

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА 21.2.053.01, СОЗДАННОГО НА
БАЗЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О
РЕЗУЛЬТАТАХ РАССМОТРЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ О ЛИШЕНИИ АФАНАСЬЕВА
АЛЕКСЕЯ ПАВЛОВИЧА УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ
НАУК

аттестационное дело № _____
решение диссертационного совета от 26.01.2023 г № 144

В диссертационный совет 21.2.053.01, созданный на базе ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России поступило письмо Министерства науки и высшего образования Российской Федерации 13 декабря 2022 года из Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 07.12.2022 № МН-3/13284 на имя председателя совета д.м.н., профессора А.В. Базаева о рассмотрении диссертационным советом заявления к.ф.-м.н. Заякина А.В., д.б.н., профессора Гельфаида М.С. и д.ф.-м.н., профессора Ростовцева А.А. о лишении Афанасьева Алексея Павловича ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.15 травматология и ортопедия.

12 ноября 2012 года решением диссертационного совета Д 212.203.09 при ГБОУ ВО «Российский университет дружбы народов» по результатам защиты диссертации Афанасьевым А.П. на тему «Лечение пациентов с первичным латеральным вывихом надколенника» (шифр специальности 14.01.15-травматология и ортопедия) была присуждена ученая степень кандидата медицинских наук.

Диссертация выполнена на кафедре травматологии и ортопедии ГБОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор Королев Андрей Вадимович.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор Лазишвили Г.Д., доктор медицинских наук, профессор Гончаров Н.Г.

Ведущая организация: ГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Диссертационный совет 21.2.053.01 в соответствии с пунктом 68 Положения о совете по защите диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, на соискание ученой степени доктора наук, утвержденного приказом Минобрнауки России от 10 ноября 2017 года №1093 (далее – Положение о диссертационном совете), после получения извещения Минобрнауки о поступлении заявления на своем заседании 22 декабря 2022 года (протокол 143) создал комиссию диссертационного совета для изучения необходимых материалов и подготовки

проекта заключения диссертационного совета о результатах рассмотрения Заявления(далее –Комиссия) в составе:

Председатель комиссии –доктор медицинских наук, профессор Королев Святослав Борисович;

Члены Комиссии:

- доктор медицинских наук Млявых Сергей Геннадьевич

- доктор медицинских наук Николаев Николай Станиславович.

В соответствии с абзацем первым пункта 69 Положения о диссертационном совете в срок, установленный Положением, диссертационный совет 21.2.053.01 известил авторов Заявления и соискателя по электронной почте (скриншоты прилагаются).

Объявление о проведении заседания диссертационного совета было опубликовано на официальном сайте ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

Для рассмотрения представлены следующие документы: диссертация Афанасьева А.П. «Лечение пациентов с первичным латеральным вывихом надколенника», диссертация Гнелицы Николая Николаевича «Хирургическое лечение пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника», а так же Приложение к Заявлению к.ф.-м.н. Заякина А.В., д.б.н., профессора Гельфаида М.С. и д.ф.-м.н., профессора Ростовцева А.А. в виде постраничного параллельного сравнения текстов диссертационных работ Афанасьева А.П. и Гнелицы Н.Н. с выделенными совпадающими фрагментами из текстов двух данных диссертаций, которые, по мнению данных заявителей, доказывают заимствования, выполненные Афанасьевым А.П. из диссертации Гнелицы Н.Н..

При изучении и анализе предоставленной документации комиссией диссертационного совета установлено следующее.

I. Оба диссертационных исследования выполнены под руководством д.м.н., профессора Королева А.В. на кафедре травматологии и ортопедии Российского университета дружбы народов (заведующий кафедрой д.м.н., профессор Н.В. Загородний). Диссертация Гнелицы Н.Н. защищена в 2009г., диссертация Афанасьева А.П. – в 2012г.

II. Обе работы посвящены совершенствованию методов диагностики и результатов хирургического лечения патологии бедренно-надколенникового сочленения.

В работе Гнелицы Н.Н. материалом для исследования служили пациенты с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника, в работе Афанасьева А.П. пациенты с первичным латеральным вывихом надколенника.

Это дает основания предполагать, что поскольку анатомический и биомеханический объект исследования в обеих работах один и тот же, в их содержании вряд ли возможно избежать схожих или подобных частей или фрагментов текста, описывающих нормальную и патологическую анатомию и биомеханику бедренно-надколенникового сочленения. Если учесть, что в обеих работах исследуется нестабильность надколенника, но применительно к различным клиническим формам нестабильности, схожести или даже идентичности описания

многих вопросов этиологии, патогенеза, клинического проявления, инструментальной диагностики, классификации, методов диагностики, лечения и оценки результатов избежать практически невозможно.

Цель исследования Гнилицы Н.Н. - «Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника».

Цель исследования Афанасьева А.П. - «Улучшить результаты лечения пациентов с острой нестабильностью надколенника на основании клинорентгенологических и артроскопических данных, определить наиболее рациональный способ хирургической стабилизации надколенника с использованием артроскопии».

Таким образом, схожесть только в «Улучшении результатов лечения», что в прикладных клинических исследованиях практически всегда должно иметь место. Следует отметить более конкретизированную формулировку цели исследования Афанасьева А.П.

Задачи исследования Гнилицы Н.Н.:

1. Изучить особенности клинической диагностики, рентгенографической, магнитно-резонансной томографической картины и артроскопического исследования коленного сустава пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника.

2. Оценить количественные и качественные параметры латеральной нестабильности надколенника при МРТ коленного сустава и выявить наиболее чувствительный количественный параметр у пациентов, перенесших вывих надколенника.

3. Разработать показания и тактику оперативного лечения с применением малоинвазивной техники с учетом артроскопической картины и величины наиболее чувствительного количественного параметра латеральной нестабильности надколенника при МРТ.

4. Оценить исходы лечения пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника в ближайшие и отдаленные сроки после выполнения операции по данным МРТ и клинического обследования.

Задачи исследования Афанасьева А.П.:

1. Изучить отдаленные результаты лечения пациентов с острыми латеральными вывихами надколенника.

2. Выявить клинорентгенологические особенности строения бедренно-надколенникового сустава у пациентов с латеральными вывихами надколенника и определить наиболее значимые анатомические факторы, предрасполагающие к его нестабильности.

3. Изучить артроскопическую картину внутренних повреждений и определить диагностические артроскопические критерии при острых наружных вывихах надколенника.

4. Определить оптимальный способ артроскопической коррекции травматического латерального вывиха надколенника.

5. Провести сравнительный анализ результатов консервативного и артроскопического лечения пациентов с острыми наружными вывихами надколенника.

При сравнении задач очевидно их различие и более конкретная и четкая формулировка задач исследования Афанасьева А.П. Можно отметить неудачную (незаконченную) формулировку третьей задачи у Афанасьева А.П.

Научная новизна исследования Гнелицы Н.Н.:

- Выявлен наиболее чувствительный количественный параметр латеральной нестабильности надколенника при МРТ коленных суставов пациентов, перенесших наружный вывих надколенника.

- Разработана рациональная тактика и методика оперативного лечения пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника на основе анализа величины наиболее чувствительного параметра нестабильности при МРТ и степени артроскопически выявленного латерального подвывиха надколенника.

Научная новизна исследования Афанасьева А.П.:

В работе выполнен комплексный подробный анализ ближайших и отдаленных результатов консервативного и оперативного лечения острого латерального вывиха надколенника, доказана высокая эффективность оперативного лечения в виде пластики бедренно-надколенниковой связки, определена ведущая роль медиальной поддерживающей связки надколенника в его стабилизации в бедренно-надколенниковом сочленении.

Выводы исследования Гнелицы Н.Н.:

1. Общий уровень первичной диагностики латеральной нестабильности надколенника является низким: правильный диагноз был установлен после возникновения первого вывиха надколенника в 26% случаев, после возникновения рецидива вывиха в 41% случаев.

2. Дисплазия коленного сустава, преимущественно пателло-фemorального сочленения, выявляется в 96% случаев рентгенографии, выполненной в 3-х проекциях у пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника.

3. МРТ коленного сустава, выполненная на высокопольном томографе в 3-х проекциях, выявляет качественные параметры латеральной нестабильности надколенника: несостоятельность медиального удерживателя в 74% случаев, латеральный подвывих надколенника в 56% случаев, характерные по локализации повреждение медиальной фасетки надколенника в 54% случаев и латерального мышелка бедра в 51,6% случаев, (остео)хондральные тела в 52,6% случаев у пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника.

4. Артроскопическая ревизия коленного сустава пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника выявляет латеральный подвывих надколенника в 100% случаев, повреждение медиальной фасетки надколенника в 100% случаев, повреждение латерального мышелка бедра в 85% случаев, несостоятельность медиального удерживателя в 88% случаев.

5. Величина УЛНН больше 12° на проксимальном срезе аксиальной проекции МРТ коленного сустава имеет самую высокую чувствительность (92,7%) среди всех других количественных параметров латеральной нестабильности надколенника у пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника.

6. Показания к хирургическому лечению пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника: неэффективность консервативной терапии в течение 3-х месяцев после первичного вывиха, рецидив(ы) латерального вывиха надколенника, наличие (остео)хондральных тел в полости коленного сустава.

7. У пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника показано выполнение изолированного артроскопического латерального проксимального релиза надколенника только в случае латерального подвывиха надколенника 1 ст. при УЛНН не более 12° . Артроскопический латеральный проксимальный релиз необходимо сочетать со швом медиального удерживателя надколенника по модифицированной методике Ямамото в случае латерального подвывиха надколенника 1 ст. при УЛНН более 12° и латеральном подвывихе 2 ст. при УЛНН не более 12° . Артроскопический латеральный проксимальный релиз надколенника в комбинации с открытым послойным дубликатурным экстрасиновиальным швом медиального удерживателя надколенника показан в случае латерального подвывиха надколенника 2 ст. при УЛНН больше 12° и во всех случаях латерального подвывиха надколенника 3 ст.

8. Разработанная тактика оперативного лечения и адекватное по объёму хирургическое вмешательство, основанные на анализе величины УЛНН при МРТ и степени латерального подвывиха надколенника во время артроскопии, позволили получить отличные и хорошие результаты в 84% случаев и удовлетворительные результаты в 16% случаев, с восстановлением правильной ориентации надколенника в пателло-фemorальном сочленении. Величина УЛНН до операции и контроль ее снижения после операции при МРТ в сроки через 3,6,12,24 месяцев дает возможность оценить и в динамике проследить стабильность результатов хирургического лечения пациентов с хронической посттравматической латеральной нестабильностью надколенника.

Выводы исследования Афанасьева А.П.:

1. Консервативное лечение пациентов с острыми латеральными вывихами надколенника позволяет получить отличные и хорошие результаты только у 27,5% пострадавших и влечет за собой развитие симптоматического хронического латерального подвывиха надколенника в 43,6%) и повторяющегося вывиха – в 41,8% наблюдений.

2. Наиболее значимыми предрасполагающими к нестабильности надколенника факторами являются особенности строения бедренно-надколенникового сочленения (3-5-й типы надколенника по Вибергу (79,2 %) и уменьшение глубины мышечков бедра (71.3%)) и разгибательного аппарата коленного сустава (увеличенный угол четырехглавой мышцы и высокое положение надколенника по Инсоллу-Сальвати, установленная комбинация которых может играть прогностическую роль.

3. Типичными признаками перенесенного острого латерального вывиха надколенника являются разрыв медиальной поддерживающей связки (в 100% случаев) и латеральный подвывих надколенника (в 50,5% случаев), а также повреждения (в том числе с образованием внутрисуставных костно-хрящевых тел - 76% случаев) суставной поверхности медиальной фасетки надколенника или наружного края латерального мыщелка бедра, выявление которых при артроскопии имеет диагностическое значение у пациентов с маскируемой массивным гемартрозом нечеткой клинической картиной.

4. Наиболее обоснованным способом лечения пациентов с острыми латеральными вывихами надколенника является артроскопически контролируемая пластика медиальной бедренно-надколенниковой связки (83,3% случаев отличный функциональный результат), так как необходимым условием правильного скольжения надколенника является восстановление целостности и длины связки.

5. Применение артроскопических технологий в комплексном лечении пациентов с острыми вывихами надколенника позволило получить отличные и хорошие результаты у 93,5% пострадавших с восстановлением правильной ориентации надколенника у 87% пациентов.

III. Сравняя ключевые разделы этих двух работ: цели, задачи, новизну, выводы, схожести или тем более идентичности не обнаружено. Совершенно очевидно, что весьма пространно сформулированная цель работы Гнелицы Н.Н. потребовала емкие формулировки задач с последующими обширными и в тоже время весьма детализированными выводами. Более конкретная формулировка цели в исследовании Афанасьева А.П. привела к конкретике и краткости формулировок задач и последующих выводов.

Сопоставляя эти два исследования, становится понятным, что диссертационное исследование Афанасьева А.П. по своей сущности является естественным, закономерно обоснованным продолжением исследования Гнелицы Н.Н. с углубленным анализом и обобщением конкретных и наиболее значимых объективных клинико-инструментальных характеристик бедренно-надколенникового сочленения, определяющих выбор оптимальной тактики лечения нестабильности надколенника после его вывиха.

Обобщая итоги сравнения и оценки научной составляющей работ Афанасьева А.П. и Гнелицы Н.Н., можно утверждать о самостоятельности и самодостаточности каждого исследования и оригинальности результатов исследований как Афанасьева А.П., так и Гнелицы Н.Н..

Рассматривая материалы, предоставленные Заявителями, утверждающими обоснованность лишения Афанасьева А.П. ученой степени, комиссия диссертационного совета 21.2.053.01 тщательно изучила отмеченные Заявителями «заимствования» Афанасьева А.П. из работы Гнелицы Н.Н. Комиссия диссертационного совета 21.2.053.01 обратила внимание на все 83 фрагмента текста, выделенные Заявителями красными прямоугольниками как «заимствования».

Глава 1 работы Афанасьева А.П. «Обзор литературы».

Заявителями выделено красными прямоугольниками 29 фрагментов текста общим объемом 80 строк. Считаю необходимым обратить внимание на следующее.

1. 80 строк составляют 12.6% из ~ 630 строк на 21 странице текста Главы 1.

2. Все заимствования имеют ссылки на использованные источники, причем почти исключительно иностранных авторов. Часть заимствований касается анатомии и биомеханики коленного и бедренно-надколенного сочленений, которые и в Германии, и в Китае, и в Японии, и в России абсолютно одинаковы. Это же относится и к приведенным в тексте с квалифицированным переводом классификациям патологии бедренно-надколенного сочленения (таблицы), методам диагностики, клиническим тестам, технологиям исследований, оценки результатов КТ, МРТ, визуальной оценки тяжести повреждений хряща суставов, шкалам оценки результатов лечения. В основном это таблицы или перечисления, переведенные из зарубежных источников. Автор честно ссылается на источники как отечественные, так и зарубежные. Отметим, что среди выделенных Заявителями совпадений полные совпадения являются редкостью. Отличается и контекст, и описание до и после «заимствования».

Глава 2 Афанасьева А.П. «Материалы и методы исследования»

Можно отметить недостатки главы: не все материалы и методы исследования, представленные в последующих главах, здесь приведены. В частности, крайне скупо дана характеристика пациентов, а метод статистической обработки, более совершенный и сложный, нежели в работе Гнелицы Н.Н., лишь упомянут. Видимо отчасти поэтому глава небольшая, всего 10 страниц. **Это объяснимо, поскольку в те годы в исследованиях с применением артроскопических технологий, только начинающих широко применяться в России в диагностики и лечении патологии суставов, применялись практически одинаковые методы исследования, опирающиеся исключительно на зарубежные исследования, значительно опередившие отечественные по техническим возможностям, опыту, глубине и достоверности результатов.**

В этой главе Заявителями выделено 12 совпадений, почти на каждой странице. Однако, что это за совпадения - это таблицы, схемы, тесты, перечисления приемов диагностики и оценки результатов и т.п., являющиеся качественным переводом исключительно зарубежных авторов с обязательными ссылками на зарубежные источники. Во всех случаях Афанасьев А.П. совершенно честен и не пытается выдавать эти данные за свои.

В те годы отечественные специалисты по артроскопии ещё не решались ссылаться на работы соотечественников, поэтому в подавляющем числе исследований на близкие темы (как статей, так и диссертаций) приводились одинаковые источники, что мы видим и в работах Афанасьева А.П. и Гнелицы Н.Н.

Весьма важно обратить внимание на неоднократно повторяющийся пример якобы «заимствования», отмеченный Заявителями. Раздел 2.4, главы 2 Афанасьева А.П. «Артроскопическое исследование» и раздел 2.2.5 главы 2 Гнелицы Н.Н., имеющий такое же название и в значительной части совпадающие тексты разделов. В условиях утвержденных на федеральном уровне одинаковых порядков и стандартов оказания медицинских услуг, детализируемых «Национальными руководствами», «Клиническими рекомендациями», государственные бюджетные медицинские организации, оказывающие

медицинские услуги, уже давно стали разрабатывать и применять обязательные к неукоснительному исполнению Протоколы оказания той или иной услуги. В разных учреждениях (клиниках) ввиду различия условий и реальных возможностей оказания конкретных видов услуг Протоколы могут различаться. Протоколы могут включать требования к физикальной, инструментальной диагностике, любым манипуляциям, операциям, назначению лекарственных препаратов, регистрации осложнений, послеоперационному ведению, реабилитации, оформлению и содержанию соответствующей документации и т.п. В своих исследованиях как Гнелица Н.Н., так и Афанасьев А.П., как это следует из описания раздела 2.4, главы 2 Афанасьева А.П. и раздела 2.2.5 главы 2 Гнелицы Н.Н. строго следовали принятому в клинике Протоколу «Артроскопическое исследование», чем и объясняется совпадение не только названий, но и значительное совпадение текста. Такое совпадение является скорее обязательным, как например оформление титульного листа диссертационного исследования и т.п.. Полагаем что при дальнейшем анализе работ Афанасьева А.П. и Гнелицы Н.Н. мы не однократно увидим такие совпадения, отмеченные Заявителями как «заимствования».

Глава 3 «Клинико-рентгенологическая и артроскопическая диагностика первичных латеральных вывихов надколенника».

На стр.43 работы Афанасьева А.П. и стр.74 работы Гнелицы Н.Н. представлены на первый взгляд схожие рисунки с близким предшествующим текстом: «Распределение пациентов на момент возникновения патологии было следующим: 34 мужчин (34%). 66 женщин (66%) у Афанасьева А.П., 32 мужчин (34%). 66 женщин (66%) у Гнелицы Н.Н. соотношение мужчин и женщин составило 1/1,7 у Афанасьева А.П., 1/1,9 у Гнелицы Н.Н.. Подписи под рисунками также не идентичны: «Диаграмма 1. Распределение пациентов по полу на момент возникновения латерального вывиха надколенника» (Афанасьев А.П.). «Рис.15. Распределение пациентов по полу на момент возникновения первичного латерального вывиха надколенника» (Гнелица Н.Н.).

Следует отметить, что во многих работах будет схожий текст при изложении таких данных, поскольку яснее и короче сложно что-либо предложить. Уместно понимать и следующее: оба диссертанта работали в одной клинике на одной кафедре, и позднее завершивший диссертацию Афанасьев А.П. должен был неоднократно слышать и видеть на экране иллюстрации при докладах Гнелицы Н.Н. о ходе выполнения исследования на заседаниях кафедры, заседаниях Проблемных комиссий и, наконец на предзащите и защите. Это не могло не отразиться на определенной схожести в стиле изложения и текстовых совпадениях в их работах.

Вместе с этим, в отличие от мнения Заявителей, математические ошибки в указании соотношений мужчин и женщин допустил не только Афанасьев А.П. (правильное соотношение мужчин и женщин должно быть не 1/1,7, а 1/1,94, но и Гнелица Н.Н., указавший не точное процентное соотношение мужчин и женщин- 34% и 66%, надо 34,4% и 65,6%, что отразится на несовпадении чисел в обобщающих таблицах и при статистических вычислениях.

Столбчатые примыкающие диаграммы на страницах 43 и 74 действительно сложно считать различными, но при разнице их высот менее 1% и таком масштабе они не могут зрительно быть различимы.

Любой специалист, знакомый с обязательными процедурами при выполнении исследований аспирантами или соискателями будет трактовать якобы «заимствования», как логически обоснованные и неполные совпадения.

На страницах 46 и 76 приведен лаконичный, словесно выверенный совпадающий текст, но его численное наполнение у Афанасьева А.П. отличается, поскольку даны собственные данные. Это нельзя обозначить как копию или «заимствование» данных чужой работы.

Обозначенные на стр.58 -34 и 59-34 заимствования представляют собой общеупотребляемый в артроскопической хирургии диагностический критерий в соответствии с артроскопической классификацией оценки степени латерального вывиха надколенника.

«Заимствования» на стр.66-103 являются стандартными показаниями к оперативному лечению, причем они словесно совпадают в двух из трех пунктах, поскольку Афанасьев А.П. в своем исследовании уточнил показания.

На Рис.18 - Рис. 77 представлены в виде блок-схемы алгоритмы принятия тактических решений хирургических вариантов лечения нестабильности надколенника. Они и должны быть во многом идентичны, но именно результаты исследования Афанасьева А.П. позволили ему обосновать, дополнить и уточнить предложенные Гнелицей Н.Н. показания к выбору оптимального метода лечения. Именно для демонстрации своих достижений Афанасьев А.П. и привёл блок-схему (алгоритм) тактических решений Гнелицы Н.Н. В данном случае это обозначает преемственность. Полагаем, что специалистам по артроскопии это совершенно понятно. В опубликованных работах Гнелицы Н.Н. блок-схема (алгоритм) выбора тактики хирургического лечения отсутствует.

На стр. 68-109 приведено описание хирургической техники конкретной операции, причем из 21 строки описания у Афанасьева А.П. совпадают с описанием Гнелицы Н.Н. только последние 5 строк. Эти последние строки являются не индивидуально выполняемым хирургом элементом операции, но напротив, обязательной к выполнению любым хирургом манипуляцией необходимой для оценки непосредственного результата операции.

Стр.71-105. В этом разделе описана техника выполнения артроскопического латерального релиза (релиз - release (лат.) – освобождение) надколенника. Здесь выделено как «заимствование» 5 строк текста, но у Афанасьева А.П. текст содержит 5 слов, которых нет у Гнелицы Н.Н. Отметим, что у Афанасьева описание этой стандартизированной манипуляции при артроскопическом релизе более полное и точное, нежели у Гнелицы Н.Н.

Стр. 71-106 Вновь отмечено «заимствование» в описании техники латерального релиза, причем фрагмент выделенного текста включает 2 правила, обязательных для выполнения хирургами, причем в работе Афанасьева А.П. описания каждого из этих двух действий отличаются текстом (более точны) от описания у Гнелицы Н.Н.

Стр. 71 - 107 и стр.72-107. Снова Заявителями выделены «заимствования» Афанасьева А.П. из работы Гнелицы Н.Н.. Совпадения не полные. Эти «заимствования», как и многочисленные другие, выделенные Заявителями, являются следствием непонимания сущности выполнения стандартных (не уникальных) операций, которая представляет собой выполнение хирургами элементарных манипуляций (рассечение, разделение, смещение, выделение, резекция, мобилизация, лигирование, коагуляция, шов, гемостаз и многое другое) в строго определенной последовательности. Обязательность определенных элементарных действий, выполняемых в определенной последовательности, выстрадана ошибками и осложнениями, накопленных хирургами пионерами, чей опыт и опыт их последователей постепенно позволил сформулировать четкое описание техники (или протокола) конкретных оперативных вмешательств. Поэтому описание техники конкретной операции в одной клинике, клиниках одного города, иногда и страны может быть идентичным, лучше, если идентично, отличаясь в несущественных деталях.

К подобным, повторяющимся ошибкам Заявителей следует отнести и «заимствования» на стр. 72 -105, 106; где выделены рисунки 25, 26, 27 и 79, 80, 81. Эти рисунки (фотографии визуальной (артроскопической) картины операционного поля при стандартном и обязательном выполнении типичной хирургической манипуляции одним и тем же инструментом – электрокаутером. Выполнение операции иначе является наказуемым из-за нарушения протокола. Следует заметить, что подписи к рисункам отличаются.

Стр. 73-107, 74-107, 74-108, 75-108, рис.34-35 и рис.88-89, стр.75-109, рис.36-37 и рис.90-91, стр.76-110, рис.38-39 и рис.92-93, стр.77-78 и 110-111, рис.40-41 и рис.94-95. На этих страницах и размещенных на них рисунках приведено описание различных этапов операции, включая завершающий этап и иллюстрации к этим этапам. Все это является отражением одинаковой техники данной операции, выполняемой в полном соответствии с протоколом и сопровождаемые рисунками, подтверждающими выполнение этапов операции в соответствии с составленным и утвержденным в данной клинике протоколом. Несмотря на это, подписи к рисункам и поясняющий текст не являются идентичными. Все «заимствования», выделенные Заявителями на этих страницах тексты и рисунки, не могут быть признаны таковыми, как это разъяснено ранее членами комиссии.

Последующие «заимствования» выделены Заявителями на страницах 78,79,80-112, 113, 114, приведенных в разделах работ Афанасьева А.П. и Гнелицы Н.Н., посвященных программе ведения оперированных пациентов в ближайших и среднесрочных послеоперационных периодах, разделенных на три этапа. Здесь приведено описание стандартизованных, обязательных для применения (исполнения) в данной клинике требований к назначению лекарственных препаратов, порядку перевязок, снятия швов, режиму двигательной активности и нагрузок на оперированную ногу, методик лечебной физкультуры, физиотерапевтического лечения, периодичности контрольных осмотров и оценок результатов лечения и т.п. Заявители, как и ранее, не зная обязательности стандартизованного выполнения, а значит и близкого, отчасти

совпадающего текстового изложения этого послеоперационного ведения пациентов с почти идентичной патологией и почти идентично выполненных пациентам операций, восприняли этот раздел, как имеющий «заимствования» Афанасьева А.П. у Гнелицы Н.Н.

Стр.82-81. Выделено по одному идентичному предложению, размещенных в различных по содержанию участках текста. Предложение обобщает результаты наблюдения за пациентами в поздние сроки послеоперационного периода и, не более чем предположительно, разъясняет изменения клинической картины в поздний (отдаленный) послеоперационный период. По форме и содержанию эта фраза не принадлежит как Гнелице Н.Н., так и Афанасьеву А.П., а является заимствованием из более обстоятельной и глубокой работы, возможно монографии.

Стр. 88-104. Выделены описания клинических примеров. Последовательность описания примеров типичная классическая (общепринятая), но текстовые отличия слишком значительны для признания их «заимствованием».

Стр.88-135. Выделены описания клинических примеров. «Заимствования» отмечены ошибочно. Довольно много различий текста и последовательности описания.

Стр.89-135,136. Выделены описания клинических примеров. Основная схожесть описания клинических примеров в пунктуальной (типичной, общепринятой) последовательности представления результатов: от анамнеза, жалоб и далее клиники и инструментальных исследований с совпадением сроков оценки результатов (это стандарт) и ряда численных характеристик, что закономерно для результатов хирургического лечения схожей (однотипной) патологии и одинаковых операций выполненных в соответствии с принятым в данной клинике протоколом (стандартом). Различия значительны, трактовка примера как «заимствование» ошибочна.

Стр.98-70. Ошибочно выделены «заимствованные» фрагменты текста, описывающие технику артроскопической ревизии коленного сустава. В обоих фрагментах указано: «Артроскопическую ревизию коленного сустава проводили по стандартному протоколу». Это означает, что текст и последовательность выполнения ревизии и её документации должны быть или идентичны, или почти одинаковы. Тем не менее, разница между работами около трех лет привела к определенным изменениям протокола ревизии, что отражено в тексте. Например, в пневматическом турникете, применяемом для предотвращения кровопотери, недостаточной визуализации структур сустава и сокращению времени выполнения операции стандарт давления уже был снижен с 320-360 мм.рт.ст. до 250-300 мм.рт.ст. Очевидны и другие изменения протокола ревизии.

Стр.98-111. Здесь ошибочно выделены как «заимствования» тексты описывающие обязательный для пациентов (по протоколу) метод профилактики тромбоэмболических осложнений после операции, включая идентичный для исполнения всеми пациентам прием эластичного бинтования нижних конечностей.

Стр.98-112. Также ошибочно выделены идентичные фрагменты текстов описывающие обязательное (по протоколу) назначение «фраксипарина 0.3 подкожно в течение... и т.д.». Вместе с этим, выделенные фрагменты имеют и допустимые для протокола различия.

Стр. 99-148. На этих страницах выделены фрагменты текстов, где приведено описание обязательной (по протоколу) программы раннего, промежуточного и позднего периодов послеоперационной реабилитации, которую обязаны соблюдать пациенты. Это стандарт, принятый в данном лечебном учреждении (клинике). Тем не менее, имеются и допустимые для реализации протокола текстовые отличия.

По результатам рассмотрения Заявления диссертационный совет 21.1.053.01 принял решение о не лишении Афанасьева Алексея Павловича ученой степени кандидата медицинских наук.

При проведении открытого голосования диссертационный совет в количестве 19 человек, из них 7 докторов наук по научной специальности рассматриваемой диссертации Афанасьева А.П., участвовавших в заседании, из 26 человек, входящих в состав диссертационного совета, по вопросу лишения степени кандидата медицинских наук Афанасьева Алексея Павловича проголосовал: за 18, против -1, воздержавшихся - нет.

Председатель
диссертационного совета

Ученый секретарь
диссертационного совета



А.В.Базаев

А.С.Мухин

26.01.2025