

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н.
Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Стенограмма
заседания Диссертационного Совета
Д 001.015.01
от 23 сентября 2016 года**

Председатель заседания:

заместитель председателя

Диссертационного Совета Д 001.015.01,

доктор медицинских наук,

академик РАН

Подзолков Владимир Петрович

Учёный секретарь:

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации

на соискание учёной степени доктора медицинских наук

Авериной Ирины Ивановны

по специальности: «кардиология» - 14.01.05.

на тему «Прогнозирование течения послеоперационного периода после хирургической коррекции приобретённых пороков сердца с помощью современных неинвазивных методов визуализации сердца»

Москва - 2016

Председатель заседания: заместитель председателя Диссертационного Совета Д 001.015.01, доктор медицинских наук, академик РАН В.П. Подзолков.

На заседании Диссертационного Совета присутствуют:

№	Ф.И.О.	Ученая степень, цифр специальности в совете
	Бокерия Лео Антонович	доктор мед. наук 14.01.26.
	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук 14.01.26.
	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук 14.01.05.
	Бокерия Ольга Леонидовна	доктор мед. наук 14.01.05.
	Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук 14.01.05.
	Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук 14.01.05.
	Еременко Александр Анатольевич	доктор мед. наук 14.01.20.
	Ким Алексей Иванович	доктор мед. наук 14.01.26.
	Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук 14.01.05.
	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук 14.01.20.
	Маликов Виктор Евсеевич	доктор мед. наук 14.01.05.
	Муратов Равиль Муратович	доктор мед. наук 14.01.26.
	Никитин Евгений Станиславович	доктор мед. наук 14.01.20.
	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук 14.01.26.
	Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук 14.01.20.
	Скопин Иван Иванович	доктор мед. наук 14.01.26.
	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук 14.01.20.
	Самбаров Сергей Юрьевич	доктор мед. наук 14.01.26.

Всего из 23 членов диссертационного совета, утверждённых приказом председателя Высшей Аттестационной комиссии Российской Федерации, на заседании присутствуют 18 членов Совета. Количественный кворум обеспечен.

По специальности «кардиология» присутствуют 6 членов Совета. Качественный кворум тоже обеспечен. Совет правомочен начать работу.

На повестке дня защита диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук Авериной Ирины Ивановны. Тема «Прогнозирование течения послеоперационного периода после хирургической коррекции приобретённых пороков сердца с помощью современных неинвазивных методов визуализации сердца» по специальности - 14.01.05 – «кардиология».

Научные консультанты:

- доктор медицинских наук, академик РАН Лео Антонович Бокерия. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор.

- доктор медицинских наук, профессор Ольга Леонидовна Бокерия. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение хирургического лечения интерактивной патологии, главный научный сотрудник.

Слово предоставляется ученому секретарю для оглашения официальных материалов диссертации.

Ученый секретарь оглашает официальные материалы диссертации. Отмечает соответствие представленных документов требованию «положения ВАК».

Председатель: Есть ли какие-либо вопросы по справке? (*Вопросов и замечаний по заслушанным о диссертанте официальным данным нет*). Тогда, Ирина Ивановна, Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений Вашей диссертации.

Аверина И.И. – диссертант – докладывает (*доклад прилагается*).

Председатель: Какие возникли вопросы у членов Диссертационного совета к диссертанту? Пожалуйста, профессор Ключников Иван Вячеславович.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Ключников И.В.- первый вопрос: Ирина Ивановна, скажите пожалуйста, все – таки какое значение имеет нарушение функции циркулярных волокон? Вы в основном говорили о продольной функции. Связано ли наличие этих нарушений циркулярной функции с клиническими проявлениями сердечной недостаточности?

Второй вопрос: все – таки по поводу фиброза. Прозвучало, что с одной стороны фиброз уменьшается после успешной операции. С чем это связано, если это изменение рубца, рубцовой ткани? И с чем, по вашему мнению, с другой стороны, вы можете связать прогрессирование фиброза после операции?

Диссертант - ответ на первый вопрос: Уважаемый Иван Вячеславович, спасибо за вопрос. Вначале происходит повреждение продольной функции ЛЖ, а при прогрессировании сердечной недостаточности в дальнейшем присоединяется повреждение уже циркулярной функции. В работе показано, что при существовании нарушений ритма продольная функция уже повреждена. При прогрессировании сердечной недостаточности происходит повреждение циркулярной функции именно базального отдела ЛЖ. Базальная часть – это фундамент миокарда ЛЖ, при повреждении которого происходит расширение фиброзного кольца митрального клапана.

Ответ на второй вопрос: Самое интересное в нашем исследовании как раз и было то, что мы показали сохранение фиброза или его увеличение у всех наших больных в послеоперационном периоде. Мы решили найти в литературе данные о том, что же может происходить с фиброзом. И нашли, что при использовании ЛЖ обхода интерстициальный фиброз может уменьшаться. Затем проанализировав показатели ремоделирования, мы постарались ответить на вопрос, почему у нас не происходит уменьшение фиброза. Оказалось, что у больных с митральной, аортальной недостаточностью и неадаптивным ремоделированием, со сниженной ФВ, с перерастянутым ЛЖ, ИКСО > 55 мл/м² не происходит полного обратного ремоделирования до нормы. И, возможно, это

остаточное перерастяжение, остаточный объем и способствуют сохранению фиброза.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, член корреспондент РАН Елена Зеликовна Голухова - вопрос: Мне было бы удобно задать вопрос, а вам ответить, если вы покажите ваш слайд с отношением рисков развития сердечной недостаточности. У Вас показано, что операция «Лабиринт» занимает 3 балла. Какие у Вас есть комментарии этого явления?

Второй вопрос: Входило ли в ваши задачи изучение натрий-уретического пептида? Вы ничего об этом не сказали.

Диссертант - ответ на вопрос: Уважаемая Елена Зеликовна. Пациенты, которым проводится операция «Лабиринт» - это тяжёлая группа больных с митральной недостаточностью, неадаптивным ремоделированием ЛЖ, что и обуславливает высокий риск развития сердечной недостаточности после операции. Даже тип порока - митральная недостаточность, как показано, в таблице, наличие исходной выраженной сердечной недостаточности, проведение пластики митрального клапана повышает риск развития сердечной недостаточности в послеоперационном периоде. Поэтому в этих данных нет ничего удивительного.

Ответ на второй вопрос: Натрий-уретический пептид мы не анализировали, данных по динамике этого пептида у нас нет. Это не входило в задачи.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, Муратов Ренат Муратович - вопрос: Ирина Ивановна, скажите, пожалуйста, мой вопрос перекликается с вопросом Елены Зеликовны в отношении нарушений ритма. Часть больных имела сердечную недостаточность при запущенных стадиях порока, осложнённую мерцательной аритмией. Насколько ритм в отдалённые сроки после операции повлиял на исходы, особенно в группе, где был повышенный индексированный конечный систолический объём (ИКСО), с пограничной или сниженной фракцией выброса? Насколько эта ваша модель воспроизводима для больных с синусовым ритмом, для больных с постоянной формой фибрилляции предсердий. И насколько повлияла

ликвидация нарушений ритма на сократительную функцию ЛЖ, на показатели, которые вы изучили неинвазивными методами.

Диссертант - ответ на вопрос: Уважаемый Ренат Муратович.

Влияние ликвидации нарушений ритма на фиброз и показатели ремоделирования в послеоперационном периоде мы не изучали. Известно, что сохранение или появление нарушений ритма в послеоперационном периоде способствует сохранению растяжения стенки ЛЖ, негативному ремоделированию, способствует сохранению или появлению сердечной недостаточности. Если эти больные возвращаются к нам с пароксизмальной формой трепетания предсердий, фибрилляции предсердий. Мы делаем, РЧА правого перешейка и порой даже этого бывает достаточно, чтобы больные жили в дальнейшем без нарушений ритма. Мы имеем большое количество данных и показателей ремоделирования, полученных в работе, и поэтому можно провести специальное исследование на эту тему.

Председатель: Еще вопросы, пожалуйста: *(Вопросов нет).*

Учёный секретарь: оглашает поступившие отзывы.

1. Заключение учреждения, в котором выполнялась работа Авериной И.И.- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Минздрава России. Заключение принято на объединённой научной конференции отделений, участвовавших в обследовании и лечении пациентов. Конференция заключает, что диссертационное исследование рекомендуется к защите в Диссертационном Совете Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н.Бакулева» Минздрава России.

(Заключение прилагается)

2. **Отзыв ведущей организации** – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского»

подписанный доктором медицинских наук, профессором кафедры терапии ФУВ Гуревичем Михаил Александровичем.

Отзыв положительный, замечаний не содержит (*прилагается*).

Отзывы на автореферат диссертации:

1. от заведующей кардиологическим отделением Научно-исследовательского института педиатрии ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Басаргиной Елены Николаевны,

2. от директора Государственного бюджетного учреждения Республики Дагестан «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии», доктора медицинских наук, профессора Махачева О. М. (г. Махачкала).

(Отзывы положительные, без замечаний, прилагаются).

Председатель: Поскольку замечаний нет, мы можем перейти к обсуждению. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту доктору медицинских наук, профессору Гендлину Геннадию Ефимовичу

Доктор медицинских наук, профессор Г.Е. Гендлин – официальный оппонент – зачитывает отзыв (*Отзыв положительный, не содержащий замечаний, прилагается*). В качестве моего интереса, хочу спросить, были ли у Вас пациенты с сочетанным поражением митрального и аортального клапанов? У этих больных имеется самое сложное ремоделирование, долго сохраняется дилатация. Изучить этих пациентов было бы интересно. И второе: когда вы изучали прогноз было видно, что наряду с новыми показателями, такие традиционные, как отношение Е/А, фракция укорочения – тоже хорошо работали. Не было ли у Вас мысли, исследовать больных с нормальной ФВ и нормальными показателями ремоделирования в плане осложнений, плохого восстановления после операции.

Председатель: Спасибо, Геннадий Ефимович. Слово диссертанту для ответа официальному оппоненту.

Диссертант: Глубокоуважаемый Геннадий Ефимович! Я выражаю свою благодарность за положительный отзыв и хочу ответить на вопросы: пациенты с сочетанием митральной и аортальной недостаточности редко, но встречаются в нашей практике и для них характерно выраженное ремоделирование, сферификация ЛЖ, низкая фракция выброса. Постоянная перегрузка объемом митральной и аортальной регургитацией приводит к истончению стенки ЛЖ. Надо отметить, что к этим пациентам относятся все выявленные закономерности, представленные в нашей работе. У этих пациентов происходит нарушение не только продольной, но и циркулярной функции, чаще встречается уже не умеренный, а выраженный фиброз. И эти пациенты будут относиться к группе с негативным ремоделированием, с прогрессирующим фиброзом, который и будет поддерживать продольную и циркулярную дисфункцию ЛЖ.

Отвечая на второй вопрос, я хочу сказать, если пациент приходит к нам с нормальным ремоделированием, нормальной фракцией выброса, нормальными объёмными показателями, то послеоперационный период обычно протекает без особенностей при отсутствии интраоперационных проблем. Это была группа с благоприятным прогнозом.

Спасибо большое, еще раз за столь интересную оценку и глубокий анализ моей работы.

Председатель: Слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, Ореховой Екатерине Николаевне.

Доктор медицинских наук Орехова Екатерина Николаевна – официальный оппонент – зачитывает отзыв (*Отзыв положительный, не содержащий замечаний, прилагается*). **У меня есть вопросы:** Ирина Ивановна, вы получили показатели прогноза, измеренные в покое и во время стресса. И показатели в покое имели больший коэффициент корреляции с прогнозом, чем показатели, полученные во время проведения стресс эхокардиографии. Это приводит к умозаключению, что может совершенно не обязательно выполнять протокол стресс эхокардиографии. Или нужно обозначить категорию больных, которым важно выполнять стресс эхокардиографию. И какую дополнительную

предиктивную ценность мы можем получить у показателей, полученных при стрессе, если у показателей в покое предиктивная ценность аналогично высока.

Второй момент: в вашей работе, исходя из целей и задач, собраны очень разные пациенты с абсолютно разными изменениями геометрии. Например, пациенты с аортальной недостаточностью – это больные с очень большими объёмами КСО, КДО, тогда как больные с изолированным митральным стенозом имеют маленький ЛЖ. Тем не менее, у Вас для той и другой категории пациентов в качестве универсального маркера представлены объёмные показатели. Может быть, это особенности пациентов, которые были включены в ваше исследование?

Председатель: Спасибо Екатерина Николаевна. Слово диссертанту для ответа официальному оппоненту.

Диссертант: Глубокоуважаемая Екатерина Николаевна! Благодарю Вас за положительный отзыв.

Действительно, после объединения всех статистических методов, определяющих прогноз для выявления наиболее информативных показателей, полученных в покое и во время стресса, мы получили данные, что показатели в покое значимо определяют прогноз. Я думаю, что решение в том, что мы проводили стресс эхо исследование больным не только со сниженной фракцией выброса, но и с нормальной. Поэтому мы и получили такой результат. Я думаю, что стресс показатели надо использовать именно для больных с низкой фракцией выброса, низкой сократительной способностью миокарда, что и было показано на клиническом примере в конце моего доклада.

Отвечая на следующий вопрос, хочу сказать, что Вы правильно заметили преобладание пациентов с объёмной перегрузкой в нашем исследовании. Пациентов с митральным стенозом было всего 5 %, поэтому на общий результат они не повлияли.

Председатель: Слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, Кулагиной Татьяне Юрьевне.

Доктор медицинских наук Кулагина Татьяна Юрьевна – официальный оппонент – зачитывает отзыв (*Отзыв положительный, не содержащий замечаний, прилагается*).

Диссертант: Глубокоуважаемая Татьяна Юрьевна! Я выражаю свою глубокую благодарность Татьяне Юрьевне, которая дала толчок появлению интересных идей, представленных в докладе, провела подробный анализ моей работы и спасибо за помощь в подготовке этого события.

Председатель: Кто из членов Диссертационного совета хочет обменяться мнениями?

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Муратов Ренат Муратович: Очень интересная работа, очень своевременная, и как подчеркнули все оппоненты, чрезвычайно важна для нашей практики, поскольку для кардиохирургических вмешательств направляется все больше пациентов с пограничным состоянием миокарда ЛЖ с самой разной патологией. Если говорить о пороках, это две категории пациентов с дилатацией и выраженной гипертрофией миокарда. В отношении регрессии фиброза, я должен напомнить старые работы 80-х годов морфологов Марка Ференса и Боба Дженингса, которые изучали вопросы эволюции гипертрофии. Тогда же, по данным биопсии интраоперационно и в отдалённые сроки после операции было показано, что истинный фиброз может быть или сохранным, в случае аортальных стенозов или может увеличиваться, поскольку процент гипертрофированной мышцы после порока уменьшается. Эти вещи, являются классическими, они обоснованы. Сочетание неинвазивных методик в работе показало группу риска осложнений в отдалённые сроки. Мне кажется, что ценность этой работы именно в том, что Ирина Ивановна выделила ту группу, которую нужно при планировании хирургического вмешательства исследовать не только по обычному алгоритму, но и подвергнуть этих пациентов расширенному исследованию, включая тканевой доплер, метод слежения частиц, магнитно-резонансную томографию, которое позволит глубже оценить степень поражения миокарда ЛЖ. И таким образом, применить нетрадиционные

методы воздействия на миокард. В частности, сокращение межпапиллярного пространства, расширение метода хордосохранения при вмешательстве на митральном клапане. Еще я хотел бы выделить серьёзную группу больных, с которыми мы имеем большие проблемы в отдалённые сроки – это больные с аортальной недостаточностью, которых мы оперируем без вмешательства на митральном клапане, в то время, когда у них нет митральной недостаточности, но в дальнейшем как ни странно, главной проблемой является тяжёлая митральная недостаточность в сочетании со снижением сократимости. Я считаю, что использование вот этого комплекса методов позволит провести профилактические меры по предупреждению миокардиальной недостаточности. Я полностью поддерживаю эту работу. Я считаю, что ее нужно пропагандировать. Нужно все акценты этой работы довести до внимания кардиохирургов и кардиологов с тем, чтобы мы могли более уверенно подходить к алгоритму обследования, оценки операбельности конкретного больного. Я одобряю эту диссертацию. Спасибо.

Председатель: Спасибо, Ренат Муратович. Слово предоставляется доктору медицинских наук, профессору, член корр. РАН Голуховой Елене Зеликовне.

Доктор медицинских наук, профессор Голухова Е.З.

Уважаемые коллеги! Я тоже хотела бы поделиться некоторыми соображениями в отношении сильных сторон этой работы. Действительно, и это диссертант отразила в своём выступлении – это не первая работа в этом центре, но почему она привлекает внимание и, безусловно, заслуживает поддержки. Первое – это систематический анализ морфо-функциональных изменений миокарда при его ремоделировании после операций протезирования клапана по данным магнитно-резонансной томографии. Это самая верифицированная методика, которая сегодня есть. Это не просто украшает работу, это её преимущество, её основная изюминка.

Второй посыл в том, что автор показывает, что после операции даже если мы не имеем сердечной недостаточности, нарушений ритма и летального исхода, что явилось конечными точками, все равно, это оперированное сердце, которое не

всегда полностью подвергается обратному морфо-функциональному развитию к норме. Это важный посыл для кардиологов.

В отношении ультразвуковых методов, которые использует автор. Набор этих методов велик. Эти методы позволяют оценить прежде всего диастолическую функцию, жёсткость миокарда, которые очень сложно оценить другими методами. Как в любом исследовании остаются темы, которые порождают другие возможности научных исследований. Вспомните пациентов с выраженной гипертрофией ЛЖ, например, пациентов с тетрадой Фалло. У этих больных есть нарушения ритма, когда они не оперированы и у них есть фиброз, на фоне которого возникают аритмогенные электрофизиологические условия, которые провоцируют развитие аритмий. Поэтому вопрос аритмогенных и проаритмогенных факторов представляет собой интерес в плане дальнейших исследований, поскольку они тоже соотносятся с фиброзом. У меня возник вопрос о натрий- уретическом пептиде, потому что это очень чувствительный протеин сердечной недостаточности. Показателен именно в отдалённом периоде после операции. Работа действительно заслуживает всяческого внимания и похвалы в тех разделах, о которых я сказала.

Председатель: Спасибо, Елена Зеликовна.

Еще есть желающие обменяться мнениями среди Членов Совета и присутствующих? Слово предоставляется доктору медицинских наук, профессору Сокольской Н.О.

Доктор медицинских наук, профессор Сокольская Н.О. Глубокоуважаемый Владимир Петрович. Глубокоуважаемые члены Ученого Совета. Я хочу подчеркнуть актуальность данной работы. Все эти методы актуальны в нашей повседневной практике. Работа Ирины Ивановны посвящена современному направлению клинической медицины – прогнозированию послеоперационного течения с использованием неинвазивных методов диагностики. Появление такой работы с использованием новых индексов и новых показателей возможно благодаря только 2 основным факторам – это, безусловно, появление новых аппаратов, которые позволяют получать новые знания на новом уровне, и таких

учёных как Ирина Ивановна, которая может провести такую скрупулёзную, детальную диагностику и глубокий анализ полученных знаний. Я хочу поддержать эту работу.

Председатель: Спасибо, Надежда Олеговна.

Еще есть желающие обменяться мнениями среди Членов Совета и присутствующих? (нет желающих).

Слово диссертанту для заключительного слова.

Аверина И.И. – диссертант – заключительное слово: Глубокоуважаемый председатель, уважаемые члены Диссертационного Совета, коллеги.

В заключении хочу отметить, что мы не изучали крупноочаговый фиброз (который мы называем рубцовые изменения), мы изучали очаговый и интерстициальный фиброз. Как раз в нашей работе и было показано, что этот фиброз сохраняется или увеличивается. Однако, по данным разных авторов было показано, что интерстициальный фиброз, например, после ЛЖ обхода обратим. Спасибо Ренату Муратовичу за то, что он сделал акцент на клапан – левожелудочковом подходе, отметил необходимость изменения геометрии ЛЖ одновременно с протезированием клапана.

Хочу выразить свою благодарность всем участникам обсуждения этой работы. В заключении, я хочу выразить благодарность своим научным консультантам Академику Л.А. Бокерия и д.м.н., профессору О.Л. Бокерия за помощь в выборе темы и поддержку в реализации данной работы.

Спасибо моим замечательным рецензентам, оппонентам, которые провели столь глубокий, скрупулёзный анализ моей работы. Моя искренняя благодарность Светлане Александровне Александровой, которая проводила магнитно-резонансное исследование и дала толчок креативным идеям этой работы в области фиброза. Моя благодарность Марине Юрьевне Мироненко за помощь и поддержку. Спасибо моим коллегам за всестороннюю поддержку.

Я благодарна своей семье, в особенности моей маме, за колоссальную поддержку. Спасибо всем.

Председатель: Спасибо. Вопрос передаётся на тайное голосование. Для проведения тайного голосования необходимо избрать счетную комиссию. В состав счетной комиссии предлагаются: доктор медицинских наук, профессор Ключников И.В., доктор медицинских наук, профессор Муратов Р.М., доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю. Есть другие кандидатуры? Если нет, то прошу проголосовать. Кто за то, чтобы избрать данный состав комиссии? *(Члены Диссертационного Совета голосуют - счетная комиссия утверждается единогласно).* Комиссию прошу приступить к работе.

Проходит процедура тайного голосования.

Председатель: Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Ключникову И.В.

Председатель счетной комиссии доктор медицинских наук, профессор Ключников И.В.: оглашает результаты тайного голосования:

ПРОТОКОЛ № 27

Заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным Советом

Д 001.015.01 от 23 сентября 2016 года

Состав счётной комиссии:

Председатель: доктор медицинских наук, профессор И.В. Ключников

Члены комиссии: доктор медицинских наук, профессор Р.М. Муратов
доктор медицинских наук профессор И. Ю. Сигаев

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации **Авериной Ирины Ивановны** на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности «кардиология».

Состав диссертационного совета утверждён приказом Министерства образования и науки от 2 ноября 2012 г. № 714/нк в количестве 23 человек.

Присутствовали на заседании 18 членов Совета, в том числе докторов наук по профилю «кардиология» 14.01.05 - 6

Роздано бюллетеней 18

Осталось не розданных бюллетеней 5

Оказалось в урне бюллетеней 18

Результаты голосования по вопросу присуждения ученой степени доктора медицинских наук Авериной Ирине Ивановне:

ЗА – 17

ПРОТИВ – 1

НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫХ БЮЛЛЕТЕНЕЙ – нет

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный Совет в количестве 18 человек (из них по 6 докторов медицинских наук по специальности «кардиология» - 14.01.05.), участвовавших в заседании, из 23 человек, входящих в состав Совета (5 членов Диссертационного Совета отсутствовали по уважительной причине), проголосовало: «за» - 17, «против» - 1, недействительных бюллетеней нет.

Председатель: Разрешите утвердить протокол счётной комиссии. Кто за данное предложение, прошу проголосовать. (*Голосуют единогласно*). Кто против, воздержался? (*Принято единогласно*).

Протокол счётной комиссии утверждается единогласно.

Нам необходимо открытым голосованием утвердить Заключение Диссертационного Совета по диссертации И.И. Авериной. Слово предоставляется Ученому секретарю.

Ученый секретарь: зачитывает Проект заключения Диссертационного Совета Д 001.015.01 при ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России по диссертации Авериной И.И. «Прогнозирование течения послеоперационного периода после хирургической коррекции приобретённых пороков сердца с помощью современных неинвазивных методов визуализации сердца», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности: «кардиология» - 14.01.05.

Диссертация «Прогнозирование течения послеоперационного периода после хирургической коррекции приобретённых пороков сердца с помощью современных неинвазивных методов визуализации сердца» выполнена на базе

отделения хирургического лечения интерактивной патологии, рентгенодиагностического отделения, отделения рентгенохирургических методов исследования и лечения сердца и сосудов, отделения лабораторных методов исследования Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

- **выявлены** предикторы неблагоприятного прогноза послеоперационного периода после хирургического лечения больных с пороками сердца с использованием современных методов визуализации, в том числе магнитно-резонансной томографии сердца с контрастным усилением;

- **доказано**, что отсутствие или неполное ремоделирование после операции зависит от исходного объёма сердца, необратимого повреждения продольной функции ЛЖ, что приводит к сохранению и прогрессированию фиброза ЛЖ. Отмечено, что ремоделирование и фиброз происходят преимущественно в межжелудочковой перегородке;

- **разработана** методика определения контрактильного резерва и прогнозирования послеоперационного периода по данным стресс эхокардиографии с использованием метода слежения частиц, даны рекомендации для каждого вида порока.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что:

- **выявлена** и изучена причина сохранения сердечной недостаточности, продольной дисфункции, причина сохранения и прогрессирования фиброза ЛЖ после изолированной коррекции клапанной патологии,

- **показана** необходимость геометрической реконструкции сердца у больных с индексированным систолическим объёмом более $45 - 50 \text{ мл/м}^2$,

поскольку отсутствие коррекции геометрии сердца при таких объёмах приводит к прогрессированию сердечной недостаточности, снижению ФВ и увеличению фиброза;

- **применительно к проблематике диссертации результативно использованы** современные методы обследования пациентов и статистического анализа; изучены возможности стресс эхокардиографии с методом слежения частиц для определения миокардиального резерва и прогноза.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что:

- **разработана и внедрена** (в практику «Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации) методика стресс эхокардиографии с методом слежения частиц;

- **определены** показатели неблагоприятного прогноза; проведена оценка динамики ремоделирования и функции миокарда (продольной и циркулярной),

- **созданы** практические рекомендации для улучшения результатов хирургического лечения приобретённых пороков сердца.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: что

- **идея базируется** на многолетнем опыте лечения больных с клапанной патологией сердца в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- **использованы** современные методы сбора и обработки информации, достаточный объем клинического материала (144 пациента) и корректно выбраны сроки наблюдения.

Личный вклад соискателя Авериной И.И. состоит в сборе материала для диссертационной работы, в непосредственном участии в клиническом и инструментальном обследовании 144 пациентов и статистической обработке материала, написании основных публикаций по выполненной работе.

Диссертация охватывает основные вопросы поставленной научной проблемы и соответствует критерию внутреннего единства, что подтверждается наличием последовательного плана исследования, непротиворечивой методологической платформы, основной идейной линии, концептуальности и взаимосвязи выводов. Выводы и практические рекомендации основаны на результатах приведённого исследования, соответствуют цели и задачам работы, научно аргументированы.

На заседании 23 сентября 2016 года Диссертационный совет пришёл к выводу о том, что диссертация представляет собой завершённую научно-квалификационную работу, содержащую новое решение актуальной научной задачи - прогнозирование течения послеоперационного периода после хирургической коррекции приобретённых пороков сердца с помощью современных неинвазивных методов визуализации сердца, имеющей большое значение для кардиологии.

Таким образом, Диссертационный Совет принял решение присудить Авериней Ирине Ивановне учёную степень доктора медицинских наук по специальности «кардиология» - 14.01.05.

Председатель: Кто за то, чтобы утвердить Проект заключения Диссертационного Совета по диссертации Авериной И.И.?

Кто за данное предложение – прошу голосовать. (*Голосуют единогласно*). Кто против, воздержался? (*Нет*). (*Замечаний и дополнения к Проекту заключения нет*).

Заключение Диссертационного Совета Д 001.015.01 при ФГБУ «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России по

инструментальном обследовании 144 пациентов и статистической обработке материала, написании основных публикаций по выполненной работе.

Диссертация охватывает основные вопросы поставленной научной проблемы и соответствует критерию внутреннего единства, что подтверждается наличием последовательного плана исследования, непротиворечивой методологической платформы, основной идейной линии, концептуальности и взаимосвязи выводов. Выводы и практические рекомендации основаны на результатах приведённого исследования, соответствуют цели и задачам работы, научно аргументированы.

На заседании 23 сентября 2016 года Диссертационный совет пришёл к выводу о том, что диссертация представляет собой завершённую научно-квалификационную работу, содержащую новое решение актуальной научной задачи - прогнозирование течения послеоперационного периода после хирургической коррекции приобретённых пороков сердца с помощью современных неинвазивных методов визуализации сердца, имеющей большое значение для кардиологии.

Таким образом, Диссертационный Совет принял решение присудить Авериной Ирине Ивановне учёную степень доктора медицинских наук по специальности «кардиология» - 14.01.05. При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 18 человек, из них по специальности диссертации - 14.01.05 - «кардиология» 6 докторов наук, участвовавших в заседании, из 23 человек, входящих в состав совета, проголосовал за присуждение учёной степени - 17, против присуждения учёной степени - 1, недействительных бюллетеней - нет.

Председатель заседания:

заместитель председателя

Диссертационного Совета Д 001.015.01,
доктор медицинских наук, академик РАН

Ученый секретарь

Диссертационного Совета Д 001.015.01,
доктор медицинских наук
23 сентября 2016 г.



Д.Ш. Газизова