

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ
им. А.Н. БАКУЛЕВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СТЕНОГРАММА № 33

заседания диссертационного совета Д 001.015.01

от 21 октября 2016 г.

Председатель заседания:

заместитель председателя диссертационного
совета, доктор медицинских наук,
академик РАН

Подзолков Владимир Петрович

Ученый секретарь:

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Рыбки Михаила Михайловича

на тему:

**«Органная дисфункция и синдром полиорганной недостаточности после
операций на сердце в условиях искусственного кровообращения»**

Специальность: 14.01.20 – «Анестезиология и реаниматология»

Москва, 2016 г.

Ученый секретарь:

– По письменному поручению председателя диссертационного совета, доктора медицинских наук, академика РАН Бокерия Лео Антоновича, на заседании по защите диссертации Рыбки Михаила Михайловича, председательствовать будет заместитель председателя диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Подзолков Владимир Петрович.

Председатель – заместитель председателя диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Подзолков В.П:

– Уважаемые коллеги! На заседании диссертационного совета присутствуют:

1.	Бокерия Лео Антонович	14.01.26.	доктор мед. наук	председатель диссертационного совета
2.	Подзолков Владимир Петрович	14.01.26.	доктор мед. наук	заместитель председателя диссертационного совета (председатель заседания)
3.	Газизова Динара Шавкатовна	14.01.05.	доктор мед. наук	ученый секретарь диссертационного совета
4.	Бокерия Ольга Леонидовна	14.01.05	доктор мед. наук	
5.	Бузиашвили Юрий Иосифович	14.01.05	доктор мед. наук	
6.	Голухова Елена Зеликовна	14.01.05	доктор мед. наук	
7.	Еременко Александр Анатольевич	14.01.20	доктор мед. наук	
8.	Камбаров Сергей Юрьевич	14.01.26	доктор мед. наук	
9.	Ким Алексей Иванович	14.01.26	доктор мед. наук	
10.	Ключников Иван Вячеславович	14.01.05	доктор мед. наук	
11.	Купряшов Алексей Анатольевич	14.01.20	доктор мед. наук	
12.	Маликов Виктор Евсеевич	14.01.05	доктор мед. наук	
13.	Муратов Равиль Муратович	14.01.26	доктор мед. наук	
14.	Никитин Евгений Станиславович	14.01.20	доктор мед. наук	
15.	Скопин Иван Иванович	14.01.26	доктор мед. наук	
16.	Сокольская Надежда Олеговна	14.01.20	доктор мед. наук	
17.	Ярустовский Михаил Борисович	14.01.20	доктор мед. наук	

Всего из 23 постоянных членов диссертационного совета, утвержденного приказом ВАК РФ, присутствуют 17 человек, из них докторов наук по специальности диссертации – «анестезиология и реаниматология» 14.01.20 – 5 человек. Количественный и качественный кворум диссертационного совета обеспечен. Разрешите объявить заседание открытым.

Первым пунктом у нас защита диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук Рыбки Михаила Михайловича на тему: «Органная дисфункция и синдром полиорганной недостаточности после операций на сердце в условиях искусственного кровообращения».

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева».

Научные консультанты:

1. Доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Лео Антонович, директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ;
2. Доктор медицинских наук, профессор Лобачева Галина Васильевна, заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» МЗ РФ.

Официальные оппоненты:

1. Корниенко Андрей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы, Федеральное государственное бюджетное учреждение «3 Центральный Военный Клинический Госпиталь им. А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации, отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Центра кардиохирургии, начальник отделения (специальность «анестезиология и реаниматология» – 14.01.20);
2. Лепилин Михаил Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства

здравоохранения Российской Федерации, лаборатория анестезиологии и защиты миокарда, руководитель (специальность «анестезиология и реаниматология» – 14.01.20);

3. Яворовский Андрей Георгиевич – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра анестезиологии и реаниматологии, заведующий (специальность «анестезиология и реаниматология» – 14.01.20).

Ведущая организация – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. академика В.И. Шумакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Слово предоставляется ученому секретарю для оглашения официальных данных диссертанта.

Ученый секретарь – оглашает официальные данные диссертанта и отмечает соответствие документов аттестационного дела требованиям «Положения» Высшей аттестационной комиссии при Министерстве образования и науки Российской Федерации.

Председатель:

– Есть какие-нибудь вопросы по справке? (*Вопросов и замечаний по заслушанным о диссертанте официальным данным нет*).

– Михаил Михайлович, Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений Вашей диссертации.

Рыбка Михаил Михайлович – диссертант – докладывает

Председатель:

– Спасибо. Какие возникли вопросы у членов Ученого совета в процессе доклада?

Пожалуйста, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Голухова Елена Зеликовна.

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, член Диссертационного совета Голухова Елена Зеликовна:

- Скажите пожалуйста, Вы используете критическое повышение тропонина, что это? Это инфаркт? Пятый тип инфаркта – это как раз инфаркт при операциях аорто-коронарного шунтирования. И он совпадает с Вашим уровнем повышения, который тут показан. В Вашем представлении это периоперационный инфаркт или это что-то другое? Второй вопрос тоже по поводу тропонина. Это смешанная группа больных: больные после шунтирования и больные с протезированными клапанами. Тоже разные механизмы появления тропонина. Совпадают ли приведенные Вами цифры у этих двух групп?

Рыбка М.М. – диссертант – ответ на вопрос:

– Спасибо Вам за вопрос, Елена Зеликовна. По нашему мнению, это все-таки не интраоперационный инфаркт, это перенесенная ишемия. Эта информация не вошла в настоящий доклад, но она нами анализировалась и рост тропонина очень четко коррелирует со временем пережатия аорты. Был также проведен фрагмент исследования, где изучалась зависимость уровня тропонина от обширности хирургической травмы миокарда. И мы пришли к выводу, что это является гораздо менее значимым для уровня послеоперационного тропонина, чем периода ишемии. То есть это не инфаркт. Это какое-то другое состояние, может быть гибернация миокарда, который впоследствии возвращается к своей функции, но переносит определенное интраоперационное повреждение.

Председатель:

– Еще, пожалуйста, вопросы.

Доктор медицинских наук, профессор, член диссертационного совета,

Еременко Александр Анатольевич:

– Уважаемый Михаил Михайлович, скажите пожалуйста, как Вы относитесь к одновременному повышению лактата и глюкозы? Если высокие цифры глюкозы, как относиться к тому, что высокий лактат? Ваше мнение? На основании опыта Вашей диссертации. Это первый вопрос. Если позволите, второй вопрос. Он связан с вопросом уважаемой Елены Зеликовны. Все-таки у Вас разные нормы для АКШ тропонина Т и для клапанных пороков? Поскольку хирурги режут миокард при протезировании клапанов, тропонин естественно повышается. А тут нет такой травмы миокарда. У Вас разные нормы для этих двух групп больных? Спасибо.

Рыбка М.М. – диссертант – ответ на вопрос:

– Спасибо за вопрос, уважаемый Александр Анатольевич. Я начну ответ со второго вопроса, потому что он прозвучал дважды. В нашем фрагменте исследования мы не разделяли пациентов на подгруппы страдающих ИБС или клапанных больных, поскольку там, как правило, выполнялись сочетанные вмешательства: и на клапанах, и на коронарном русле. Что касается уровня лактата и уровня глюкозы, то практически всегда у взрослых пациентов это совпадающие кривые, причем глюкоза, гипергликемия, идет с некоторым опережением. Что, наверное, является следствием гиперметаболического ответа организма на перенесенные интраоперационно микроциркуляторные нарушения. Поскольку мы наблюдаем в своей практике (правда, в педиатрической, это выходит далеко за рамки настоящего исследования), когда организм переживает истинную ишемию, скажем, к новорожденного ребенка с тяжелым ВПС, там состояние гиперлактатемии никогда не сопровождается состоянием гипергликемии, или почти никогда не сопровождается гипергликемией. То есть, это гиперметаболический ответ, это реакция стрессовая.

Председатель:

– Еще, пожалуйста, вопросы. Профессор Ярустовский Михаил Борисович, доктор медицинских наук.

**Доктор медицинских наук, профессор, член диссертационного совета,
Ярустовский Михаил Борисович:**

– Первый вопрос. Скажите пожалуйста, какой процент гиперлактатемии у взрослых среди Ваших пациентов? Второй вопрос: у какого процента больных Вы видели гиперлактатемию в последующем сразу после перфузионного периода и как это соотносилось с гиперлактатемией в послеоперационном периоде в отделении реанимации? И третий вопрос. У Вас в одной из задач является разработать протокол, алгоритм анестезиологического пособия. Как-то в докладе этого не прозвучало. Вот звучит так: Разработать протокол анестезиологического обеспечения у больных с применением ИК для предотвращения... И вот протокол я не увидел в Вашем докладе. И четвертый вопрос. Вы изучали микроциркуляцию. Каким методом Вы изучали микроциркуляцию? Косвенным, который Вы предложили или все-таки применяли метод, который предложил Баранов? Это у Вас в докладе тоже не прозвучало.

Рыбка М.М. – диссертант – ответ на вопрос:

– Уважаемый Михаил Борисович, позвольте, я начну отвечать на Ваши вопросы. Мы считаем, что гиперлактатемия, развившаяся (наблюдаемая) сразу, после окончания перфузии – это гораздо более грозное состояние, чем та гиперлактатемия, которую мы наблюдаем в отсроченном периоде, с максимумом, как правило через 8-12 часов. И эта разница очень хорошо видна если внимательно присмотреться к результатам первого и второго этапа исследования, поскольку на первом этапе изучался максимальный уровень лактата и там процент осложнений не так велик, как на втором этапе, когда анализировалась гиперлактатемия, возникая уже в операционной. Поскольку именно гиперлактатемия интраоперационная скорее всего свидетельствует о каких-то нарушениях перфузии во время основного этапа операции или, может

быть, о тяжелой сердечной недостаточности при выходе из ИК (и это относительно редко встречающееся состояние). Тот гиперметаболический ответ, который развивается в реанимации, как и показано в исследовании у нас, имеет место быть, наверное, в 50-60% случаев. И, в отсутствие повреждения миокарда, эти цифры лактата ведут к увеличению времени пребывания на ИВЛ и в ОРИТ, но статистически значимо не увеличивают частоту развития СПОН. Что касается исследования микроциркуляции. Действительно, есть огромный опыт в нашем институте применения разных способов изучения микроциркуляции. От косвенных, метаболических и температурного градиента до прямой визуализации с помощью компьютерного капилляроскопа. Но, к сожалению этот фрагмент исследования был не очень большим и мы принимали в нем не самое прямое участие, поэтому говорить не можем. А чем мы пользовались широко и пользуемся сейчас – это методикой околоинфракрасной оксиметрии, которая тоже достаточно широко отражает состояние микроциркуляции в тканях, подлежащих датчику, на глубине 2-3 см. Что дает возможность использовать методику церебральной оксиметрии у взрослых, в этой популяции также очень удобно определять состояние микроциркуляции в области ладонных мышц и предплечья. А у маленьких детей это дает возможность исследовать спланхническую оксигенацию. И эти данные есть в диссертации, к сожалению, они не вошли в представленный доклад. Что касается протоколов, то в 2015 году они были приняты и утверждены и нами используются. Моя ошибка состоит в том, что я это не продемонстрировал на слайде.

**Доктор медицинских наук, профессор, член диссертационного совета,
Ярустовский Михаил Борисович:**

– Частота гиперлаткатемии какая?

Рыбка М.М. – диссертант – ответ на вопрос:

– Свыше 50%.

Доктор медицинских наук, профессор, член диссертационного совета,

Ярустовский Михаил Борисович:

– И чем вы объясняете эту частоту гиперлактатемии у больных без сердечной недостаточности?

Рыбка М.М. – диссертант – ответ на вопрос:

– Один из важнейших факторов, это стандартное применение адреналина в профиле кардиотонической поддержки.

Доктор медицинских наук, профессор, член диссертационного совета,

Ярустовский Михаил Борисович:

– А какой смысл применять адреналин без сердечной недостаточности?

Рыбка М.М. – диссертант – ответ на вопрос:

– Хороший вопрос. Михаил Борисович, я все-таки попробую ответить на данный вопрос, поскольку при введении в практику катетеризации легочной артерии и мониторинга именно прямого сердечного выброса мы видели, и мы это обсуждаем с Вами на обходах в реанимации, что адреналин в профиле кардиотонической поддержки в подавляющем большинстве случаев является не лишним для тех тяжелых пациентов, которые у нас оперируются.

Председатель:

– Так, еще, пожалуйста, вопросы, может у присутствующих. Пожалуйста, доктор медицинских наук, Попов Дмитрий Александрович.

Доктор медицинских наук Попов Дмитрий Александрович:

– Михаил Михайлович, скажите пожалуйста, на каком этапе операционного процесса определялся уровень тропонина Т?

Рыбка М.М. – диссертант – ответ на вопрос:

– Этот уровень измерялся через 3 часа после окончания перфузии.

Председатель:

– Еще вопросы? Пожалуйста, доктор медицинских наук, Купряшов Алексей Анатольевич.

Доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич:

– К продолжению о вопросе о микроциркуляции. Какие факторы влияют на показатели этого исследования, на показатели околоинфракрасной оксиметрии?

Рыбка М.М. – диссертант – ответ на вопрос:

– Если говорить о церебральной оксиметрии, то помимо сердечного выброса критически важным является напряжение углекислоты (это прямо видно на кривой) и температурный режим перфузии. Гипотермические режимы перфузии способствуют ухудшению микроциркуляции, что оправдывает применение вазодилиатирующих препаратов. Если говорить о состоянии оксигенации в мускулатуре, то дефицит кислорода в тканях прогрессивно нарастает по ходу искусственного кровообращения. Вот таковы наши наблюдения.

Доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич:

– А после окончания искусственного кровообращения?

Рыбка М.М. – диссертант – ответ на вопрос:

– Тогда все зависит от величины сердечного выброса и величины применяемой кардиотонической поддержки.

Доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич:

– И последний вопрос. Как лактат связан с этим показателем?

Рыбка М.М. – диссертант – ответ на вопрос:

– Если мы наблюдаем тяжелое нарушение оксигенации во время основного этапа операции, то, как правило, есть гиперлактатемия уже интраоперационная. Такая ситуация, как я уже говорил, встречается достаточно редко. Гиперметаболический ответ в послеоперационном периоде не имеет столь тесной корреляции с показателями NIRS.

Председатель:

– Еще, пожалуйста, вопросы есть? Нет вопросов. Тогда присаживайтесь, пожалуйста. Слово предоставляется ученому секретарю для оглашения

письменных отзывов, поступивших в наш ученый совет на диссертацию и автореферат.

Ученый секретарь зачитывает:

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, recommending диссертацию к защите (*заключение прилагается*).

2. Отзыв о научно-практической ценности диссертации из Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. академика В.И. Шумакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, рассмотренный на научной конференции отделения анестезиологии и реанимации, отделения реанимации и интенсивной терапии и центра лечения критической сердечной недостаточности, и подписанный Попцовым Виталием Николаевичем, доктором медицинских наук, профессором, заместителем директора по реализации высокотехнологичных программ, заведующим отделением анестезиологии и реанимации, утвержденный директором Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. академика В.И.Шумакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктором медицинских наук, профессором, академиком РАН Готье Сергеем Владимировичем (*отзыв положительный, без замечаний, рекомендуя диссертацию к положительному решению по защите, прилагается*).

3. Отзыв на автореферат от доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой анестезиологии, реанимации и неотложной медицинской помощи ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Пичугина Владимира Викторовича (*отзыв положительный, без замечаний, рекомендуя диссертацию к положительному решению по защите, прилагается*).

4. Отзыв на автореферат от доктора медицинских наук, профессора, руководителя отделения реанимации и интенсивной терапии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ, Нехаева Игоря Владимировича (*отзыв положительный, без замечаний, рекомендуящий диссертацию к положительному решению по защите, прилагается*).

5. Отзыв на автореферат от доктора медицинских наук, профессора, заведующего научно-клиническим отделением анестезиологии и реаниматологии ФГБУ «Гематологический научный центр» Минздрава России, Галстяна Геннадия Мартиновича (*отзыв положительный, без замечаний, рекомендуящий диссертацию к положительному решению по защите, прилагается*).

6. Отзыв на автореферат от доктора медицинских наук, профессора, заведующего отделением анестезиологии и реанимации №2 ГБУЗ «Иркутская орден «Знак Почета» областная клиническая больница», главного внештатного специалиста по анестезиологии-реаниматологии МЗ Иркутской области Надирадзе Зураба Зауровича (*отзыв положительный, без замечаний, рекомендуящий диссертацию к положительному решению по защите, прилагается*).

Председатель:

– Поскольку отзывы замечаний не содержат, мы можем перейти к обсуждению. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Корниенко Андрею Николаевичу.

Доктор медицинских наук, профессор Корниенко Андрей Николаевич
– официальный оппонент – зачитывает отзыв (*отзыв положительный, не содержащий замечаний, рекомендуящий диссертацию к положительному решению по защите, прилагается*).

Председатель:

– Михаил Михайлович, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Рыбка М.М. – диссертант – ответ официальному оппоненту:

– Уважаемый Андрей Николаевич, позвольте выразить искреннюю благодарность за проведенный глубокий анализ. Ваше положительное мнение будет служить нам дополнительным стимулом для продолжения наших исследований и нашей работы.

Председатель:

– Слово предоставляется официальному оппоненту – доктору медицинских наук, профессору Яворовскому Андрею Георгиевичу.

Доктор медицинских наук, профессор Яворовский Андрей Георгиевич – официальный оппонент – зачитывает отзыв (*отзыв положительный, не содержащий замечаний, рекомендующий диссертацию к положительному решению по защите, прилагается*).

Председатель:

– Спасибо, Андрей Георгиевич. Михаил Михайлович, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Рыбка М.М. – диссертант – ответ официальному оппоненту:

– Уважаемый Андрей Георгиевич! Выражаю Вам свою искреннюю благодарность за детальный анализ, Ваша положительная оценка очень важна для меня, и Ваше мнение является для меня тем более ценным, поскольку я знаю, что Вы и Ваш коллектив многие годы работаете над схожими проблемами. Спасибо большое!

Председатель:

– По уважительной причине у нас отсутствует еще один оппонент, доктор медицинских наук, профессор Липилин Михаил Григорьевич. В ученом совете присутствует его письменный отзыв.

Ученый секретарь зачитывает:

– отзыв официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора Лепилина Михаила Григорьевича (*отзыв положительный, не содержащий замечаний, рекомендующий диссертацию к положительному решению по защите, прилагается*).

Председатель:

– Замечаний никаких нет, поэтому мы перейдем к обсуждению данной работы. Кто хочет обменяться мнением по поводу данной работы среди членов диссертационного совета? Доктор медицинских наук Еременко Александр Анатольевич.

Доктор медицинских наук, член диссертационного совета, Еременко Александр Анатольевич:

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович! Глубокоуважаемые члены Ученого совета! Глубокоуважаемый Лео Антонович! Михаил Михайлович! Я не могу не выступить, поскольку тема очень близкая. В самом деле – сказал уже профессор Яворовский – относительно недавно, четыре года назад, доктор Бабаев, наш ученик, защитил диссертацию на тему полиорганной недостаточности у пациентов перенесших операции с искусственным кровообращением. Когда я, как член ученого совета, знакомился с авторефератом, первая мысль была «ну что еще?». Но эта мысль покинула меня, буквально после того как я начал читать первую страницу. Более того, у меня у самого появились очень интересные новые идеи. Ведь, в самом деле, тема неисчерпаемая. Смотрите, два маркера, которые использовал автор – лактат и тропонин Т – давно известны. Один отражает общую гипоксию, другой отражает гипоксию миокарда. Что получается, когда высок лактат – больной перенес общую гипоксию, когда тропонин – ишемию миокарда. И когда они сочетаются – плохой прогноз. Почему? Потому что если возникла общая гипоксия и миокард в состоянии покрыть тот кислородный долг, который возник во время операции, то вроде и прогноз будет хороший. А если миокард перенес ишемию, то значит, сердце не в состоянии покрыть этот кислородный долг и тогда естественно, прогноз плохой. Уважаемый Михаил Борисович задавал вопрос – когда назначать адреналин, кардиотоник при формальном отсутствии сердечной недостаточности? Сердечный индекс, например, три литра на метр поверхности в минуту. При норме 2,5 – 3,5. Но! Это обеспечивает текущую потребность. А у больного с кислородной задолженностью индекс должен быть в два-три раза

выше. А больной не имеет резервов. Он не может увеличить выброс. Значит, ему нужно помогать. В этом случае оправдано применение кардиотоников. Второй важный момент. Изофлюран – это еще и органопротектор. Но больной во время искусственного кровообращения не дышит. Невозможно, казалось бы, доставить в организм ингаляционный анестетик. Михаил Михайлович предлагает способ дозировать его в контур аппарата искусственного кровообращения. Следует еще раз подчеркнуть его важное свойство, как органопротектора. Это значительно лучше нитратов и нитропруссиды. И последнее. Катетер Сван-Ганца. Сколько на него было нареканий. Есть работы, в которых даже предлагается запретить использование катетера Сван-Ганца в интенсивной терапии. Но это тогда, когда он используется не по показаниям. А в этой работе показано – когда есть сердечная недостаточность, лучше поставить катетер Сван-Ганца. Да, это не повлияет значительно на летальность. Но, выживание больного и выписка его дастся вам меньшей ценой, потому что пребывание больного в отделении интенсивной терапии будет значительно короче. Длительность ИВЛ будет значительно короче. Длительность ИВЛ связана с инфекционными осложнениями. Все это оправдано с финансовой точки зрения. То есть очень много интересных и важных для нашей специальности, анестезиология и реаниматологии, моментов в этой работе я для себя увидел. Кроме того, Михаил Михайлович – это авторитетный ученый, признанный в нашей среде, он принимает участие в работе нескольких экспертных комиссий. Поэтому я очень положительно характеризую эту работу и призываю всех членов ученого совета голосовать «за». Спасибо за внимание!

Председатель:

– Спасибо, Александр Анатольевич. Слово предоставляется академику РАН Бузиашвили Юрию Иосифовичу, доктору медицинских наук, профессору.

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, член диссертационного совета, Бузиашвили Юрий Иосифович:

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович! Члены Ученого совета! Коллеги! Вы знаете, тема стоит на острие такой проблемы, и все что говорится нового, будет очень полезно для практики. Я выступаю с позиций человека к

которому в отделение попадают люди с тяжелой сердечной недостаточностью. И Михаил Михайлович не раз участвовал в наших консилиумах, посвященных ведению больных сердечной недостаточностью, он не даст назначить больному неадекватную его состоянию терапию, всегда имеет свой индивидуальный подход к каждому пациенту. Просто хочу сказать о широте мышления нашего сегодняшнего докторанта, потому что наша жизнь проходит очень в тесном сотрудничестве. Любой вывод в данной работе – это руководство к действию. Я могу четко сказать, что работа будет цитироваться еще долгое время. Думаю, что сегодня прозвучала очень актуальная позиция, представленная на очень большом материале. Я призываю членов ученого совета голосовать «за». Спасибо за внимание.

Председатель:

– Спасибо Юрий Иосифович! Кто хочет еще обменяться мнениями? Доктор медицинских наук, профессор Ярустовский Михаил Борисович. Пожалуйста.

**Доктор медицинских наук, профессор, член диссертационного совета,
Ярустовский михаил Борисович:**

– Уважаемый Владимир Петрович! Уважаемые члены Ученого совета! Я вышел, чтобы оправдаться перед нашим директором, который обвинил меня в занудстве. Я хочу поддержать эту диссертацию. Сейчас кардиохирургия достигла очень высоких вершин. Мы берем на операционный стол больных крайней степени тяжести. Сорок лет назад, когда я пришел в институт, мы даже близко не могли предположить, что таких больных можно взять на стол. И кто за это отвечает? Хирург, безусловно, это номер один. Но если хирург все сделал правильно, кто отвечает за развитие других осложнений, которые можно видеть у этих больных с коморбидной патологией. Конечно, анестезиолог. Анестезиолог несет полную ответственность за функцию всех жизненно важных органов. Большое количество кардиохирургических пациентов погибает в конечном счете от полиорганной недостаточности. Причина ее развития по данным нашего Центра в 70% случаев – тяжелая сердечная недостаточность. И

где-то процентах в двадцати семи – это сепсис и тяжелые септические осложнения. И умы анестезиологов уже и сорок, и пятьдесят лет назад были направлены на то, чтобы предотвратить развитие полиорганной недостаточности или, по крайней мере, смягчить те последствия, к которым приводит это тяжелое осложнение. Да, были другие методы исследования, другие препараты, другие методики анестезии. В данном случае Михаил Михайлович предложил анализ на очень большом количестве материала вот этого самого осложнения. Он подошел с разных сторон к сердечной недостаточности и к диагностике сердечной недостаточности. Я не от занудства спросил, почему нет протокола, предупреждающего сердечную недостаточность, ведь на обходе в реанимации мы видим эти осложнения, которые нередко приводят к развитию полиорганной недостаточности и я считаю, что основная причина сердечной недостаточности, конечно, это операционный процесс. Другое дело, связано это с хирургией, анестезией или перфузией. Со времен еще «голубой книги» Кирклина известно от чего зависит сердечный выброс (это преднагрузка, сократимость и постнагрузка). Михаил Михайлович, с этой точки зрения, но современными методами изучения предложил свою концепцию, как избежать ошибок и улучшить преднагрузку. Гиповолемия – плохо, гиперволемиа – еще хуже. Вполне вероятно, что в ряде случаев, когда мы применяем большие дозы кардиотоников, вполне достаточно адекватной преднагрузки. И метод тотального гидробаланса должен быть взят за основу, чтобы не допускать нарушений гидробаланса. Сократимость. Катетер Сван-Ганса, который применяется уже с 1972 года, и я застал период расцвета в 1978 - 1980 году, когда только из нашего Центра вышло две или три диссертации. Что изменилось? Да конечно, многое изменилось. Во-первых, разная интерпретация вот этих всех нарушений сократимости. Разные препараты, которые мы можем применять и нивелировать разные варианты кардиотомного синдрома, который мы часто очень видим, особенно при приобретенных пороках сердца. И конечно, безусловно, микроциркуляция, постнагрузка, о которой Михаил Михайлович долго очень говорил. Метод Сван-Ганца будет позволять ее контролировать.

Нередко мы видим, когда ОПСС меньше шестисот или пятисот, применяют кардиотоническую поддержку, когда надо применять вазопрессорную поддержку. Все предложенные методы дают анестезиологам более грамотно подходить к этому вопросу. При этом в заключение я хотел бы попросить всех членов ученого совета поддержать эту работу. Я считаю, что Михаил Михайлович достоин ученого звания доктора медицинских наук.

Председатель:

– Спасибо Михаил Борисович! Есть еще желающие обменяться мнениями? Нет желающих. Тогда, Михаил Михайлович, Вам предоставляется заключительное слово.

Рыбка М.М. – диссертант – заключительное слово:

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович! Члены диссертационного совета! Коллеги! Мне бы хотелось выразить искреннюю благодарность своему научному консультанту и руководителю, директору института, Лео Антоновичу Бокерия за возможность проводить исследования и за настойчивую, стимулирующую моральную поддержку. Так же хотелось бы сказать слова благодарности в адрес научного консультанта, Галины Васильевны Лобачевой и сказать ей спасибо за помощь и мудрые советы, которыми она много раз меня поддерживала по ходу выполнения этой работы. Огромное спасибо сотрудникам отделения анестезиологии, при чьем непосредственном участии выполнялось лечение множества этих пациентов. Все службы, соединенные в операционном блоке, конечно же, тоже заслуживают признательности и слов благодарности: отделение перфузии, лабораторная служба, благодаря чьим усилиям оказался возможен набор данного материала. Огромное спасибо Михаилу Борисовичу Ярустовскому за его неравнодушную позицию и многостороннее обсуждение. Сотрудникам отделения реанимации также слова благодарности. Я очень рад возможности работать в таком замечательном коллективе, который называется Бакулевский институт. Спасибо большое!

Председатель:

– Спасибо, Михаил Михайлович. Вопрос передается на тайное голосование. Нам необходимо выбрать счетную комиссию. Предлагаются следующие кандидатуры: председатель – доктор медицинских наук, профессор Ким Алексей Иванович, доктор медицинских наук, профессор Камбаров Сергей Юрьевич и доктор медицинских наук, профессор Купряшов Алексей Анатольевич. Есть другие предложения? Прошу голосовать. (Проводится голосование. Счетная комиссия избирается единогласно). Прошу приступить к процессу голосования.

– Происходит процедура тайного голосования –

Председатель:

– Слово предоставляется председателю счетной комиссии, доктору медицинских наук, профессору Киму Алексею Ивановичу для оглашения результатов тайного голосования. Пожалуйста.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Ким Алексей Иванович – оглашает:

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович! Члены ученого совета! Глубокоуважаемый диссертант! Коллеги! Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по защите диссертации Рыбки Михаила Михайловича на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности «анестезиология и реаниматология», шифр 14.01.20. Состав диссертационного совета – в количестве 23 человек. На заседании присутствовал 17 членов совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации «анестезиология и реаниматология» – 5 человек.

Роздано бюллетеней – 17;

Не розданных бюллетеней – 6;

В урне – 17 бюллетеней.

Результаты голосования:

«За» – 17

«Против» – нет

Недействительных бюллетеней – нет.

Председатель:

– Кто за то, чтобы утвердить протокол счетной комиссии, прошу голосовать. (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии принимается единогласно). Нам необходимо зачитать проект заключения по диссертации. Пожалуйста, Динара Шавкатовна.

Ученый секретарь – зачитывает проект заключения диссертационного совета Д 001.015.01 по диссертации Рыбки Михаила Михайловича «Органная дисфункция и синдром полиорганной недостаточности после операций на сердце в условиях искусственного кровообращения», по специальности: 14.01.20 – «анестезиология и реаниматология».

– Рассмотрев материалы диссертации, диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: разработан новый комплексный подход к анестезиологическому обеспечению операций на сердце с применением искусственного кровообращения, позволяющий улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения; доказана целесообразность использования биомаркеров для ранней диагностики повреждения миокарда и определения лечебной тактики, направленной на снижение частоты развития органной дисфункции в послеоперационном периоде, введен в практику новый способ управления сосудистым тонусом во время искусственного кровообращения, предложен алгоритм учета баланса жидкости во время кардиохирургических вмешательств, определено влияние цель-ориентированной терапии центральной гемодинамики и сосудистого тонуса на оптимизацию анестезиологического подхода к ведению пациентов в постперфузионном и раннем послеоперационном периоде.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: доказана взаимосвязь развития органной дисфункции с интраоперационным повреждением миокарда на основании детекции маркерных веществ; применительно к проблематике диссертации результативно использован

комплекс методов исследования (общеклинические, биохимические, методы мониторинга тканевой перфузии, измерение параметров центральной гемодинамики) и современных методов статистической обработки материала; изложены основные возможности мониторинга состояния тканевой перфузии у кардиохирургических больных, изучены возможности регуляторного воздействия на состояние микроциркуляции во время операций с искусственным кровообращением; проведена модернизация существующих анестезиологических подходов к интраоперационному ведению кардиохирургических больных.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: разработаны и внедрены в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ протоколы анестезиологического обеспечения кардиохирургических операций, выполняемых при ишемической болезни сердца, патологии клапанного аппарата, нарушениях ритма, гипертрофической кардиомиопатии, аневризмах восходящего отдела и дуги аорты у пациентов различных возрастных групп; определены перспективы дальнейшего практического использования разработанных и апробированных лечебно-диагностических методов; представлены направления по дальнейшему улучшению результатов ведения пациентов в интраоперационном периоде.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: теоретические положения, изложенные в диссертации, согласуются с опубликованными клиническими исследованиями, посвященными проблеме развития органной дисфункции и полиорганной недостаточности после кардиохирургических операций, но значительная часть результатов является абсолютно новой; идея работы базируется на анализе практической деятельности и обобщает клинический опыт ФГБУ «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ по диагностике и профилактике послеоперационных осложнений у кардиохирургических больных; установлено качественное и количественное совпадение авторских результатов с данными, представленными

в независимых источниках по рассматриваемой тематике, использованы достаточный объем клинического материала (1287 пациентов), а также современные методы сбора и обработки исходной информации.

Личный вклад соискателя состоит в планировании и организации исследований, самостоятельном сборе исходных данных, их обработке и интерпретации, подготовке публикаций по выполненной работе.

В результате, на заседании 21 октября 2016 года диссертационный совет принял решение присудить Рыбке Михаилу Михайловичу ученую степень доктора медицинских наук.

Председатель:

– Кто за то, чтобы утвердить данный проект заключения, прошу голосовать. (Проводится голосование. Заключение диссертационного совета принимается единогласно). Заключение прилагается.

– Михаил Михайлович, я поздравляю Вас с успешной защитой докторской диссертации. Желаю дальнейших успехов в нашем врачебном деле, успехов в науке и в личной жизни. Спасибо!

Председатель:

Заместитель председателя диссертационного
совета Д 001.015.01, доктор медицинских наук,
академик РАН

 Подзолков В.П.

Ученый секретарь диссертационного
совета Д 001.015.01,
доктор медицинских наук



 Газизова Д.Ш.

21 октября 2016 г.