степени, я участвовал в планировании этой работы. Конечно, при планировании казалось, что про аневризму брюшной аорты мы все знаем. Однако, несмотря на это, мы имеем достаточно неудовлетворительные результаты, как ближайшего, так и отдаленного периода. Я хотел бы остановиться на тех моментах, которые бросились мне в глаза. Работа получилась, с моей точки зрения, многоплановая. Тут и на трупях исследования, которые даже легли в основу практических рекомендаций, хотя, мне кажется, для практики это не очень большую роль играет.

Также, не понять, как стеноз сонных артерий мог повлиять на 30-дневную летальность в выводе №2. Почему на 5-тилетнюю выживаемость не повлияли предварительные устранения предикторов осложнений, а повлияли только на непосредственный результат. Мне не совсем понятно исследование по поводу разработанного способа реконструкции аневризмы брюшной аорты, мне кажется оно немного притянuto. Не только я обратил внимание на это, но и оппоненты. Насколько это было целесообразно? Но сама по себе работа достойна уважения, было показано, что устранение всех предикторов осложнений в предоперационном периоде способствует уменьшению осложнений в 30-дневный срок. Автор добился достаточно низких послеоперационных показателей летальности и осложнений за счет того, что пациенты перед операцией достаточно хорошо обследовались, проводились УЗИ сонных артерий, коронарография, у пациентов проводилось коронарная коррекция, проводились исследование коронарной недостаточности, ишемии головного мозга.

Если мы возьмем работы наших отечественных корифеев сосудистой хирургии, то посмотрите, какие цифры приводятся. Летальность после аневризмы брюшной аорты 10%, из них почти половина – это летальность за счет периоперационного инфаркта миокарда, еще 25% от летальности занимают периоперационные инсульты и только небольшая часть приходится на осложнения самой хирургии. Мне кажется, с моей точки зрения, автору нужно было больше акцентировать внимание на это, на проявления мультифокального атеросклероза. Но, несмотря на это, я считаю нужно поддержать эту работу. Это одна из немногих работ, которая позволяет сделать алгоритм обследования и лечения пациентов с аневризмой брюшной аорты, выстроить медицинскую хирургическую тактику для профилактики операционных осложнений. Я буду выступать «за» при оценке данной работы.

Романов А.Б., д-р мед. наук: проанализирован большой объем данных, проделана большая работа, но, по моему мнению, такие работы должны быть построены по типу современных рандомизированных исследований. В результате исследования, в конечном итоге, мы хотим улучшить клинические исходы лечения наших пациентов. Поэтому, здесь, несмотря на то, что были введены различные методики, тестировались предикторы, конечный анализ данных не показывает, что улучшается выживаемость и показатели клинических исходов. Это мой такой комментарий.

Ломиворотов В.В., д-р мед. наук, проф.: я хотел бы в заключении высказаться по поводу этой работы. Конечно, она, как и любая работа, не лишена каких-то погрешностей.

Согласен, что в настоящее время приветствуется формат рандомизированного многоцентрового исследования. Если говорить о сильных сторонах данной работы, то, как анестезиолог, хотел бы отметить, что нашей задачей является улучшить качество жизни у оперируемых пациентов, выживаемость и минимизировать количество осложнений. Прежде всего это касается сопутствующей патологии, особенно у возрастных пациентов. В работе показано, что инфаркт миокарда имел место в 7,6% у больных контрольной группы, что согласуется с данными международных исследований, где говорится, что летальность от инфаркта миокарда при не кардиохирургических вмешательствах составляет до 8%. К сожалению, несмотря на множество рандомизированных исследований, до настоящего времени не решено как вести данных пациентов для профилактики периоперационного инфаркта миокарда. На сегодняшний день проводятся ряд исследований, например, изучается действие препарата «Добиготран» или ингибитора желудочной секреции, которые могут повлиять на улучшение выживаемости и минимизации данного осложнения. В контексте данной работы автором показано, что именно коррекция коронарного атеросклероза достоверно способствует улучшению результатов. Что касается почечной недостаточности, то это второе грозное осложнение при не кардиохирургических вмешательствах, особенно у пациентов с аневризмами брюшной аорты. Частота данного осложнения достаточно большая, по мировым данным достигает 30%. Было показано, что изолированное повышение уровня креатинина крови является прогностическим фактором риска отдаленной выживаемости. При кардиохирургических вмешательствах фактором риска почечной недостаточности является время искусственного кровообращения, а при вмешательствах по поводу аневризмы брюшной аорты – это время пережатия аорты. Автором предложен способ, который позволил сократить время пережатия брюшной аорты в 2 раза, что, несомненно является большой находкой данной работы. В будущем можно запланировать работу по изучению частоты острой почечной недостаточности у больных с аневризмой брюшной аорты, это будет актуальная работа, учитывая влияние острой почечной недостаточности на инвалидизацию и летальность данных пациентов.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ –

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

Дюсупов А.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 моим научным 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 Непомнящих В.А., 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 Непомнящих В.А.

Председатель счетной комиссии д-р мед. наук Непомнящих В.А. - (Оглашает протокол заседания счетной комиссии): Состав диссертационного совета Д 208.063.01 на данное заседание утвержден в количестве 23 экспертов. Присутствовало на заседании 20 членов совета, в том числе 8 докторов наук по специальности 14.01.26.

Количество подготовленных к защите бюллетеней 23. Роздано бюллетеней 20. Количество нерозданных бюллетеней 3. Все присутствовавшие члены совета приняли участие в тайном голосовании. В урне оказалось бюллетеней 20.

Результаты тайного голосования: за присуждение Дюсупову Алтаю Ахметкалиевичу ученой степени доктора медицинских наук подано голосов: ЗА – 19, 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 – 19; против – 1; недействительных бюллетеней – 0) и на основании открытого голосования по вопросу утверждению протокола счетной комиссии (за – 20; против – нет; воздержавшихся – нет) считать, что диссертационная работа Дюсупова Алтая Ахметкалиевича «Профилактика осложнений хирургического лечения инфраренальной аневризмы аорты» соответствует нормативным требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора мед. наук, и

присудить Дюсупову Алтаю Ахметкалиевичу ученую степень доктора медицинских наук по специальности

14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия.

Принято положительное Решение о присуждении 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 Дюсупову Алтаю Ахметкалиевичу 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 13.09. 2017 № 26

О присуждении ДЮСУПОВУ Алтаю Ахметкалиевичу,

гражданину Республики Казахстан, ученой степени доктора медицинских наук

Диссертация «Профилактика осложнений хирургического лечения инфраренальной аневризмы аорты» по специальности 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия принята к защите 31.05. 2017 г диссертационным советом Д 208.063.01 на базе ФГБУ «НМИЦ 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 ДЮСУПОВ Алтай Ахметкалиевич 1977 года рождения. Диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Профилактика инфекционных осложнений ран вокруг спиц при чрескостном остеосинтезе диафизарных переломов костей голени», в диссертационном совете, созданном на базе Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (диссертационный совет ОД. 09.01.04 при Научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии; 010000, г. Астана, проспект Абылай хана, 13). Работает в Республиканском государственном предприятии на праве хозяйственного ведения «Государственный медицинский университет г.Семей» Республики Казахстан; в Медицинском центре Республиканского государственного

предприятия на праве хозяйственного ведения «Государственный медицинский университет г. Семей» Республики Казахстан. Проректор по научной и клинической работе; врач сосудистый хирург.

Диссертация выполнена в ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (630091, Новосибирск, ул. Красный проспект, 52): кафедра сердечно-сосудистой хирургии;

ФГБУ «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения РФ: Центр гибридной и сосудистой хирургии (630055, Новосибирск, ул. Речкуновская, 15).

Научный консультант - д-р медицинских наук, профессор, КАРПЕНКО Андрей Анатольевич работает в Центре гибридной и сосудистой хирургии ФГБУ «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения РФ. Адрес: 630055, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, 15, руководитель Центра гибридной и сосудистой хирургии.

Официальные оппоненты:

АРАКЕЛЯН Валерий Сергеевич, доктор медицинских наук, профессор, гражданин России, основное место работы: отделение хирургии артериальной патологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 119049, г. Москва, Ленинский проспект, 8; руководитель отделения хирургии артериальной патологии;

ЧАРЧЯН Эдуард Рафаэлович, профессор, чл.-корр.РАН, гражданин России, основное место работы: Отделение хирургии аорты и ее ветвей ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», Российская Федерация, 119991, Москва, ГСП-1, Абрикосовский переулок, д.2; заведующий отделением хирургии аорты и ее ветвей;

ЗОТИКОВ Андрей Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор, гражданин России, основное место работы: Отделение сосудистой хирургии ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, 27, ведущий научный сотрудник, - дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация ФБГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения РФ, город Москва, в своем положительном заключении, подписанном заместителем генерального директора по хирургии, руководителем отдела сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения РФ, академиком РАН, профессором АКЧУРИНЫМ Ренатом Сулеймановичем, - указала, что впервые у больных с нестабильным течением аневризмы брюшной аорты (АБА), подвергнутых операции резекции аневризмы, определены предикторы интраоперационных, госпитальных системных и местных осложнений. Разработаны способ интраоперационной диагностики нарушения коллатерального кровообращения в бассейне нижней брыжеечной и внутренних подвздошных артерий при аневризме инфраренального отдела брюшной аорты (патент 2445929 РФ, 2012), способ профилактики острого нарушения кровообращения толстой кишки в бассейне нижней брыжеечной артерии после реконструкции инфраренального отдела брюшной аорты по поводу аневризмы (патент 2458638 РФ, 2012) и способ оценки кровоснабжения левой половины толстой кишки в эксперименте (патент 2494681 РФ,

2013). Проведено сравнительное экспериментальное исследование на наличие синдрома ишемии-реперфузии при открытом и эндоваскулярном протезировании АБА. Был разработан способ реконструкции инфраренального отдела брюшной аорты по поводу АБА (патент 2525280 РФ, 2014). Дана оценка эффективности мер по профилактике осложнений хирургического лечения инфраренальной АБА и их влияние на отдаленную выживаемость пациентов. Как недостаток отмечено, что в работе не полностью нашел отражение вопрос современных тенденций пери-, и послеоперационного обезболивания пациентов после открытых вмешательств по поводу инфраренальной аневризмы аорты. Результаты научно-исследовательской работы внедрены и используются в работе Центра сосудистой и гибридной хирургии СФБМИЦ имени академика Е.Н. Мешалкина, Российская Федерация; в отделении сердечно-сосудистой хирургии Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей, Городской больницы №1 г. Павлодара, Республика Казахстан.

Соискатель имеет 36 опубликованных работ, из них по теме диссертации 36 научных работ общим объёмом 5,4 печатных листов, в том числе 20 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций. Соискателю выдано 4 патента на изобретения. Соискателем опубликованы 15 работ в материалах всероссийских и международных конференций и симпозиумов. Краткая характеристика научных работ: научных статей в соавторстве 17, патентов: в соавторстве 4. За рубежом изданы 2 научные работы. 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:

Выбор и этапность хирургического вмешательства у больных с инфраренальной аневризмой брюшной аорты при сочетанном поражении коронарного русла и брахиоцефальных артерий / А. М. Чернявский, А. А. Карпенко, Н. Р. Рахметов, А. А. Дюсупов, Е. О. Масалимов, Б. С. Буланов, И. Н. Сагандыков, С. М. Жусупов // Журнал «Ангиология и сосудистая хирургия». – 2011. – Том 17. – №3. – С. 111-119.

Experimental study of the blood supply in the colon's left half to prevent ischemic complications of the resection of infrarenal abdominal aortic aneurysm / Alt. Dyussupov, A. Karpenko, A. Tshernyavsky, N. Rakhmetov, Alm. Dyussupov, B. Bulanov // Italian Journal of Vascular and Endovascular Surgery. - Volume 20. - №2. – 2013. - P. 81-87.

Синдром ишемии-реперфузии и непосредственные результаты при открытом и эндоваскулярном протезировании инфраренальной аневризмы брюшной аорты / А. Карпенко, Алт.А. Дюсупов, А.Н. Шилова, А.З. Дюсупов, Алм.А. Дюсупов, А.А. Дюсупова, Е.Т. Сабитов, А.М. Гржибовский // Журнал «Экология человека». – 2015. – №11. – С. 25-32.

На диссертацию и автореферат поступил отзыв из ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России. Отзыв подписал заведующий кафедрой факультетской хирургии доктор медицинских наук, профессор ВАЧЁВ Алексей Николаевич. Отзыв положительный, критических замечаний нет.

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

АРАКЕЛЯН В.С., Букацелло Р.Г., Гамзаев Н.Р., Газимагомедов З.И. Случай успешного хирургического лечения пациента с аневризмой брюшной аорты и окклюзией всех висцеральных артерий // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2016. Т. 58. № 6. С. 381-383;

Поляков Р.С., Абугов С.А., ЧАРЧЯН Э.Р., Пурецкий М.В., Саакян Ю.М. Отбор пациентов для проведения эндоваскулярного протезирования брюшной аорты // Медицинский алфавит. 2016. Т. 1. № 11. С. 33-37;

ЗОТИКОВ А.Е., Адырхаев З.А., Ивандаев А.С., Кожанова А.В., Казеннов В.В., Тимина И.Е., Шаршаткин А.В., Покровский А.В. Резекция аневризмы брюшного отдела аорты у пациента с пересаженной почкой // Трансплантология. 2017. Т. 9. № 2. С. 108-112;

АКЧУРИН Р.С., Имаев Т.Э., Лепилин П.М., Колегаев А.С., Комлев А.Е., Кучин И.В., Медведева И.С. Опыт эндоваскулярного протезирования аневризм брюшного отдела аорты // Диагностическая и интервенционная радиология. 2016. № 10 (1). С.35-41.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований доказана перспективность использования новых идей в науке, в практике. Отличительные особенности полученного соискателем нового научного результата (новых знаний), в сравнении с существующими подходами, заключаются в следующем. Установлено, что измерение ретроградного артериального давления в просвете нижней брыжеечной артерии до и после пережатия внутренних подвздошных артерий позволяет определить перепад давления и, соответственно, выраженность коллатерального кровотока между бассейнами нижней брыжеечной артерии и внутренних подвздошных артерий, объективно определить показания для реимплантации нижней брыжеечной артерии и сохранения антеградного или ретроградного кровотока в системе внутренних подвздошных артерий при резекции аневризмы брюшной аорты. Установлено, что в случае оставления выключенного из магистрального кровотока аневризматического мешка при открытой операции по поводу аневризмы брюшной аорты, для устранения объемного образования в брюшной полости, предупреждения роста аневризматического мешка и его разрыва можно использовать гофрирующие П-образные швы, которые накладываются на переднюю полуокружность аневризматического мешка в поперечном направлении и затягиваются. В отличие от Vozzay J. (2016), Eldrup N. (2012) выявлено, что у больных с нестабильным течением аневризмы брюшной аорты, но без клинических признаков разрыва аневризмы, подвергнутым операции резекции аневризмы по срочным показаниям ввиду высокого риска разрыва аневризмы, возможно определение предикторов интраоперационных, госпитальных системных и местных осложнений. В отличие от Яицкого Н.А. (2007), Моисеева А.А. (2009) произведено экспериментальное объективное подтверждение наличия коллатерального кровообращения между бассейнами нижней брыжеечной артерии и внутренними подвздошными артериями, а также роль внутренних подвздошных артерий в кровоснабжении левой половины толстой кишки. В отличие от общепринятого способа резекции инфраренальной аневризмы брюшной аорты, описанного в руководстве Бураковского В.И., Бокерия Л.А. (1996), разработанный способ реконструкции инфраренального отдела брюшной аорты по поводу аневризмы без вскрытия аневризматического мешка и его резекции позволяет сократить время пережатия брюшной аорты, предупредить 30-дневную летальность и уменьшить количество системных осложнений в послеоперационном периоде.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что проведена модернизация существующих алгоритмов, обеспечивающих получение новых результатов по теме диссертации. Предложенный способ оценки кровоснабжения левой половины толстой кишки в эксперименте позволяет определить степень участия висцеральных и тазовых артерий в кровоснабжении данного сегмента кишечника и обосновать необходимость интраоперационной реконструкции заинтересованных артерий для профилактики ишемии дистальных отделов толстой кишки. Предложенный новый способ реконструктивной операции на инфраренальном отделе аорты по поводу аневризмы без вскрытия аневризматического мешка и его резекции позволяет снизить время окклюзии аорты, уменьшить частоту системных осложнений и улучшить выживаемость больных.

Наличие патентов по теме диссертации является подтверждением новизны, осуществимости и практической полезности результатов исследования.

Наиболее ценными признаны следующие выводы. Возраст и наличие стеноза внутренних подвздошных артерий способствуют развитию хронической ишемии левой половины толстой кишки, а антеградное или ретроградное включение внутренних подвздошных артерий в магистральный кровоток при реконструкции АБА предупреждают развитие ишемии левой половины толстой кишки в 5-летнем послеоперационном периоде. Разработанные способы диагностики и профилактики нарушения кровообращения толстой кишки в бассейнах нижней брыжеечной артерии и внутренних подвздошных артерий позволяют определить показания для их реваскуляризации. Разработанный способ реконструкции инфраренального отдела брюшной аорты по поводу АБА без вскрытия аневризматического мешка и его резекции позволяет сократить время пережатия брюшной аорты, предупредить 30-дневную летальность и уменьшить количество системных осложнений в послеоперационном периоде.

Наиболее ценными (полезными) практическими рекомендациями из тех, что приводятся в диссертации, признаны следующие. При выполнении открытой операции по поводу АБА, перед наложением зажима на аорту и вскрытием аневризматического мешка, необходимо измерение ретроградного давления в нижней брыжеечной артерии до и после пережатия внутренних подвздошных артерий, что позволяет определить показания для реимплантации нижней брыжеечной артерии, оценить наличие коллатералей с бассейном внутренних подвздошных артерий, необходимость сохранения антеградного или ретроградного кровотока в бассейне внутренних подвздошных артерий. В случае оставления выключенного из магистрального кровотока аневризматического мешка при открытой операции по поводу АБА, для устранения объемного образования в брюшной полости, предупреждения роста аневризматического мешка и его разрыва можно использовать гофрирующие П-образные швы, которые накладываются на переднюю полуокружность аневризматического мешка в поперечном направлении и затягиваются.

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 Федерального государственного бюджетного учреждения «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Центр гибридной и сосудистой хирургии

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

Ученый секретарь

Ленько Евгений Владимирович

13.09. 2017 г.

МП