

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

СТЕНОГРАММА № 4

заседания Диссертационного Совета Д 001.015.01

от 22 февраля 2019 года

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 кандидата медицинских наук

Михайличенко Сергея Игоревича на тему:

**«Оптимизация ведения пациентов с имплантированными
кардиовертерами-дефибрилляторами на основе изучения эпизодов
жизнеугрожающих аритмий, предикторов их развития и оценки
качества жизни»**

по специальностям 14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия,

14.01.05 - кардиология

Москва - 2019

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

– По письменному поручению председателя диссертационного совета, доктора медицинских наук, академика РАН Лео Антоновича Бокерия заседание Совета по защите диссертации Михайличенко Сергея Игоревича на тему: «Оптимизация ведения пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами на основе изучения эпизодов жизнеугрожающих аритмий, предикторов их развития и оценки качества жизни» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук проводит заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Подзолков Владимир Петрович.

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

– Уважаемые коллеги, на заседании Диссертационного совета присутствуют:

№	Ф.И.О.	Учёная степень, шифр специальности в совете	
1	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук, 14.01.26	Заместитель председателя Диссертационного совета, председатель заседания
2	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук, 14.01.20	Заместитель председателя Диссертационного совета
3	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук, 14.01.05	Ученый секретарь Диссертационного совета
4	Аронов Давид Меерович	доктор мед. наук, 14.01.05	Член Диссертационного совета
5	Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук, 14.01.05	Член Диссертационного совета
6	Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук, 14.01.05	Член Диссертационного совета
7	Еременко Александр Анатольевич	доктор мед. наук, 14.01.20	Член Диссертационного совета
8	Камбаров Сергей Юрьевич	доктор мед. наук, 14.01.26	Член Диссертационного совета

9	Ким Алексей Иванович	доктор мед. наук, 14.01.26	Член Диссертационного совета
10	Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук, 14.01.05	Член Диссертационного совета
11	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук, 14.01.20	Член Диссертационного совета
12	Лобачева Галина Васильевна	доктор мед. наук, 14.01.20	Член Диссертационного совета
13	Маликов Виктор Евсеевич	доктор мед. наук, 14.01.05	Член Диссертационного совета
14	Муратов Равиль Муратович	доктор мед. наук, 14.01.26	Член Диссертационного совета
15	Никитин Евгений Станиславович	доктор мед. наук, 14.01.20	Член Диссертационного совета
16	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук, 14.01.26	Член Диссертационного совета
17	Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук, 14.01.20	Член Диссертационного совета
18	Шаталов Константин Валентинович	доктор мед. наук, 14.01.26	Член Диссертационного совета

Уважаемые коллеги! Всего из 23 членов совета, утвержденного приказом председателя ВАК Российской Федерации, у нас присутствует 18 членов совета – количественный кворум обеспечен. По специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 присутствует 6 членов совета и по специальности «кардиология» - 14.01.05 присутствует тоже 6 членов совета – качественный кворум также обеспечен. Разрешите заседание объявить открытым.

На повестке дня у нас защита диссертации Михайличенко Сергея Игоревича на тему: «Оптимизация ведения пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами на основе изучения эпизодов жизнеугрожающих аритмий, предикторов их развития и оценки качества жизни» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 и «кардиология» - 14.01.05.

Научные руководители:

Крюков Евгений Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации, начальник госпиталя;

Неминуций Николай Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии.

Официальные оппоненты:

Симоненко Владимир Борисович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, профессор кафедры терапии неотложных состояний Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации (специальность 14.01.05 - «кардиология»);

Давтян Карапет Воваевич – доктор медицинских наук, заведующий лабораторией рентгенхирургических методов лечения нарушений ритма сердца Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации (специальность 14.01.26 - «сердечно-сосудистая хирургия»).

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» 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 – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Подзолков В.П.:

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

Михайличенко Сергей Игоревич (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

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

– Какие вопросы возникли в процессе доклада у членов ученого совета? Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Елена Зеликовна.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо большое. Потому что, мне кажется, доклад производит общее благоприятное впечатление. Но, тем не менее, у меня есть как минимум 3 вопроса.

Первый вопрос, что 70 % больных с имплантацией кардиовертера-фибриллятора это с первичной профилактикой и примерно 30 % (там распределение около 50 %, соответственно около 20 % в отдаленном наблюдении) это с вторичной профилактикой. Дальше все сравнение идет по

частоте уже на общую группу. Мне это, к сожалению, не кажется, что методологически это правильно. Потому что частота срабатывания у больных с КВД для первичной профилактики это одно имплантируемое устройство из четырех, а у Вас вообще получается одно из пяти примерно. И сравнивать общее такое среднее, не знаю, насколько это правильно.

Дальше Вы приводите выводы о том, что естественно разные показания для имплантации кардиовертера-дефибриллятора, разное происхождение этих желудочковых аритмий, если говорить об их патогенезе, в том числе, по-моему, 25 что ли больных с ИБС. Очевидно, что лечение статинами в этой группе это полезно. Почему Вы распространяете свой вывод вообще на всю группу больных из 80 с лишним человек, это есть и первичные, наверно, кардиопатии, и дилатационные кардиопатии? Вот это мне кажется достаточным странным и может привести к потенциально таким непонятным выводам о месте статинов в профилактике желудочковых аритмий вообще.

Третье. Совершенно очевидно, что если у больного возникают разряды, это снижает его качество жизни, но это жизнесохраняющая процедура. Поэтому здесь невозможно говорить о том, что мы поставили дефибриллятор для того, чтобы он срабатывал. И то, что 50 %, вернее даже 80 % несрабатывания устройств – это проблема во всем мире, это проблема, насколько наши методы лечения экономически эффективны, это проблема стоимости этого лечения, которая для нашей страны, наверно, особо актуальна. Сейчас мы знаем работы, и Вы их прекрасно знаете, по литературе, что в мире это очень большая проблема, что мы очень много тратим денег на те устройства, из которых из 10, скажем, 8 не будут срабатывать вообще. А у тех больных, у которых это будет срабатывать, естественно будет качество жизни хуже. Какая альтернатива? Альтернатива, что они просто погибнут? Поэтому это большая социальная проблема, как этих всех больных адаптировать. А какой физический смысл из того, что Вы показываете, что ухудшилось качество жизни, я не знаю.

Думаю, что это ретроспективное, как мне показалось, исследование, судя по дизайну, я его тоже не уловила пока что. Поэтому Вы не смогли проанализировать те собственно предикторы, которые могли бы каким-то образом все-таки приблизить нас к вероятности прогнозирования о том, кому же все-таки нужно ставить эти дефибрилляторы, а кому – нет. Это очень сложный вопрос, он Вам достался. К сожалению, несмотря на замечательный доклад в целом, но я думаю, что при рассмотрении этой работы, поскольку она достаточно серьезная, эти вопросы они обязательно возникают.

Михайличенко С.И. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Елена Зеликовна! Спасибо большое за очень важные и очень интересные вопросы и очень важные замечания и комментарии!

Попытаюсь ответить на первый вопрос. Да, мы в группе объясняли причины первичной и вторичной профилактики, и как причины имплантации кардиовертера-дефибриллятора. Однако, все-таки основная цель работы и задача – это сравнить пациентов, которые получили шоковый разряд и не получили шоковый разряд. То есть основной целью работы не было изучение пациентов именно с первичной и с вторичной профилактикой, и ряд работ в том числе в Российской Федерации таких есть, которые сравнивают именно и оценивают предикторы у пациентов с первичной профилактикой и с вторичной профилактикой внезапной сердечной смерти. Безусловно, частота срабатывания устройств у пациентов со вторичной профилактикой выше, мы не отрицаем этого. Однако, мы хотели бы выявить и приблизить, может быть, сделать какой-то посыл для дальнейших исследований, которые и позволили бы именно выявить те предикторы и позволили бы улучшить отбор пациентов на имплантацию кардиовертера-дефибриллятора такого дорогостоящего метода даже предупреждения внезапной сердечной смерти, не профилактики. И 50 % устройств от необходимых только в Европе имплантируется. Безусловно, в Российской Федерации это достаточно

большая проблема по доступности пациентов и даже тем, кому ИКД в ряде случаев 100 %-но необходим, от возможного. Поэтому все-таки основной целью было именно сравнить пациентов со срабатываниями и с несрабатываниями. Безусловно, возможно, это будет являться дальнейшим нашим исследованием, и мы будем проводить анализ.

Постараюсь ответить на второй вопрос, который прозвучал по поводу именно лечения и влияния статинов. Безусловно, в ряде работ мы видим влияние статинов и их плеiotропный эффект на развитие аритмии и т.д. В то же время в группе, пациенты которой получили шоковое срабатывание ИКД, значительно меньшее количество пациентов принимало статины. Но мы проводили так называемый субанализ этого исследования даже в группах, кто получил и кто не получил срабатывание. И соотношение как раз ишемических пациентов было преобладающее – 75 % пациентов, включенных в исследование, были пациенты с ишемической болезнью сердца. Хотя в ряде случаев, возможно, им был имплантирован прибор как раз, может быть, по вторичной профилактике внезапной сердечной смерти. Но все-таки при проведении субанализа применения статинов было показано, что у пациентов с ишемической болезнью сердца среди тех, кто получил срабатывание, достоверно реже принимали статины, соответственно не достигая целевых цифр показателей холестерина, липопротеидов низкой плотности, как основной маркер, который необходимо учитывать при ведении пациентов с ишемической болезнью сердца. Поэтому все-таки, да, возможно, мы ограничены и количеством пациентов, так как этот метод профилактики внезапной сердечной смерти не так распространен в Российской Федерации, безусловно. Поэтому статинотерапия, наверно, все-таки должна присутствовать в лечении пациентов с ишемической болезнью сердца. И эффект статинов как раз плеiotропный и на ионном уровне возможно играет роль в предотвращении развития электрической нестабильности миокарда.

Попытаюсь ответить на третий вопрос. Да, шоковый разряд направлен на купирование жизнеугрожающей аритмии, безусловно, это та функция дефибриллятора, которая ему априори предназначена. Однако, в нашей работе мы хотели бы больше акцентировать внимание именно и на психологической дисфункции пациента, изменении психологического статуса пациента после получения шокового срабатывания. А альтернативой шоковому срабатыванию в нашей работе мы хотели бы показать, что пролонгированная детекция все-таки приводит к более частому использованию антитахикардической стимуляции, которая может купировать устойчивую желудочковую тахикардию и в ряде случаев избавить пациента от шокового срабатывания ИКД. Таким образом, возможно не снизить качество жизни пациента при получении шокового разряда. А получение больным именно частых шоковых разрядов, безусловно, приводит к дестабилизации миокарда, к снижению сократительной функции и снижению общего клинического состояния пациентов.

Я, по крайней мере, постарался ответить, если будет возможность, на эти вопросы. Спасибо.

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

– Есть еще вопросы?

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Е.З.:

– Я вполне удовлетворена ответами, кроме комментария в отношении статинов и ИБС. Это не нуждается в каком-то развернутом ответе, это понятно, просто группы разные и не у всех это используется, вероятно.

В Ваше сложное, но, с другой стороны, понятное название входит слово «предикторы». Скажите, пожалуйста, перечислите, какие предикторы Вы выявили.

Михайличенко С.И. (соискатель):

– Спасибо большое за интересный вопрос. Почему мы называли все-таки предикторы, а не факторы риска? Мы долго думали, какой все-таки термин выбрать. И в качестве предикторов мы выявили: именно наличие неустойчивых желудочковых нарушений ритма у пациента с показаниями к профилактике внезапной сердечной смерти; это прогрессирование атеросклеротического поражения; развитие гемодинамически значимых рестенозов коронарных артерий; это повышенный уровень как общего холестерина, так и холестерина липопротеидов низкой плотности и дислипидемия; и по поводу медикаментозной терапии – это отсутствие приема статинов.

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

– Доктор медицинских наук, профессор Аронов Д.М.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Аронов Д.М.:

– Мой вопрос в какой-то мере близок к предыдущим вопросам. Вы много говорите о гиперлипидемии и о других факторах клинических, которые могут сыграть важную роль, неожиданную роль, необоснованную роль в разряде ИКД. Вы их понимаете как предикторы или как факторы риска просто или как какое-то фоновое явление, которое случайно как-то может повлиять? Какое отношение у Вас к этим факторам гиперлипидемии и ряду других факторов?

Михайличенко С.И. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Давид Меерович! Спасибо большое за вопрос! Да, безусловно, в нашей работе мы выявили разницу у пациентов, которые получили шоковый разряд и у которых не было шоковых разрядов. Мы выявили статистически достоверную разницу по дислипидемии у пациентов, которые получили шоковый разряд. Большинство из них это пациенты с ишемической болезнью сердца и, безусловно, они требуют коррективы дислипидемии, что соответственно, может, будет способствовать снижению шоковых разрядов. Мы отнесли данный фактор к предикторам, как к тому фактору, который может влиять на развитие аритмогенной нестабильности миокарда и привести к устойчивым жизнеугрожающим аритмиям.

Спасибо.

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

– Есть еще вопросы? Пожалуйста.

Врач сердечно-сосудистый хирург отделения хирургического лечения тахиаритмий ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева" Минздрава России Батуркин Лев Юрьевич

– Спасибо большое за прекрасный доклад. Как Вы показали прекрасно, что 70-80 % больных, которым ставится кардиовертер, это больные с ишемической болезнью сердца. И здесь очень интересный вопрос: какому проценту больных, которые пошли на имплантацию, делались различные операции на коронарных сосудах? Это первый вопрос.

И как вели себя эти больные, когда им ставили кардиовертер? Была ли между ними разница?

Михайличенко С.И. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Лев Юрьевич! Спасибо большое за интересный вопрос! Безусловно, ряд пациентов направлялся на прямую и непрямую

коронарную ангиопластику, у 68 % пациентов проводилась операция аортокоронарного шунтирования и чрескожной коронарной ангиопластики. И в ряде случаев у этих пациентов отмечалось также рестенозирующее поражение коронарных артерий, прогрессирование атеросклеротического поражения, что в ряде случаев и приводило к шоковому срабатыванию устройств. И таким образом, это было выявлено в качестве предикторов развития жизнеугрожающих аритмий пациентов.

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

– Есть еще вопросы? Нет.

Присаживайтесь, пожалуйста.

Тогда слово предоставляется одному из научных руководителей доктору медицинских наук Неминущему Николаю Михайловичу.

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Неминущий Н.М.:

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович, Динара Шавкатовна, члены Ученого совета, коллеги! С диссертантом мы познакомились в то время, когда Сергей Игоревич был здесь в клинической ординатуре в отделении тахикардий. И с тех пор началось наше взаимодействие, наша работа. В дальнейшем это продолжилось, когда он стал работать в госпитале имени Н.Н. Бурденко.

Я хочу сказать, что Сергей Игоревич вдумчивый профессиональный врач, клиницист, он хирург-аритмолог, выполняет практически весь спектр аритмологических операций, начиная от имплантации устройств, заканчивая радиочастотными абляциями, в том числе при фибрилляции предсердий, при желудочковых тахикардиях.

За все это время, могу сказать, что он активно сам собирал, сам работал с этими пациентами, вкладывая в это исследование свою душу в том

плане, чтобы сделать максимально, чтобы пациенты не испытывали этих самых немотивированных шоков, искал те самые, о которых сейчас шла речь, предикторы, факторы риска. И в целом могу сказать, что исследование сделано им полностью самостоятельно. И на сегодняшний день он является исследователем, ученым и в целом хорошим позитивным человеком.

Спасибо.

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

– Спасибо, Николай Михайлович.

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 «Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации (в заключении диссертация рекомендуется к защите, заключение прилагается).

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

3. Отзывы на автореферат от:

- главного научного сотрудника центра интервенционной кардиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, доктора медицинских наук Романова Александра Борисовича;

- заведующей 8-м кардиологическим отделением ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница № 15 имени О.А. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», доктором медицинских наук Соколовой Натальи Анатольевны;

- заведующего кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Говорина Анатолия Васильевича.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

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

– Поскольку замечаний нет, мы можем перейти к обсуждению. Разрешите слово предоставить официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору, члену-корреспонденту РАН Симоненко Владимиру Борисовичу.

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Симоненко Владимир Борисович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, принципиальных замечаний не содержит, прилагается).

В отзыве и во время выступления оппонентом были заданы следующие вопросы:

1. В диссертационную работу включены пациенты с высоким риском внезапной сердечной смерти, которым с целью первичной и вторичной ее профилактики имплантирован кардиовертер-дефибриллятор. Какие основные показания были к имплантации этого устройства? Соответствуют ли они общепринятым, международным критериям? Какова была фракция выброса до операции и в динамике в процессе лечения и наблюдения?

2. В диссертационное исследование автором было включено 23 % пациентов с неишемическими кардиомиопатиями: 11,5 % - дилатационной

кардиомиопатией, 6,4 % - аритмогенной дисплазией правого желудочка, 5,1 % - гипертрофической кардиомиопатией. Однако, в работе отсутствует информация об использованных методах диагностики данных пациентов, включая инвазивные и неинвазивные методы исследования, что следовало указать в главе материалы и методы исследования.

3. Автору следовало бы более подробно раскрыть вопрос медикаментозного лечения пациентов с выраженной сердечной недостаточностью в период проведения исследования, что увеличило бы практическую значимость данной работы.

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

– Спасибо, Владимир Борисович. Сергей Игоревич, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Михайличенко С.И. (соискатель):

- Глубокоуважаемый Владимир Борисович! Спасибо огромное за столь огромную работу, сделанную Вами! Постараюсь ответить на Ваши замечания и вопросы.

Какие показания были использованы перед имплантацией кардиовертера-дефибриллятора? Ряду пациентов устройство было имплантировано согласно первичной профилактике, безусловно, это был и перенесенный инфаркт миокарда, и сниженная фракция выброса, дисфункция левого желудочка, фракция выброса левого желудочка меньше 35 %. Если пациент направлялся на имплантацию кардиовертера после вторичной профилактики – в ряде случаев это эпизод гемодинамически значимой устойчивой желудочковой тахикардии, либо перенесенная клиническая смерть, вызванная жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца.

На второй вопрос постараюсь ответить относительно пациентов с неишемическими кардиомиопатиями и методами диагностики данных пациентов. Безусловно, в ряде случаев перед имплантацией ИКД устройства большинству пациентов мы старались и проводили исследования – и магнитно-резонансная томография, и компьютерная томография сердца и диагностики, определение собственно самого диагноза неишемической кардиомиопатии. Также в ряде случаев проводили электрофизиологическое исследование у этих пациентов.

Отвечая на третий вопрос по поводу медикаментозной коррекции и ведения пациентов с устройствами, в том числе у больных с первичной и вторичной профилактикой. Большая часть пациентов это, конечно, пациенты с хронической сердечной недостаточностью. И согласно рекомендациям все пациенты получали, в том числе и ингибиторы АПФ, и если это не противопоказано, то это сартаны, также пациенты получали дезагреганты, бета-блокаторы, собственно антиаритмические препараты по поводу профилактики жизнеугрожающих аритмий, в том числе и препараты III класса.

Я постарался ответить. Спасибо.

**Доктор медицинских наук, профессор Симоненко В.Б.
(официальный оппонент):**

– Я удовлетворен.

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

– Спасибо.

Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук Давтяну Карапету Воваевичу.

Доктор медицинских наук Давтян Карапет Воваевич (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, принципиальных замечаний не содержит, прилагается).

В отзыве и во время выступления оппонентом высказаны были заданы вопросы и замечания следующего содержания:

Обзор литературы составляет 34 страницы, что несколько многовато для диссертации (более 33 % от всего объема работы), но из него может получиться отдельная монография. В обзоре литературы однозначно литературных источников свежих было очень мало: ссылок менее десятилетней давности было порядка 40 % из всех источников, которые были приведены в этой диссертации. Но автор реабилитируется в четвертой главе – там появляются свежие источники литературы, которыми почему-то автор пренебрег при написании литературного обзора, который был в первой главе.

Замечание по второй главе. Ограничением данного исследования, на взгляд оппонента, явилось то, что большая часть популяции, вошедшей в исследование, а точнее 93,6 % являлись мужчины. Конечно же, это специфика того учреждения, в котором проводился подбор. Но несомненно все те выводы, которые делаются, нужно сделать, что они актуальны для мужского населения.

Не смог найти в работе: была ли какая-то широко известная клиническая картина ИБС у пациентов с частыми срабатываниями ИКД и рестенозами при повторной коронарографии? Или частые срабатывания ИКД у этих пациентов может стать самостоятельным, не освещенным в рекомендациях, показанием для проведения коронарографии?

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

– Спасибо, Карапет Воваевич. Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Михайличенко С.И. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Карпет Воваевич! Спасибо огромное за столь серьезную и большую работу, сделанную Вами! Безусловно, все Ваши актуальные замечания и ремарки мы будем учитывать в дальнейших работах.

Относительно Вашего вопроса и предложения: будет ли являться показанием к селективной коронароангиографии именно шоковое срабатывание? Я думаю, в данном вопросе следует учитывать клиническую ситуацию, клиническую характеристику пациента: ишемическую болезнь сердца в анамнезе, наличие ранее выявленных стенозов коронарных артерий, клиническая характеристика стенокардии, усиление одышки. Я думаю, что это будет оценено в комплексе. А по поводу изолированного шокового срабатывания, наверно, достаточно сложно ответить на этот вопрос, что изолированное шоковое срабатывание будет являться показанием для коронарографии, к примеру, если этот пациент с неишемической болезнью сердца и пациент с кардиомиопатией неишемического генеза.

Доктор медицинских наук Давтян Карпет Воваевич (официальный оппонент):

– Сергей Игоревич, у меня вопрос не теоретический, я в диссертационной работе не нашел, а вопрос очень банальный: вот у этих людей, у которых частые срабатывания, и во время коронарографии были выявлены проблемы в Вашей группе, то есть не вообще что должно быть, а что было в Вашей группе?

Михайличенко С.И. (соискатель):

– Спасибо за вопрос! Да, безусловно, у пациентов, которых мы оценивали, пациентов с ишемической болезнью сердца, безусловно, была и клиника стенокардии. И у большинства пациентов, которые получили шоковые срабатывания, отмечались явления ангинозной боли в покое, и усиливалась одышка, и в ряде случаев было отмечено снижение фракции выброса левого желудочка. И клиническая характеристика присутствовала

при направлении больного на селективную коронароангиографию у пациентов, которых мы оценивали. Однако, это мы не указывали в работе. В ряде случаев, возможно, это является неточностью. И в дальнейших работах мы это будем более подробно освещать.

Спасибо большое.

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

– Кто хочет обменяться мнением по поводу данной работы? Доктор медицинских наук, профессор Аронов Давид Меерович.

**Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук,
профессор Аронов Д.М.:**

– Уважаемые коллеги! Интересный вопрос обсуждался. Конечно, все мы не завидуем, не то, что не завидуем, а вообще просто жалеем и сожалеем, что у человека имеется такая ситуация, когда он в любую минуту может внезапно скончаться. И сейчас за те 30 лет, которые примерно прошли с начала использования дефибрилляторов, произошел колоссальный прогресс. И вот сегодня мне очень понравилось и меня толкает на какие-то мысли то, что я слышал. И хочу сказать, что надо относиться к больным, которые носят дефибриллятор, и тем более, если у них бывают какие-то необоснованные спуски работы, надо их признать нуждающимися не просто в профилактике первичной и вторичной медикаментозным способом, который лечится, но и в реабилитации полной. А среди методов реабилитации кроме того, что мы знаем вот эту медикаментозную терапию и т.д., есть еще физические тренировки. Я должен сказать, что физические тренировки по сравнению со всеми другими отдельно взятыми методами, применяемыми для лечения больных, они не уступают ни одному, а может быть, даже всем не уступают, потому что их эффект сейчас выявляется и уже выявлен окончательно – и показано, что физические тренировки, правильно организуемые,

выполняемые, регулярные и в определенный минимальный срок какой-то выполненные, это сохраняет жизнь и уменьшает всякие тяжелые осложнения.

Поэтому я предлагаю взяться Вам, я обращаюсь к диссертанту и желающим и советую для начала использование, в том числе и физических тренировок, посмотреть, у какого количества больных на дефибрилляторах было больше и меньше случаев срабатывания. И в зависимости от этого и у тех, у кого побольше, и у тех, у кого поменьше уже будет какая-то ссылка на то, чтобы мы подумали очень серьезно и начали эту идею о тренировках этих больных уже внедрять в жизнь.

Я Вас поздравляю. У Вас хорошая работа, мне очень понравилась, и я думаю, нашей аудитории тоже.

Спасибо.

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

– Спасибо, Давид Меерович. Кто еще хочет обменяться мнением? Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Елена Зеликовна Голухова.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Е.З.:

– Мне тоже хочется сказать несколько слов. Это такая редкая ситуация, когда научный руководитель и оппонент являются очень известными врачами и учеными, и они вышли из этих стен и это такая в определенной степени уникальная ситуация. Мне хочется тоже это отметить.

По поводу самой работы и диссертанта. Мне кажется, он произвел очень хорошее впечатление: 1) своим докладом; 2) тем, как ему было задано немало вопросов, и он на них, он действительно защищался, он

действительно представлял определенную линию, он отстаивал свои взгляды и т.д.

И второе, если вы разрешите, все-таки несколько вопросов, которые остались, потому что это тема, которая не может быть разрешена сегодня. И то, что мы ее обсуждаем – это свидетельство действительно актуальности проблемы и того, что, кардиологи, все-таки есть такая проблема чисто терапевтической кардиологии, когда это так уже идет «по рельсам» неким использованием каких-то таблетированных препаратов, и мы имеем такой, в частности, высокий уровень сердечно-сосудистой смертности, в несколько раз превышающий целый ряд развитых стран и благоприятных в этом направлении, в частности, и в силу того, что таких больных нам мало направляют, что тут говорить. И в итоге такая тенденция, которую показывают развитые страны, когда число первичных имплантаций превышает число имплантаций по вторичным показаниям.

Но что тут, какие нюансы? Практически 8 лет наблюдения, 89 больных. Понятно, что скорость маленькая, число имплантаций больных маленькое. И если мы отсюда возьмем 70 % больных с ИБС, то получится число 50, и про статистику, часть будет первичных, часть – вторичных, про статистику говорить очень сложно.

Мне кажется, что есть две такие большие проблемы. Это проблема, конечно, чисто аритмогенная, если хотите, электрическая, потому что это одна история; а вторая история – это больные с ишемической болезнью сердца и с прогрессированием атеросклероза. Конечно, они соприкасаются, потому что те, кто умерли внезапно, мы хорошо понимаем, что большая их часть умерла от коронарной недостаточности и если говорить еще более сузив эти механизмы, то, конечно, вследствие острой электрической нестабильности. Поэтому привязываться к какому-то бассейну – это пытаться прогнозировать, в каком бассейне у нас будет прогрессирование атеросклероза у больного, который был уже стентирован или прошел

аортокоронарное шунтирование. Я бы, честно говоря, только набрав большую статистику, попыталась это делать. Но, возможно, у Вас более отважный характер и это правильно и объяснимо с точки зрения того места, которое Вы представляете. Более того, ничего плохого в этом не вижу, это одна из гипотез. Но надо быть в этом смысле аккуратным и приверженности и приоритетного поражения определенного коронарного русла в том числе, и говорить о полезности, и как мы помним судьбу Омакора про то, как оно спасало больных с желудочковыми аритмиями, потом вышли результаты. Про статины это же замечательно, но именно в той коронарной части пока, которая предотвращает коронарную болезнь и стабилизирует ситуацию и не тех пока что стабильности аритмогенной, которая собственно характерна для антиаритмических препаратов и антиаритмической эффективности.

Мне показалось интересным такой аспект, который Вы уже потом отмечали – как меняется психологический статус в зависимости от вида электротерапии – от шоковой терапии или от антитахикардитической стимуляции. Если это действительно убедительно доказано статистически – это здорово. И вывод, в общем, отсюда один, что больные, которые получают по показаниям и являются респондерами, они нуждаются просто в реабилитации и в том числе, наверно, психологической.

Я еще раз хочу Вас поздравить, потому что, мне кажется, это был очень достойный доклад, Вы очень убедительно выглядели. А те вопросы, которые были заданы – это свидетельство того, что тема актуальна, она далеко не исчерпана, И надеюсь, мы все сможем набирать этих больных и больше, чем 10 человек в год.

Спасибо.

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

– Спасибо, Елена Зеликовна. Кто еще хочет обменяться мнением? Нет желающих.

Тогда Вам предоставляется заключительное слово.

Михайличенко С.И. (соискатель):

– Глубокоуважаемый председатель диссертационного совета, уважаемые члены диссертационного совета! Хотелось бы выразить огромную благодарность дирекции центра, уважаемому диссертационному совету за возможность представлять в столь уважаемом центре результаты работы.

Хотелось бы поблагодарить научных руководителей ведущих аритмологов Николая Михайловича Неминущего, Евгения Владимировича Крюкова, руководителя, начальника госпиталя имени Н.Н. Бурденко.

Безусловно, хотелось бы поблагодарить оппонентов Владимира Борисовича Симоненко, Карапета Воваевича Давтяна, также одних из самых ведущих специалистов в Российской Федерации и в Европе.

Хотелось бы поблагодарить и сотрудников отделения – заведующего отделением, сотрудников, которые оказали огромную помощь в написании диссертационной работы.

Также хотелось сказать слова благодарности семье и родным.

Спасибо.

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

–Вопрос передается на тайное голосование. Нам необходимо избрать счетную комиссию. Предлагаются следующие кандидатуры доктора медицинских наук, профессора: Ключников Иван Вячеславович, Никитин Евгений Stanisлавович и Купряшов Алексей Анатольевич. Кто за то, чтобы избрать данный состав счетной комиссии, прошу голосовать (голосуют). Кто

против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. Прошу комиссию приступить к работе.

Происходит процедура тайного голосования.

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

– Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Ключникову Ивану Вячеславовичу для оглашения результатов тайного голосования.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Ключников И.В. зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 4 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом Д 001.015.01 от 22 февраля 2019 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук, профессор Ключников Иван Вячеславович.

Члены комиссии – доктор медицинских наук Никитин Евгений Станиславович; доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Михайличенко Сергея Игоревича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 14.01.26 - «сердечно-сосудистая хирургия» и 14.01.05 - «кардиология».

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 18 членов Совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации 14.01.26 - «сердечно-сосудистая хирургия» — 6 человек, 14.01.05 - «кардиология» - 6. Роздано бюллетеней – 18, осталось не розданных – 5, оказалось в урне – 18.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Михайличенко Сергею Игоревичу:

За	- 18,
Против	- нет,
Недействительных бюллетеней	- нет.

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 18 человек (из них по специальности 14.01.26 – «сердечно-сосудистая хирургия» — 6 человек, по специальности 14.01.05 - «кардиология» - 6), участвовавших в заседании из 23 человек, входящих в состав Совета (5 членов Диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – 18, «против» – нет, недействительных бюллетеней нет.

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

– Кто за то, чтобы утвердить протокол счетной комиссии, прошу голосовать. Кто против? (Нет). Воздержался?(Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

Нам необходимо также утвердить проект заключения по диссертации. Слово предоставляется ученому секретарю.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает проект заключения Диссертационного совета Д 001.015.01 по диссертации Михайличенко Сергея Игоревича на тему: «Оптимизация ведения пациентов с имплантированными

кардиовертерами-дефибрилляторами на основе изучения эпизодов жизнеугрожающих аритмий, предикторов их развития и оценки качества жизни» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 14.01.26 - «сердечно-сосудистая хирургия» и 14.01.05 - «кардиология»:

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: разработан впервые в стране способ оптимизации ведения пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами у больных с высоким риском внезапной сердечной смерти; предложены положения о том, что выраженность и особенности поражения коронарных артерий, наличие частой желудочковой эктопической активности, повышенный уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности и отсутствие гиполипидемической терапии статинами ассоциируются с частотой развития аритмических эпизодов и количеством срабатываний имплантированного кардиовертера-дефибриллятора; доказано, что удлинение детекции фибрилляции желудочков является вариантом безопасного снижения количества как обоснованных, так и необоснованных шоков ИКД; установлено, что получение больным электрических разрядов ИКД приводит к статистически значимому снижению показателей «общего состояния здоровья», «жизненной активности», «психического здоровья», снижает уровень и интенсивность социального взаимодействия и общения пациентов, требует проведения психотерапевтической коррекции.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что:

Выявлены предикторы, ассоциированные с развитием жизнеугрожающих желудочковых аритмий у пациентов с ИКД, на основе анализа данных аритмических эпизодов, информации о срабатываниях ИКД, а также проведено их сопоставление с результатами клинико-инструментальных методов обследования больных; применительно к

проблематике диссертации результативно использованы современные методы обследования пациентов и статистического анализа; определены параметры программирования имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов, влияющие на вероятность срабатываний устройств, позволяющие безопасно снизить количество необоснованных и обоснованных шоковых разрядов ИКД; изучены и представлены литературные данные об имеющихся на данный момент разработках отечественных и иностранных авторов, занимающихся имплантацией антиаритмических устройств и ведением пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами; проведена оценка качества жизни пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами в зависимости от наличия и количества шоковых срабатываний ИКД и клинической характеристики соматического статуса пациента.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: разработаны и внедрены лечебную деятельность кардиологических отделений кардиологического центра, отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения аритмий центра сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации подходы и алгоритмы ведения пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами; определена целесообразность оценки показателей липидного обмена и достижения их нормализации посредством адекватной терапии статинами; установлена необходимость проведения селективной ангиографии коронарных артерий для оценки влияния коронарного кровотока на аритмогенез и решения вопроса о возможности реваскуляризации миокарда при развитии жизнеопасных аритмий, приводящих к ИКД-терапии у пациентов с ИБС; представлены данные, обосновывающие необходимость программирования умеренно удлиненной детекции желудочковых аритмий, что для зоны

детекции фибрилляции желудочков составляет 9-12 секунд при частоте 180-200 ударов в минуту.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: теоретические положения, изложенные в диссертации, согласуются с результатами статистического анализа, представляющими данные о современном подходе к ведению пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами; идея базируется на доказательстве возможности использования новых методов программирования устройств, оценке клинического состояния и качества жизни пациентов с целью уменьшения количества шоковых срабатываний кардиовертеров-дефибрилляторов; установлено качественное совпадение по полученным данным с мировыми исследованиями, основанными на схожих методиках, проводимыми на качественно соответствующих группах пациентов; использованы современные методы сбора и обработки информации, достаточный объем клинического материала (78 пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами) и корректно выбранные сроки наблюдения, вытекающие из задач диссертационного исследования;

Личный вклад соискателя состоит в сборе и анализе данных, полученных при обследовании и наблюдении за пациентами, обработке материала с применением статистических методов исследования, анализе литературных данных, написании основных публикаций по выполненной работе.

Таким образом, на заседании 22 февраля 2019 г. диссертационный совет принял решение присудить Михайличенко С.И. ученую степень кандидата медицинских наук.

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

– Кто за то, чтобы утвердить данный проект заключения по диссертации, прошу голосовать. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 18, «против» - нет, «воздержался» - нет).

Сергей Игоревич, я поздравляю Вас с успешной защитой диссертации. Желаю Вам дальнейших успехов научных, практических и всех других!

Спасибо всем!

Председатель заседания:

заместитель председателя

Диссертационного Совета Д 001.015.01

доктор медицинских наук,

академик РАН

В.П. Подзолков

Ученый секретарь

Диссертационного Совета Д 001.015.01

доктор медицинских наук

Д.Ш. Газизова



22 февраля 2019 г.