

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ХИРУРГИИ ИМ. А.Н. БАКУЛЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СТЕНОГРАММА № 9

заседания Диссертационного Совета Д 001.015.01

от 29 марта 2019 года

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЗАСЕДАНИЯ:

председатель

Диссертационного совета,

доктор медицинских наук,

академик РАН

Бокерия Лео Антонович

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Бурова Артема Александровича на тему:

**«Совершенствование анестезиологическо-реанимационной помощи
детям с врожденной диафрагмальной грыжей в условиях
перинатального центра»**

по специальности 14.01.20 – анестезиология и реаниматология

Москва – 2019

**Председатель заседания – председатель Диссертационного совета,
доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:**

– Уважаемые коллеги, на заседании Диссертационного совета
присутствуют:

№	Ф.И.О.	Учёная степень, шифр специальности в совете	
1	Бокерия Лео Антонович	доктор мед. наук, 14.01.26	Председатель Диссертационного совета, председатель заседания
2	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук, 14.01.26	Заместитель председателя Диссертационного совета
3	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук, 14.01.20	Заместитель председателя Диссертационного совета
4	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук, 14.01.05	Ученый секретарь Диссертационного совета
5	Аракелян Валерий Сергеевич	доктор мед. наук, 14.01.26	
6	Аронов Давид Меерович	доктор мед. наук, 14.01.05	
7	Бокерия Ольга Леонидовна	доктор мед. наук, 14.01.05	
8	Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук, 14.01.05	
9	Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук, 14.01.05	
10	Камбаров Сергей Юрьевич	доктор мед. наук, 14.01.26	
11	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук, 14.01.20	
12	Лобачева Галина Васильевна	доктор мед. наук, 14.01.20	
13	Маликов Виктор Евсеевич	доктор мед. наук, 14.01.05	
14	Муратов Равиль Муратович	доктор мед. наук, 14.01.26	
15	Никитин Евгений Станиславович	доктор мед. наук, 14.01.20	
16	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук, 14.01.26	
17	Скопин Иван Иванович	доктор мед. наук, 14.01.26	
18	Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук, 14.01.20	
19	Шаталов Константин Валентинович	доктор мед. наук, 14.01.26	

Уважаемые коллеги! Всего из 23 членов совета, утвержденного приказом председателя ВАК Российской Федерации, у нас присутствует 19 членов совета – таким образом, количественный кворум обеспечен. По специальности «анестезиология и реаниматология» - 14.01.20 присутствует 5 членов совета – качественный кворум обеспечен также. И мы правомочны начать работу. Объявляю заседание нашего совета открытым.

На повестке дня у нас защита диссертации Бурова Артема Александровича на тему: «Совершенствование анестезиологическо-реанимационной помощи детям с врожденной диафрагмальной грыжей в условиях перинатального центра» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «анестезиология и реаниматология» - 14.01.20.

Научный руководитель:

Байбарина Елена Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Официальные оппоненты:

Острейков Иван Федорович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения

Российской Федерации (специальность «анестезиология и реаниматология» - 14.01.20);

Цыпин Леонид Ефимович – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (специальность «анестезиология и реаниматология» - 14.01.20).

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации».**

Слово предоставляется ученому секретарю.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает материалы, содержащиеся в личном деле соискателя. Отмечается, что материалы личного дела и документы предварительной экспертизы соответствуют требованиям «Положения» Высшей аттестационной комиссии при Министерстве образования и науки Российской Федерации.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Есть какие-нибудь вопросы по справке? Нет. Артем Александрович, Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений Вашей работы.

Буров Артем Александрович (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо. Коллеги, какие есть вопросы?

У меня есть такой простой вопрос: Вы могли бы клинически охарактеризовать, что такое синдром гипоплазии легких?

Буров А.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Лео Антонович! Синдром гипоплазии легких это неразвитие легкого внутриутробно вследствие компрессии и вызванное снижением как общего количества легочной ткани, так и сосудистого русла легкого. Это вызывает развитие уже после рождения у ребенка тяжелой формы так называемой врожденной легочной гипертензии по классификации.

Председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Это я понимаю. Просто в количественном выражении меня интересует – какая-то есть информация, какой процент легочной ткани, после которого считается, что гипоплазия?

Буров А.А. (соискатель):

– В процентном соотношении были исследования по рентгенографии, которые в период новорожденности, к сожалению, крайне тяжело рассмотреть по причине того, что мы сейчас используем более агрессивную высокочастотную искусственную вентиляцию легких, и мы расправляем легкие. И со специалистами лучевой терапии мы не смогли найти такое количественное значение, при котором мы говорим – тяжелая гипоплазия легких. Но с патоморфологами на фоне инновационного применения МРТ-исследования после смерти ребенка нам удалось получить цифру, что менее 20 % легких значит 100%-ный летальный исход. И пока мы, к сожалению, остановились только на этих цифрах.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– По крайней мере, должен быть какой-то ориентир, на мой взгляд. Потому что у нас есть такой синдром гипоплазии левых отделов сердца, когда нет митрального клапана, левого желудочка практически нет, аорта 2 мм. Мы не можем сделать радикальную коррекцию, мы делаем гемодинамическую коррекцию, и ребенок живет с одним желудочком и т.д. Поэтому мне как раз это, конечно, очень интересно, тем более, что там вполне может быть, что может быть какая-то сочетанная патология с сердцем и т.д. и т.п. Но это уже, просто, чтобы не затягивать, очень интересная тема, и я не мог не задать этот вопрос.

Коллеги, еще есть вопросы? Пожалуйста, доктор медицинских наук, профессор Муратов Ренат Муратович.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Муратов Р.М.:

– У меня такой вопрос, он может показаться дилетантским. У меня складывается впечатление, что выбор техники закрытия диафрагмальной грыжи лапаротомно и торакоскопически был случаен, может быть, на основании временного отрезка времени, когда более ранняя одна методика, сейчас – другая. Какие критерии все-таки в Вашем материале выбора методики закрытия торакоскопически или лапаротомии?

Буров А.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Ренат Муратович! На данный промежуток времени нами определены критерии: возможность проведения эндоскопической операции; нахождение ребенка на традиционной искусственной вентиляции легких; отсутствие в терапии легочной гипертензии ингаляций оксида азота; и применение не более 2 препаратов вазопрессорно-инотропной поддержки. Если по тяжести состояния ребенок переходит на высокочастотную искусственную вентиляцию легких или на экстракорпоральную мембранную оксигенацию или подключается одновременно 3 и более препарата кардиотонической терапии – нами

принимается решение об операции в условиях реанимационного зала, не перемещая ребенка в операционную.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Понятно. Спасибо большое. Вопрос имеет Галина Васильевна Лобачева, она у нас реаниматолог-анестезиолог по маленьким детям.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Лобачева Г.В.:

– Артем Александрович, скажите, пожалуйста, все 107 детишек были диагностированы пренатально или были дети, которые были привезены из других клиник?

Буров А.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Галина Васильевна! В данное исследование вошли только дети, которые были рождены в нашем центре.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Лобачева Г.В.:

– То есть ожидаемые дети, которых Вы уже принимали, зная об этой патологии?

Буров А.А. (соискатель):

– Мы знали предварительно и об этой патологии, и все беременные прошли пренатальное консультирование с оценкой тяжести и возможного прогноза по степени течения заболевания на пренатальном консилиуме нашего центра. И при рождении данного ребенка совместно с акушерами-гинекологами принималось решение о типе и способе родоразрешения и времени. И в родильный зал отправлялась усиленная бригада из 2 анестезиологов-реаниматологов, владеющих всеми возможными...

Член диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Лобачева Г.В.:

– Но, тем не менее, у Вас есть женщины, которые сами рожали, то есть без кесарева сечения.

Буров А.А. (соискатель):

– В данной группе мы не ставили цель определить зависимость исхода от типа и способа родоразрешения. Но анализируя данные, мы можем сказать, что не зависит тяжесть состояния ребенка с врожденной диафрагмальной грыжей от способа и типа родоразрешения. Самопроизвольные роды у нас были у 64 % и соответственно в меньшем количестве – кесарево сечение. И все кесаревы сечения проводились только по акушерским показаниям.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Лобачева Г.А.:

– Артем Александрович, трое детей не дождалось операции, но, тем не менее, им оказалось пособие – это и искусственная вентиляция, и кардиотоническое пособие, то есть всё, что положено при этой патологии. Чем Вы объясняете такую летальность именно у этих 3 детей?

Буров А.А. (соискатель):

– В дооперационном периоде умерло 22 ребенка, 3 детей умерло в послеоперационном периоде. Все дети, которые умерли в дооперационном периоде, а это 22 ребенка, все они имели критическую степень гипоплазии легких, которая не давала возможности даже при использовании экстракорпоральной мембранной оксигенации росту легкого, шло нарастание осложнений при проводимой интенсивной терапии (нарастание дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности) мы не имели возможности стабилизировать состояние ребенка для проведения необходимого оперативного вмешательства. И дети умирали.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Лобачева Г.В.:

– И последний вопрос: я правильно поняла, что Вы принимаете решение об оперативном лечении в первые 24 часа?

Буров А.А. (соискатель):

– Мы принимаем решение об оперативном вмешательстве, как только мы достигли стабилизации по 5 показателям: оксигенация, гемодинамика легочной гипертензии, темп диуреза и отсутствие метаболических нарушений. И принимаем мы решение совместно с хирургами, что ребенок достигает стабильности, и остаются неизменными эти показатели в течение 24 часов. И в данном случае мы принимаем решение об оперативном вмешательстве. Срок предоперационной подготовки по данным нашего центра составляет в редких случаях и до 12 суток жизни.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Лобачева Г.В.:

– Спасибо.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– У меня такой вопрос. По продолжительности, у меня как-то не бросилось в глаза, отличаются как-то по времени торакоскопическая и открытая операция? И имеет ли это значение?

Буров А.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Лео Антонович! Продолжительность торакоскопической операции превышала лапаротомическую в 1,4 раза. Это вызвано более сложной технической...

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Это понятно. Это имело значение для исходов?

Буров А.А. (соискатель):

– Для исходов это не имело значения. Если дети были стабильны для проведения торакоскопической операции, то летальность в группе торакоскопических операций отсутствовала.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Понятно. Коллеги, еще есть вопросы? Пожалуйста, профессор Бокерия Ольга Леонидовна.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Бокерия О.Л.:

– Я так понимаю, что смысл был в том, чтобы разработать именно протокол реанимационно-анестезиологических мероприятий для ведения таких пациентов. Не могли бы Вы кратко с точки зрения стратегического подхода пояснить, чем этот протокол отличался от обычного протокола?

Буров А.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Ольга Леонидовна! В нашем исследовании взят временной промежуток, когда до 2011 года у нас отсутствовал протокол ведения диафрагмальных грыж, и он отсутствовал и по данным зарубежной литературы и Международной группы специалистов по исследованию врожденной диафрагмальной грыжи, в которую мы входим. И стратегически в данном нашем протоколе поэтапно проведена оценка по пренатальной диагностике, когда мы можем по данным пренатальной диагностики определить тактику, начиная с родильного зала – требуется ли проведение усиленной реанимационной помощи с применением технологии интубации на непережатой пуповине. Далее, получая данные о первых сутках жизни, когда мы по типу респираторной поддержки и объему гемодинамической поддержки ребенка мы понимаем, в какую группу он со временем пойдет – в торакоскопическую операционную на операцию или на лапаротомию. И мы определяем пошаговый алгоритм, в том числе лечения легочной гипертензии, что до нашего исследования не было определено для данной группы

категории детей. А также одной из особенностей нашего протокола является то, что мы впервые заговорили о защитной функции постоперационного гидроторакса и не требующего постановки плеврального дренажа, который также внес достаточно мощный вклад в снижение летальности в данной группе детей.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Какие препараты применяются для лечения легочной гипертензии у таких детей?

Буров А.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Лео Антонович! Мы применяем весь спектр возможной терапии и пошагово в выпущенных нами же совместно с группой специалистов по легочной гипертензии клинических рекомендациях. Стартовым препаратом является ингаляция оксида азота с последующим подключением ингибиторов фосфодиэстеразы 5. Если требуется третий уровень подключения препаратов, то подключаются антагонисты эндотелиновых рецепторов E1. И при возникновении легочно-гипертензионного криза мы рекомендуем подключать инодилятатор Левосимендан в случае отсутствия в нашей стране препарата Милринона. И именно посредством сочетания поэтапного подключения по опыту взрослых кардиологов и специалистов легочной гипертензии нам удалось стабилизировать детей с легочной гипертензией и получать значимые эффекты.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Вы знаете, у нас есть вообще отделение легочной гипертензии здесь для врожденных пороков сердца. Поэтому для нас эта темы общие, интересные такие, важные очень.

Коллеги, еще есть вопросы? Пожалуйста, вот как раз профессор Сергей Валерьевич Горбачевский, заведует этим отделением.

Заведующий отделением хирургического лечения заболеваний сердца с прогрессирующей легочной гипертензией ФГБУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Горбачевский С.В.:

– Артем Александрович, спасибо огромное за интересное сообщение в рамках Вашей диссертации! Маленький вопрос: у этих пациентов были открытые артериальные протоки? И если да, то какая тактика у Вас в отношении этой ситуации?

Буров А.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Сергей Валерьевич! У данной категории детей, которые вошли в наше клиническое исследование, определялся открытый артериальный проток, но мы не представили данные. По опыту открытый артериальный проток закрывался к 10-12-м суткам после операции, когда легочная гипертензия в группе детей, у кого она возникала, уходила на убыль, и мы могли поэтапно отключать препараты целенаправленной вазоактивной терапии. К сожалению, дети, которым потребовалось закрытие открытого артериального протока, не вошли в наше исследование. Но мы будем готовиться описать и эти случаи.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Но впереди же докторская, правильно.

Коллеги, есть еще вопросы? (Нет). Спасибо большое. Я думаю, что вопросов на самом деле у нас больше, конечно, в смысле с точки зрения обогащения собственного интеллекта. Но поскольку сегодня идет защита, здесь малая толика членов коллектива, естественно присутствует только ученый совет.

По протоколу мы должны заслушать сейчас выступление научного руководителя, но ее нет Елены Николаевны. Как мы поступим? Не хочет ли Геннадий Тихонович?

Директор ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, доктор медицинских наук, академик РАН Сухих Г.Г.:

– Я с удовольствием бы это сделал. Но мне кажется, что присутствующий профессор Бокерия Екатерина Леонидовна, которая очень много сделала для развития и финального завершения, была бы более объективна, и это было бы более справедливо.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик Бокерия Л.А.:

– Интересно, такой секрет в семье, оказывается, хранился, а я ничего не знал.

Заведующий 2-м отделением патологии новорожденных и недоношенных детей ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, доктор медицинских наук Бокерия Е.Л.:

– Спасибо, Геннадий Тихонович! Я прошу прощения, наверно, я не была готова и не очень знаю, что я должна сказать в этой ситуации.

С точки зрения работы я считаю, что она, прежде всего, очень нужна и нужна она перинатальным центрам, регионам, акушерским стационарам и детским больницам, потому что объективно, к сожалению, эти дети, даже будучи пренатально диагностированными, и понимая их дальнейшую судьбу, отсутствие этого разработанного алгоритма и протокола не позволяет достигнуть тех показателей выживаемости, которые есть сейчас в нашем центре.

И то, что сказал Артем Александрович относительно индексов пренатальной и постнатальной выживаемости, крайне важно, потому что, по

сути, существует 2 типа диафрагмальной грыжи с наличием печени в грыжевом мешке и отсутствием. И как только мы видим на пренатальном консилиуме такую пациентку, мы понимаем, что это крайняя тяжесть состояния и здесь очень важно соблюсти все рекомендации, которые были показаны, включая интубацию на непережатой пуповине. И отвечая на вопрос Галины Васильевны, в данной ситуации эта пациентка будет разрешаться, скорее всего, путем операции кесарева сечения.

Директор ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, доктор медицинских наук, академик РАН Сухих Г.Т.:

– Лео Антонович, спасибо огромное! Очевидно, мне придется присоединиться и быть неординарным в такой прекрасной компоновке, и я просто пользуюсь случаем постоять рядом с очень заметной и интеллектуальной коллегой.

Нас просили дать характеристику диссертанту. Я хочу сказать очень коротко, Лео Антонович. Артем Александрович блестящий воспитанник Центра, всех его традиций. Он бесконечно много сделал, несмотря на его юный возраст, в суммарном становлении неонатологии в Центре, а значит в стране. И я, может быть, сказал одной фразой – он не работает, а он служит Центру и профессии.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо большое!

Заведующий 2-м Отделением патологии новорожденных и недоношенных детей ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, доктор медицинских наук Бокерия Е.Л.:

– Спасибо. Но я добавлю, тем не менее, характеризуя Артема Александровича, как человека, отмечу, что он выезжает на каждую

пациентку, которая имеет диафрагмальную грыжу, и участвует по полной программе от начала до конца. Поэтому я думаю, что это характеризует его именно так.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо большое!

Слово предоставляется ученому секретарю для оглашения письменных отзывов, поступивших в наш Ученый совет на диссертацию и автореферат.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает:

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (в заключении диссертация рекомендуется к защите, заключение прилагается).

2. Отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (отзыв положительный, не содержит замечаний, прилагается).

3. Отзывы на автореферат от:

- заместителя директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук Крючко Дарьи Сергеевны;

- заведующего кафедрой анестезиологии-реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства

здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора Александровича Юрия Станиславовича;

- заведующего кафедрой неонатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора Дегтярева Дмитрия Николаевича;

- профессора кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора Степаненко Сергея Михайловича;

- заместителя главного врача по медицинской части ГБУЗ города Москвы «Городская детская клиническая больница № 13 имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», кандидата медицинских наук Афукова Ивана Игоревича.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо. Очень хорошие отзывы, все понятно.

Разрешите предоставить слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Ивану Федоровичу Острейкову.

Доктор медицинских наук, профессор Острейков Иван Федорович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, принципиальных замечаний не содержит, прилагается).

Оппонентом в ходе выступления высказаны замечания и пожелания непринципиального характера:

В работе представлено большое количество методов статистической обработки. Почему это сделано? Все-таки больные разбиваются на группы, и получается, что есть малые группы, в которых малое количество пациентов. И поэтому невозможно, допустим, традиционно с использованием

стандартных статистических методик доказать достоверность, и поэтому применяются дополнительные методики. Но обсуждение данного вопроса в каждом разделе все-таки затрудняет чтение, потому что приходится возвращаться, разбираться, какая методика применялась в данном конкретном случае. Хотя это в итоге дает отличный результат в плане достоверности проведенного исследования.

В отношении шестого вывода: «Наличие послеоперационного гидроторакса на стороне поражения является защитной реакцией организма и уменьшает частоту послеоперационных осложнений» у оппонента возникла идея о возможности дренирования до пневмоторакса и изменения режимов вентиляции, что позволит изменить пиковое давление и сопротивление на выдохе.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо большое! Пожалуйста, Артем Александрович, Вам слово для ответа.

Буров А.А. (соискатель):

- Глубокоуважаемый Иван Федорович! Спасибо большое за глубокую оценку проведенного нами исследования!

В рамках заданных вопросов я хотел бы сделать комментарий по поводу послеоперационного гидроторакса. Здесь нами была выработана тактика, что постепенное снижение и уменьшение естественным способом гидроторакса резорбции жидкости из плевральной полости дают возможность более плавного расправления гипоплазированного легкого в послеоперационном периоде. Это требует, возможно, еще более глубокого анализа и дальнейших клинических исследований.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Вы удовлетворены ответом?

**Доктор медицинских наук, профессор Острейков И.Ф.
(официальный оппонент):**

– Я удовлетворен, спасибо.

**Председатель заседания – председатель Диссертационного совета,
доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:**

– Спасибо. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Леониду Ефимовичу Цыпину, которого сегодня уже цитировал первый оппонент.

**Доктор медицинских наук, профессор Цыпин Леонид Ефимович
(официальный оппонент)** зачитывает отзыв (отзыв положительный, принципиальных замечаний не содержит, прилагается).

В выступлении содержатся следующие пожелания:

Оппонент высказал пожелание о том, что результаты, полученные в диссертационной работе, должны быть обязательно изданы либо в методических рекомендациях, либо в пособии. Потому что в данной информации нуждаются все перинатальные центры страны, поскольку они не имеют возможности получить такую информацию самостоятельно.

Оппонент уверен в том, что следует немножко поработать над диссертацией, довести ее до докторской, а потом уже издать монографию.

**Председатель заседания – председатель Диссертационного совета,
доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:**

– Спасибо большое, Леонид Ефимович! Пожалуйста, Артем Александрович, Вам слово для ответа.

Буров А.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Леонид Ефимович! Большое спасибо за отзыв на проведенное нами исследование! И Ваш совет по выполнению монографии и дальнейшей диссертационной работы, возможно, докторской будет выполнен.

Доктор медицинских наук, профессор Цыпин Л.Е. (официальный оппонент):

– Молодец, приветствую!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо. Уважаемые члены Ученого совета! Есть ли желающие выступить? Пожалуйста, профессор Галина Васильевна Лобачева.

Член диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Лобачева Г.В.:

– Уважаемый Лео Антонович, коллеги! Сегодня замечательный день для анестезиологии и реанимации. Потому что все мы с вами знаем, что если 10 диссертаций хирургических, 8 кардиологических, то одна будет реанимационная и это будет праздник, это будет хорошо. Вот сегодня мы с вами на этом празднике присутствуем.

Сама тема она очень сложная, она ювелирная, она каторжная – выходить одного новорожденного крайне-крайне тяжелый труд, а если у него нет осложнений, а если он уже рожден с осложнением и не с одним, то, конечно, вся бригада, если особенно есть опытные люди, работает на 100 %. Посмотрите, и я недаром спросила, диагностика была сразу, и было выяснено, что у этих женщин есть проблема с детишками. И их уже принимают профессионалы, которые знают последовательность своих действий.

Оксигенация – конечно, это принципиальный вопрос, потому что оксигенация это не просто то, как работают легкие, а это жизнь всех органов, в том числе и мозг, и почки, и печень, то есть весь комплекс. Чуть-чуть запоздал – и вы получаете полиорганную недостаточность. Переход на высокочастотную искусственную вентиляцию – это как жест отчаяния, потому что это уже крайняя степень дыхательной недостаточности и ситуация накалена, она уже становится очень опасной. А переход, конечно,

на ЭКМО, как говорит наш учитель Лео Антонович – это мостик, это мостик пересадки, как правило. И действительно, если есть возможность и надежда на то, что функция этого органа восстановится, тогда это имеет действительно смысл, иначе это безумно дорого и возможны еще большие осложнения.

Я хочу призвать вас поддержать эту диссертацию, потому что это человек не со стороны, мы его знаем, он у нас работал, он у нас проходил практику, навыки, причем человек, который интересующийся, не просто стоящий руки в карманах и со стороны наблюдающий, а принимающий участие с первых шагов, и интересовался в том числе и высокочастотной искусственной вентиляцией.

Революцию произвел оксид азота. Как только он появился – появилась надежда выходить этих детей с легочной гипертензией, а дальше появились все новые и новые препараты, которые поэтапно, постепенно, пошагово включаются в терапию.

Поэтому я хочу всех нас поздравить с тем, что у нас появились такие люди, которые могут и уже делают большие дела. А когда в руках есть протокол, есть алгоритм действий и на дежурстве есть не всегда же люди, которые уже отработали много-много лет, Иван Федорович, правда же, а есть и молодые люди, поэтому они, имея на руках протокол, будут действовать.

Я в восторге просто, Лео Антонович, потому что нам так редко удается получить хорошую диссертационную работу по этой специальности. Поэтому, господа, голосуем!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо. Коллеги, кто еще хотел бы выступить? Пожалуйста, доктор медицинских наук, профессор Сергей Валерьевич Горбачевский.

Заведующий отделением хирургического лечения заболеваний сердца с прогрессирующей легочной гипертензией ФГБУ «НМИЦ

сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Горбачевский С.В.:

– Буквально в двух словах. Уважаемый Лео Антонович! На Ваш вопрос к диссертанту, насколько он знает о нашем центре...

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Я уже увидел.

Заведующий отделением хирургического лечения заболеваний сердца с прогрессирующей легочной гипертензией ФГБУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Горбачевский С.В.:

– Да, я готов сказать, что в принципе я знаком с этой работой с момента начала этой работы, с самого-самого начала, когда еще не было вообще никаких представлений о том, что делать с этими детьми, я имею в виду, что я о легочной гипертензии говорю, как человек, который немножко разбирается в этом. И наше собственно знакомство началось со звонков – со звонков диссертанта к нам с вопросами «Что делать?». И если сейчас Артем Александрович ездит и консультирует где-то, то, я думаю, что это где-то лет десять назад было.

Я несколько раз ездил в этот великолепный центр, и втроем Дмитрий Николаевич, Артем Александрович и я, мы решали вопрос, какую терапию выбирать и как лечить этих пациентов. И как показывает сейчас диссертант, в целом получилась великолепная программа лечения этих больных с легочной гипертензией.

И я хочу сказать, что, конечно, колоссальный вклад вложил Артем Александрович в разработку и в терапию легочной гипертензии, и написаны рекомендации, кстати, которые также в какой-то степени базировались на наших рекомендациях. Почему я говорю об этом долго? Всё Off label.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик Бокерия Л.А.:

– What this means «Off label»?

Заведующий отделением хирургического лечения заболеваний сердца с прогрессирующей легочной гипертензией ФГБУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Горбачевский С.В.:

– У детей в России не лицензировано использование ряда препаратов ЛАГ-специфических, которые мы все-таки используем. Это я имею в виду.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик Бокерия Л.А.:

– Понятно.

Заведующий отделением хирургического лечения заболеваний сердца с прогрессирующей легочной гипертензией ФГБУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Горбачевский С.В.:

– А результаты потрясающие. И после этого еще Артем Александрович продолжал дальнейшую разработку, он ездил, изучал, как используется ЭКМО. Внедрили они это ЭКМО в свою профессию и вот результат.

Поэтому я опять же очень коротко хочу попросить всех поддержать, прежде всего, членов Ученого совета выразить положительное решение.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо большое. Доктор медицинских наук Никитин Евгений Станиславович, заведующий отделением реанимации врожденных пороков сердца.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук Никитин Е.С.:

– Уважаемый Лео Антонович, уважаемые члены ученого совета, коллеги! На чем бы мне хотелось остановиться? То, что эта тема актуальная и не вызывает никаких сомнений, поскольку самое прекрасное, что может быть – это, конечно, новорожденный ребенок и для мамы это счастье. Но когда он рождается с какой-то патологией – это страшно. И есть такая патология, которую нужно корректировать сразу, иначе, к сожалению, ребенка можно потерять. И может быть, здесь нужно более резкие меры принимать, потому что задержаться в данной ситуации – можно ребенка потерять.

Поэтому работа актуальная. И самое главное, что создан алгоритм, который позволяет уже резко снизить процент летальности и позволить выходить большее количество этих детишек и подарить их родителям.

На чем бы мне хотелось акцентировать внимание? Я думаю, что в этой аудитории все знают, что внутриутробные легкие они все равно коллабированы, они, конечно, развиваются, но они коллабированы, они начинают расправляться при первом вдохе, когда ребенок рождается. А пока он в матке и плацента не отошла, он питается с помощью ее крови, оксигенированной крови.

Интересной была бы мысль, конечно, внутриутробно на каком-нибудь восьмом месяце соперировать и торакоскопически устранить этот дефект и подождать, пока там легкое еще месяц будет развиваться, и возможно будет хороший результат. Но мне кажется, что если этот ребенок рождается, и все знают уже, что с этой патологией рождаются, я думаю, что степень ухудшения его состояния зависит только от того, насколько это диафрагмальное отверстие высоко, то есть большое, и насколько больший объем кишечника заполняет эту плевральную полость. Ведь все проблемы, правильно заметили, связаны с тем, что здесь не только то или другое легкое будет частично коллабировано, эктазировано, но и смещено сердце и сосудистый пучок. Поэтому это и приводит к нежелательной гемодинамике.

И вазопрессор здесь просто способствует поддержанию какого-то системного давления, чтобы он не погиб и снижая преднагрузку для правого желудочка, постнагрузку для правого желудочка они никак не снижают. Поэтому мне кажется, что у тех детишек, которые идут более катастрофичные, у которых в плевральной полости достаточно большое количество содержимого брюшной полости, мне кажется, что операция должна быть сделана моментально быстро для того, чтобы устранить этот дефект, убрать оттуда органы. И второй аспект – мне кажется, что здесь должна быть все-таки раздельная интубация, и на здоровом легком не стоит делать тот жесткий режим вентиляции, который приводит к баротравме и потере сурфактанта, а потом и к ОРДС. Поэтому если легкие будут вентилироваться по-разному, и здоровое легкое будет находиться в нужном режиме, вы понимаете такую вещь, что правый желудочек он может справиться и с давлением 170 и продержится какое-то время, и он это выдерживает, мы это видели на примере пороков с изолированным ИСЛА, когда там полости нет, а он выдерживает огромное сопротивление, да и больные с первичной легочной гипертензией, когда имеют высокое давление. А вот если мы с вами тот же оксид азота, который снимает постнагрузку, позволяет. Ведь ребенок родился, у него давление легочное высокое, ведь он же внутриутробно наоборот запрограммирован на то, чтобы там кровотока не было, там идет только бронхиальное кровоснабжение паренхимы легких, чтобы она развивалась.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Евгений Станиславович, Вы меня извините, давайте мы по существу диссертации.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук Никитин Е.С.:

– Да, я хочу просто направления некоторые сказать им. Потому что, мне кажется, что вазодилататоры здесь ошибочны в том плане, что Вы делаете шунтирование, Вы нарушаете вентиляционно-перфузионное соотношение, только оксид азота. Поэтому тогда будут раскрываться сосуды только в вентилируемых альвеолах, но не будет резкого снижения насыщения артериальной крови кислородом. Тогда это позволит, может быть, без ЭКМО обойтись, а может с ЭКМО.

Но я только одно хочу сказать, что эта работа уникальная. И хотя бы создан тот алгоритм, который уже сейчас позволяет довольно значимо снизить летальность этой категории и пойти дальше. Правильно, не надо на этом останавливаться, надо идти к докторской и возможно продумать новые эти направления в лечении этих детей. И может быть после докторской и вообще процента летальности не будет.

Поэтому обязательно буду голосовать «за» и также призываю членов Ученого совета поддержать данную работу.

Спасибо.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо большое! Пожалуйста, Артем Александрович, ответьте неофициальным оппонентам.

Буров А.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Евгений Станиславович! Большое спасибо за новые направления. О отдельной интубации мы неонатальные анестезиологи-реаниматологи, к сожалению, по мере технических возможностей и не задумывались. Но сейчас это зерно, наверно, упадет на благодатную почву, и уже будем думать в этом направлении.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Почаще приходите в Бакулевский центр, еще и не такое услышите.

Буров А.А. (соискатель):

– Спасибо!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– А другим не отвечаете?

Буров А.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Галина Васильевна! Спасибо за отзыв! Очень важно было Ваше мнение. И правда в реанимации Бакулевского института я впервые научился работать с оксидом азота. И как сейчас помню, это дало достаточно революционное значение в выхаживании наших больных.

Глубокоуважаемый Сергей Валерьевич! С глубокой благодарностью хочу сказать Вам за помощь, поддержку! И те слова, которые я сейчас от Вас услышал – это очень важно было для моего дальнейшего развития. И надеюсь, что те моменты в лечении легочной гипертензии мы будем совместно развивать.

Спасибо.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Не уходите с трибуны, Вам предоставляется заключительное слово.

Буров А.А. (соискатель):

– В своем заключительном слове я хотел бы в первую очередь поблагодарить председателя Диссертационного совета, директора Центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева Лео Антоновича Бокерию за предоставленную возможность выступить перед уважаемыми членами ученого совета и рассмотрения и приема к защите нашего клинического исследования; ученого секретаря Динару Шавкатовну Газизову за очень полезные советы и ведущего сотрудника отдела Майю Георгиевну Курзанову за помощь на этапе подготовки диссертации.

Я хотел бы поблагодарить моего научного руководителя и наставника, которая, к сожалению, по правительственным делам сегодня не смогла посетить, Елену Николаевну Байбарину за помощь и колоссальное терпение в ожидании данной диссертационной работы.

Я хочу сказать слова благодарности моим оппонентам, нашим отцам основателям нашей профессии детской и неонатальной анестезиологии-реаниматологии. Для меня была самая большая честь, что вы были моими оппонентами.

Я хочу сказать искренние и сердечные слова благодарности директору Центра Геннадию Тихоновичу Сухих. Ваша помощь и поддержка и ожидание опять же данной работы помогают идти и на новые подвиги.

Я хотел сказать слова благодарности заместителю директора Дмитрию Николаевичу Дегтяреву, который, как и многие, я должен говорить, ожидал эту работу. Дмитрий Николаевич воплотил и помог достигнуть результата.

Хочу сказать особые слова благодарности директору Института неонатологии и педиатрии, профессору Виктору Васильевичу Зубкову за ежедневную поддержку нашей работы нашего большого неонатального института.

Хочу поблагодарить главного врача Центра Анастасию Владимировну Николаевну и директора Института акушерства Романа Георгиевича Шмакова, которые сегодня находятся на боевом посту и не смогли посетить, за колоссальную работу совместно с акушерами.

Теплые слова хочу сказать руководителю отделения хирургии новорожденных, в котором я работаю заместителем ее по анестезиологии и реаниматологии, Юлии Леонидовне Подуровской. Наш симбиоз хирургически-реанимационный дает колоссальные победы в нашей профессии.

Слова благодарности сотрудникам отделения хирургии новорожденных, которое я имею честь возглавлять по реанимационному блоку – без Вас это ничего ни получится и без такой команды тоже.

Самые искренние сердечные слова я хочу выразить профессору Екатерине Леонидовне Бокерии за Ваши советы и всестороннюю помощь – без этого работа была бы невозможна.

Слова благодарности каждому сотруднику Института неонатологии и педиатрии, всему акушерско-гинекологическому профилю, патоморфологической службе, ультразвуковому отделению, профессору А.И. Гусу, профессору В.Н. Демидову, всем хочу сказать спасибо!

Особые слова благодарности моим родителям маме и папе, они сегодня приехали – дождались.

И самые теплые слова моей жене Татьяне Андреевне Сократовой – она каждый день поддерживает меня.

Извините за эмоциональность, но мы должны помнить о своих учителях. Я хотел почтить память наших отцов, основателей академиков Виктора Аркадьевича Михельсона, Юрия Федоровича Исакова, Эдуарда Александровича Степанова и Владимира Ивановича Кулакова, которые многие-многие годы назад создали наше отделение, и благодаря которым мы можем делать и творить чудеса.

Спасибо!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо большое! Коллеги, Вопрос передается на тайное голосование. Предлагается в состав счетной комиссии: профессор Муратов Ренат Муратович, профессор Сигаев Игорь Юрьевич, профессор Купряшов Алексей Анатольевич. Если возражения? Если нет, прошу голосовать. Кто «за»? (голосуют). Кто против? (Нет). Кто воздержался? (Нет). Принято единогласно. Прошу комиссию приступить к работе.

Происходит процедура тайного голосования.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Разрешите предоставить слово председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Муратову Ренату Муратовичу для оглашения результатов тайного голосования

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Муратов Р.М. зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 9 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом Д 001.015.01 от 29 марта 2019 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук, профессор Муратов Ренат Муратович.

Члены комиссии – доктор медицинских наук, профессор Сигаев Игорь Юрьевич, доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Букова Артема Александровича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «анестезиология и реаниматология» - 14.01.20.

Состав Диссертационного совета утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации о Советах по защите докторских и кандидатских диссертаций от 2 ноября 2012 года № 714/нк (с изменениями от 24 января 2017 года 33/нк) в количестве 23 человек.

На заседании присутствовало 19 членов Совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации «анестезиология и реаниматология» - 14.01.20 – 5 человек. Роздано бюллетеней – 19, осталось не розданных – 4, оказалось в урне – 19.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Букову Артему Александровичу:

За	- 19,
Против	- нет,
Недействительных бюллетеней	- нет.

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 19 человек (из них по специальности – «анестезиология и реаниматология» - 14.01.20 – 5 человек), участвовавших в заседании из 23 человек, входящих в состав Совета (4 члена Диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – 19, «против» – нет, недействительных бюллетеней нет.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

Прошу проголосовать. Кто «за»? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

Артем Александрович, от всей души, от нашего коллектива, от нашего Ученого совета поздравляем Вас с замечательным достижением с прекрасной диссертационной работой! Также мне очень приятно, что в этом зале находятся Ваши родители, Ваша супруга, директор Центра, столь уважаемые люди. Поздравляем вас всех с этим замечательным событием!

Директор ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, доктор медицинских наук, академик РАН Сухих Г.Т.:

– Уважаемый Лео Антонович! Позвольте мне поблагодарить Вас и всех членов Ученого совета за великую честь защищать эту работу в великом совершенно учреждении, за ту колоссальную помощь, которая звучала в тренинге становления нашей анестезиологии и реаниматологии в неонатологии. Кроме этого, мне хотелось особым образом отметить, Лео Антонович, спасибо Вам и всему коллективу, потому что весь огромный

поток врожденной патологии развития плодов, особенно связанной с сердечно-сосудистой системой, 90 с лишним процентов уходят в эти замечательные стены, и мы знаем и спокойны за судьбу этих детей. Это огромная благодарность очень глубоко мотивированная!

И, наконец, последнее. Просто у нас не было бы отделения, которое стало специализироваться на выхаживании детей, определении их нехирургической судьбы, если бы не было решения и великодушного прихода в наш центр профессора Бокерии Екатерины Леонидовны. С ее приходом, а, значит, с приходом опыта колоссального вашей школы в широком плане вашего великого института мы стали заниматься этой категорией пациентов, мы переступили ту реальную черту и вступили в зону, которая называется перинатология. И это позволило сейчас принимать тех пациентов с различными нарушениями проводимости сердца, патологией миокарда. И, конечно, основываясь на этом, у нас есть мечта сделать пионерские шаги по лечению этой будущей жизни *in utero*. Огромное вам спасибо!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо большое, Геннадий Тихонович, искреннее!

Мы должны утвердить проект заключения по диссертации. Пожалуйста.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает проект заключения Диссертационного совета Д 001.015.01 по диссертации Букова Артема Александровича на тему: «Совершенствование анестезиологическо-реанимационной помощи детям с врожденной диафрагмальной грыжей в условиях перинатального центра» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «анестезиология и реаниматология» - 14.01.20:

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: разработан комплекс лечебно-диагностических мероприятий у детей с врожденной диафрагмальной грыжей в условиях перинатального центра, позволяющий снизить показатель летальности, сократить сроки госпитализации и частоту послеоперационных осложнений. Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: проведена оценка прогностической значимости индексов пренатальной диагностики ВДГ с точки зрения точности прогноза исхода и тяжести течения заболевания; определен критический объем легких при гипоплазии посредством данных посмертного МРТ-исследования; изучены частота и характер специфических жизнеугрожающих осложнений у новорожденных с ВДГ - персистирующая легочная гипертензия новорожденных и послеоперационный гидроторакс. Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: разработаны и внедрены в работу перинатального консилиума индексы пренатальной диагностики врожденной диафрагмальной грыжи (индекса компрессии сердца (ИКС) и индекса гипоплазии легких (o/e LHR)); оптимизированы объем первичной реанимационной помощи в родильном зале и тактика предоперационной терапии новорожденных с ВДГ; определены и обоснованы клинико-лабораторные критерии готовности пациента к оперативному вмешательству при ВДГ; внедрен дифференцированный подход к анестезиологическому обеспечению у новорожденных с ВДГ в зависимости от типа проводимого оперативного вмешательства. Оценка достоверности результатов исследования выявила: теоретические положения, изложенные в диссертации, согласуются с результатами статистического анализа, представляющими данные о современном подходе к выбору оптимальной тактики лечения детей с ВДГ; использованы современные методы сбора и обработки информации, достаточный объем клинического материала 107 пациентов с ВДГ. Личный

вклад соискателя состоит в сборе и анализе данных, полученных при обследовании и наблюдении за пациентами, оказание помощи на этапах периоперационного периода, обработке материала с применением статистических методов исследования, анализе литературных данных, написании основных публикаций.

Таким образом, на заседании 29 марта 2019 года диссертационный совет принял решение присудить Бурову Артему Александровичу ученую степень кандидата медицинских наук по специальности «анестезиология и реаниматология».

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Кто за то, чтобы утвердить данный проект заключения, прошу голосовать. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 19, «против» - нет, «воздержался» - нет). И теперь окончательно поздравляем Вас с вступлением в это звание!

Спасибо всем!

**Председатель заседания:
председатель**

Диссертационного Совета Д 001.015.01

**доктор медицинских наук,
академик РАН**



Бокерия Лео Антонович

Ученый секретарь

Диссертационного Совета Д 001.015.01,

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

29 марта 2019 г.