

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

СТЕНОГРАММА № 9

заседания Диссертационного Совета Д 001.015.01

от 27 апреля 2018 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 доктора медицинских наук

Рычина Сергея Владимировича на тему:

**«Хирургическое лечение аневризм восходящей аорты у больных с
синдромом Марфана»**

по специальности 14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия

Москва - 2018

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 Рычина Сергея Владимировича на тему: «Хирургическое лечение аневризм восходящей аорты у больных с синдромом Марфана» на соискание ученой степени доктора 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	Бокерия Лео Антонович	доктор мед. наук, 14.01.26	Председатель Диссертационного совета
2	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук, 14.01.26	Заместитель председателя Диссертационного совета, председатель заседания
3	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук, 14.01.20	Заместитель председателя Диссертационного совета
4	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук, 14.01.05	Ученый секретарь Диссертационного совета
5	Бокерия Ольга Леонидовна	доктор мед. наук, 14.01.05	
6	Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук, 14.01.05	
7	Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук, 14.01.05	
8	Диасамидзе Кахабер Энверович	доктор мед. наук, 14.01.20	

9	Камбаров Сергей Юрьевич	доктор мед. наук, 14.01.26	
10	Ким Алексей Иванович	доктор мед. наук, 14.01.26	
11	Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук, 14.01.05	
12	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук, 14.01.20	
13	Лобачева Галина Васильевна	доктор мед. наук, 14.01.20	
14	Никитин Евгений Станиславович	доктор мед. наук, 14.01.20	
15	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук, 14.01.26	
16	Скопин Иван Иванович	доктор мед. наук, 14.01.26	
17	Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук, 14.01.20	
18	Шаталов Константин Валентинович	доктор мед. наук, 14.01.26	

Уважаемые коллеги! Всего из 23 членов совета, утвержденных приказом председателя ВАК Российской Федерации, у нас присутствует 18 членов совета – количественный кворум обеспечен. По специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 присутствует 7 членов совета – качественный кворум также обеспечен. Разрешите объявить заседание открытым.

На повестке дня у нас защита диссертации Рычина Сергея Владимировича на тему: «Хирургическое лечение аневризм восходящей аорты у больных с синдромом Марфана» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

Научный консультант:

Бокерия Лео Антонович, доктор медицинских наук, академик РАН, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени

А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор.

Официальные оппоненты:

Хубулава Геннадий Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заведующим 1 кафедрой (хирургии усовершенствования врачей) Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26);

Чарчян Эдуард Рафаэлович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий отделением хирургии аорты и ее ветвей Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26);

Соколов Виктор Викторович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий научным отделением неотложной кардиохирургии, вспомогательного кровообращения и трансплантации сердца Государственного бюджетного учреждения здравоохранения г. Москвы «НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы» (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26).

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 Владимирович, Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений Вашей диссертации.

Рычин Сергей Владимирович (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

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

– Спасибо. Какие вопросы возникли в процессе доклада у членов Ученого совета? У членов Ученого совета есть вопросы? У присутствующих? Нет вопросов? Присаживайтесь тогда.

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

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

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н.Бакулева» Министерства здравоохранения 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 принципиальных замечаний, прилагается).

В отзыве имеются следующие замечания и вопросы непринципиального характера:

1) Каковы методы современной генетической диагностики синдрома в перинатальном возрасте? И занимался ли автор такими исследованиями?

2) Каково мнение автора о преимуществе операции по David в сравнении с операцией по Якубу, опыт клиники в выполнении этих вмешательств?

3) Каково место гибридных вмешательств и трансаортального протезирования при лечении синдрома Марфана, опыт клиники?

3. Отзывы на автореферат от:

- главного врача ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Шнейдера Юрия Александровича;

- руководителя отдела хирургии сердца и сосудов ГБУЗ МО МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского, члена-корреспондента РАН, доктора медицинских наук, профессора Шумакова Дмитрия Валерьевича;

- заведующего кардиохирургическим отделением № 2 ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского» МЗ Краснодарского края, доктора медицинских наук Барбухатти Кирилла Олеговича;

- руководителя центра новых хирургических технологий ФГБУ «НМИЦ имени академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, доктора медицинских наук Богачева-Прокофьева Александра Владимировича;

- заведующего отделением хирургии приобретенных пороков сердца ГБУЗ Нижегородской области «Специализированная кардиохирургическая

клиническая больница», доктора медицинских наук, профессора Чигинева Владимира Александровича;

- директора ГБУ Республики Дагестан «Научно-клиническое объединение Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии», доктора медицинских наук, профессора Махачева Османа Абдулмаликовича.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

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

– Сергей Владимирович, Вам слово для ответа на замечания, которые были сделаны.

Рычин С.В. (соискатель):

– Первый вопрос по методам генетической диагностики в перинатальном возрасте. Все-таки диагноз синдром Марфана, как показано в соответствии с Гентской классификацией и новой классификацией 2010 г., основывается больше на клиническом анализе. И если мы берем Гентскую классификацию 1996 г., то здесь генетические методы вообще отходят больше на второй план, а приоритет отдается именно клиническому обследованию и именно пациентам уже рожденным. Поэтому что касается перинатальной диагностики, мы этим не занимались, и считаем, что нет необходимости это делать, так как обследование пациентов ведется уже после рождения. И, как правило, это дети, начинать надо с детей, если есть такие предпосылки, как правило, это с возраста 5-6 лет, когда начинают проявляться клинические признаки синдрома Марфана.

Что касается клапансохраняющих операций. Операция Якуба отличается от операции David тем, что в ходе этой операции лучше восстанавливается геометрия синуса Вальсальвы, однако, при этой операции есть один минус –нет стабилизации фиброзного кольца аортального клапана,

что очень важно для пациентов с синдромом Марфана. У пациентов с синдромом Марфана необходимо стабилизировать все фиброзные кольца тех клапанов, которые мы реконструируем, будь то митральный клапан, будь то аортальный клапан. А это нам дает только операция David, которая позволяет, и стабилизировать фиброзное кольцо аортального клапана, и соответственно восстановить геометрию корня, и восстановить функцию аортального клапана. Поэтому для пациентов с синдромом Марфана мы использовали только операцию David. Вообще операция Якуба применялась в нашем институте, выполнена она у 5 больных, но все эти больные были без патологии соединительной ткани.

И место гибридных вмешательств и транскатетерного аортального протезирования – опять же мы здесь упираемся в проблему несостоятельности соединительной ткани. Если мы имеем слабость соединительной ткани, то все гибридные процедуры имеют риск возникновения эндоликов в послеоперационном периоде, то есть просачивания крови из истинного просвета в ложный в перипротезное пространство вокруг этого графта. Поэтому и в литературе все согласительные европейские комиссии не рекомендуют использовать изолировано стент-графты, изолировано транскатетерное протезирование для больных с синдромом Марфана и с другими соединительно-тканевыми дисплазиями. Однако, возможно выполнение сочетанных процедур, то есть когда мы создаем четкую зону фиксации путем протезирования какого-либо одного из участков аорты. И затем уже за этот участок аорты фиксируется стент-графт. Тем самым устраняется риск дилатация аорты в этой зоне и соответственно риск возникновения эндоликов. К сожалению, наша клиника такого опыта по имплантации стент-графтов не имеет. Я могу говорить только теоретически на основании литературных данных.

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

– Спасибо. Мы можем перейти к обсуждению. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору, академику РАН Хубулаве Геннадию Григорьевичу.

**Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Хубулава
Геннадий Григорьевич (официальный оппонент)** зачитывает отзыв (отзыв положительный, принципиальных замечаний не содержит, прилагается).

В ходе выступления и в том числе в самом отзыве оппонентом был задан ряд вопросов и сделан ряд замечаний следующего характера:

Следует сказать, что тем пациентам, которых прооперировали, в последующем необходимо длительное наблюдение, потому что болеет не только восходящий отдел и дуга аорты, а вся аорта, и в последующем у этих пациентов развиваются осложнения. К сожалению, в работе я не нашел указаний, хотя обследование пациентов было проведено четко, каков алгоритм последующего наблюдения за этими пациентами. Даже в благополучной Германии у пациентов с острым расслоением аорты и синдромом Марфана 56 % пациентов не получают повторной операции. Я не говорю, как у нас в стране. Я ни в обзоре не нашел этих указаний Сергея Владимировича, ни в этой главе (речь идет о второй главе), как этих пациентов в последующем обследовать и как за ними следить, какой алгоритм последующего наблюдения.

Мне не хватило немножко в третьей главе сравнения результатов лечения пациентов с хроническими формами и острыми расслоениями аорты и причин этих различий. По данным автора причинами неблагоприятного исхода являются значимость исходного клинического тяжелого состояния пациента, сопутствующая недостаточность митрального клапана, дилатация

полостей сердца – но это, в общем-то, такие достаточно банальные и известные вещи.

Особое внимание уделено пациентам с сопутствующим поражением митрального клапана. И меня несколько смутило в этой работе, что в группе пациентов, которым выполнялось протезирование митрального клапана, и которым выполнялась пластика, результаты были хуже у пациентов с протезированием клапана. Все-таки летальность у этой группы пациентов, когда имеется еще кроме большого объема на восходящем отделе аорты какая-то другая сопутствующая патология, она реализуется через более длительное время пережатия аорты. По моим представлениям протезирование митрального клапана происходит гораздо быстрее, чем пластика, поскольку пластические операции они всегда требуют более длительного времени, это творчество, и всегда не знаешь, что там сделать. Здесь все-таки протезирование проходит быстрее, но летальность у пациентов с протезированием почему-то в группе этих больных оказалась выше. Вот это мне несколько оказалось непонятно. Я думаю, что Сергей Владимирович в своем ответе даст пояснения на эту тему.

Глава седьмая посвящена результатам клапансберегающих операций у пациентов с синдромом Марфана. Я специального вопроса на эту тему Сергею Владимировичу не стал задавать в своем официальном отзыве, но, наверно, он на него ответит. Для себя мы решили в своей клинике, что пациентам с синдромом Марфана клапансберегающих операций в виде, например, операций David мы делать просто не будем, потому что отдаленные результаты наши и других авторов показали, что клапан в последующем через 2, 3, 4 года перестает держать, и таким пациентам необходимо оперативное вмешательство. Если нет синдрома Марфана, мы знаем, что нет соединительнотканной дисплазии, мы знаем, что, да, можно сделать, и то должен быть дифференцированный подход к выбору этой операции. Когда молодая женщина, наверно, будет рожать когда-то – нам не

нужен механический протез, не нужен варфарин. Нужны какие-то особые условия, чтобы мы у пациентов выполнили клапансберегающую операцию. На этот вопрос я тоже хотел бы услышать от Сергея Владимировича ответ.

Принципиальных замечаний у меня нет. Однако, хотелось бы услышать ответы на те вопросы, о которых я сказал и еще:

1. При каких все-таки размерах, Сергей Владимирович, восходящей аорты у пациентов с синдромом Марфана по сравнению с пациентами без такового уже показано оперативное лечение? Потому что однозначного ответа на этот вопрос до сих пор нет. Некоторые авторы, как и Вы, в своем алгоритме предлагают 50 мм и выше оперировать, у пациентов с сопутствующим двухстворчатым клапаном это 45 мм и выше. Все-таки Вы накопили такой достаточно большой опыт. Как Вы считаете, когда таких пациентов оперировать?

2. Как часто и с использованием каких методов необходимо обследовать таких пациентов после операции? Этот вопрос я Вам уже задавал, еще раз повторяю.

3. Чем обусловлена низкая (в 2 раза) выживаемость в отдаленном периоде у пациентов с расслоением аорты I типа по сравнению с таковыми пациентами без расслоения? Связано ли это с последующими разрывами аневризмы дистальной, то есть нисходящего отдела аорты, с развитием каких-то осложнений (мальперфузии) или по каким-то другим причинам? Я не увидел в этой работе.

И тот вопрос, который я Вас спрашивал по поводу протезирования митрального клапана и пластики.

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

– Спасибо, Геннадий Григорьевич. Сергей Владимирович, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Рычин С.В. (соискатель):

- Глубокоуважаемый Геннадий Григорьевич! Спасибо за столь тщательный анализ моей работы и за такие интересные вопросы. Я постараюсь также качественно на них ответить, как Вы их сформулировали.

Как часто необходимо обследовать пациентов в послеоперационном периоде? Здесь, конечно, все зависит от состояния дистальной аорты, как я уже говорил в своем докладе. Если мы имеем пациента с I типом расслоения аорты, то, конечно, первое время до 5 лет желательно обследовать ежегодно. Потому что эти первые годы, они, как правило, очень опасны именно в плане продолжающейся дилатации расслоенной аорты. Если мы в ряде этих исследований видим, что у пациента диаметр аорты стабилен, у него нет клинических проявлений синдрома мальперфузии висцеральных органов, дальше можно обследовать больного реже – раз в 2 года, раз в 3 года, раз в 5 лет. Конечно, здесь преимущество, как я уже тоже говорил, отдается методу магнитно-резонансной томографии, так как это более безопасно, чем компьютерная томоангиография, вследствие отсутствия лучевой нагрузки. Пациенты с интактной аортой соответственно должны обследоваться – раз в 2-3 года. Но опять же, если мы видим при исследовании динамику отрицательную, а именно увеличение диаметра нисходящей грудной, либо брюшной аорты, нужно уменьшать интервал и определить показания к своевременной операции, что улучшит отдаленные результаты у этих пациентов.

Острое расслоение аорты. Конечно, я с Вами абсолютно согласен – острое расслоение не может не влиять на летальность, не может не влиять на результаты госпитальные, и в докладе на слайде это было показано, я просто, наверно, не акцентировал на этом внимание, что летальность в группе с острым расслоением аорты была больше. Однако, здесь было всего 23 больных, может быть, это связано с этим. Когда мы проводили статистический анализ, к сожалению, вероятнее всего, из-за малого

количества пациентов острое расслоение аорты не получалось статистически значимо. Хотя мне тоже это показалось странным, и все-таки, конечно, пациенты с острым расслоением это более тяжелая категория больных, более тяжелый контингент больных, и он должен влиять на госпитальную летальность и статистически влиять. В данном случае острое расслоение и синдром мальперфузии, который бывает у этих пациентов, и исходная сердечная недостаточность, клиника тампонады – все это сказывалось у нас на нелетальных осложнениях, увеличивала соответственно процент риска нелетальных осложнений, и соответственно она у нас статистически выявлялась именно в этих позициях.

Псевдоаневризмы коронарных анастомозов тоже очень интересный вопрос, о котором ведется дискуссия уже много лет. И действительно сейчас многие авторы говорят о том, что если мы делаем открытую методику, применяем методику Каучукаса, имплантируем коронарные артерии на «кнопках», значит, все хорошо, у нас никаких проблем не будет. К сожалению, не могу с Вами согласиться. При синдроме Марфана очень важно не то, на «кнопки» имплантирована коронарная артерия или не на «кнопки», а то, насколько соответствует отверстие в кондуите диаметру коронарной артерии. Я показал это в докладе. У нас было 3 пациента после классической операции Bentall-De Bono. Но опять же из-за нехватки времени не акцентировал на этом, наверно, внимание. Если посмотреть, там очень хорошо было видно на фотографии – очень большое отверстие под устье было сделано, и результат – псевдоаневризма. Не укреплен наружный контур коронарной артерии при имплантации на «кнопке» - к сожалению, тоже псевдоаневризма у пациентки после операции David. Имплантировалось на «кнопки», но такое у нас случилось. Поэтому если смотреть по статистической значимости, то тоже малое количество, конечно, наблюдений, не получается. Поэтому в принципе в своей практике мы не можем согласиться с тем, что классическая методика Bentall-De Bono более

опасна в плане формирования этого осложнения. Все-таки здесь больше, по нашему мнению, играет роль: какой диаметр мы вырезаем под имплантированное устье – это раз; и второе – насколько нам удастся избежать натяжения. Если эта процедура выполняется с повышенным натяжением, конечно, она опасна и не стоит ее выполнять, особенно в свете современных тенденций кардиохирургии, когда у нас имеются хорошие материалы, гемостатичные материалы, конечно, нужно выполнять открытую методику. Но если же мы уверены в том, что мы можем спокойно дотянуть устье, мы не создаем чрезмерного на них натяжения, мы создаем адекватные отверстия, почему бы и нет, эта методика имеет право на существование, по нашему мнению.

Четвертый вопрос: почему хуже протезирование? По нашему мнению опять же все-таки протезирование митрального клапана у данной категории выполнялось только тогда, когда невозможна была пластика. Я думаю, что именно с этим связаны худшие результаты. То есть это пациенты с более выраженной дилатацией левого желудочка, это пациенты соответственно с исходно более низкой фракцией выброса, пациенты с длительно существующим пороком, пациенты с высокой легочной гипертензией. И как следствие, мы получаем худшую, к сожалению, и госпитальную выживаемость, и отдаленную выживаемость. Хотя пластика, конечно, если выполняются сложные методики, действительно требуют большего времени. В данной группе больных, наверно, нам повезло, все-таки пластики не занимали у нас много времени, как правило, это были простые методики – это либо шовная методика аннулопластики ассиметричной, либо симметричной, либо имплантация опорного кольца. У одного пациента лишь в этой группе выполнялась имплантация «неохорд», и у 2 пациентов была резекция зоны задней митральной створки с отрывом хорд. То есть это такие процедуры, которые не требовали большого количества времени, и

соответственно они и не увеличивали госпитальную летальность в нашей группе.

Операция David это плохо. Я и в своем докладе сказал, что очень дискуссионный вопрос, и многие это обсуждают. Но все-таки, по нашему мнению, особенно это подтверждается гистологическим исследованием, при сохраненных визуальных створках David выполнять можно. И как пример, присутствует здесь наша пациентка – 8 лет после David, отличный результат.

И вопрос по поводу размеров аорты. Опять же очень сложно. Мы считаем 5 см, но все-таки здесь, наверно, нужно мерить не сантиметрами, а аортальным индексом, все-таки нужно учитывать площадь поверхности тела пациента и аортальный индекс не более 1,3.

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

– Вы удовлетворены ответом?

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Хубулава Г.Г. (официальный оппонент):

– Да, спасибо.

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

– Спасибо. Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Соколову Виктору Викторовичу.

Доктор медицинских наук, профессор, Соколов Виктор Викторович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

В ходе выступления оппонентом был задан вопрос и сделано замечание:

– В связи с сопутствующей патологией у меня есть один вопрос, я не увидел этого в диссертации – Вы не сказали ничего про трехстворчатый клапан. Как правило, больные, которые имеют синдром Марфана, у них же поражены все атриовентрикулярные клапаны, и это все больные, имеющие большую митральную недостаточность, они имеют и большую недостаточность трикуспидального клапана. И вот тут нужна коррекция этой трикуспидальной недостаточности с гиперкоррекцией для того, чтобы уменьшить нагрузку для левого желудочка увеличенного, большого, работающего все время с перегрузкой левого желудочка за счет аортальной и митральной недостаточности. Это очень важный момент. И поэтому всегда, когда возникает необходимость в коррекции митральной недостаточности, практически всегда есть необходимость в коррекции недостаточности трикуспидального клапана и этой аннулоэктазии.

Практические рекомендации они тоже значимые. Здесь только единственное замечание. Нужно было это подчеркнуть, Вы об этом говорите, и в своих ответах на вопросы это подчеркивали, в послеоперационном периоде магнитно-резонансная томография и компьютерная томография – надо подчеркнуть, что в первую очередь магнитно-резонансная томография. Все-таки компьютерная томография у пациента, который нуждается в постоянном контроле – одно исследование это лучевая нагрузка годовая, поэтому если 2 исследования в год это уже перебор. Это нужно было просто подчеркнуть, Вы об этом говорите, но необходимо было подчеркнуть, что в первую очередь магнитно-резонансная томография.

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

– Спасибо, Виктор Викторович. Сергей Владимирович, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Рычин С.В. (соискатель):

—

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

— Глубокоуважаемый Виктор Викторович! Спасибо Вам за столь тоже
детальный анализ моей работы.

Коротко отвечу по поводу трикуспидального клапана. Да, Вы
абсолютно правы, но просто это не прозвучало на слайдах, но это есть в
диссертации, конечно же, всем пациентам, которым выполнялась коррекция
митрального клапана, всем выполнялась пластика трикуспидального клапана.
Как правило, это была пластика по De Vega.

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

— Виктор Викторович, Вы удовлетворены ответом?

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

— Да, спасибо.

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

— Сегодня по уважительной причине отсутствует еще один
официальный оппонент, это доктор медицинских наук, профессор, член-
корреспондент РАН Чарчян Эдуард Рафаэлович. Он отсутствует по
уважительной причине. И в нашем Ученом совете есть его письменный
отзыв. Пожалуйста, Динара Шавкатовна.

**Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских
наук Газизова Д.Ш. зачитывает отзыв официального оппонента, доктора**

медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАН Чарчяна Э.Р. (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

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

– Сергей Владимирович, Вам слово. Ответьте третьему оппоненту.

Рычин С.В. (соискатель):

– Я тоже благодарен Эдуарду Рафаэловичу за его отзыв. Мы с ним тоже подробно обсуждали мою работу, но, к сожалению, он не смог приехать из-за доклада на международном съезде. Большое ему спасибо.

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

– Кто хочет обменяться мнением по поводу данной работы среди членов Ученого совета? Доктор медицинских наук, профессор Муратов Ренат Муратович.

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

– Уважаемые члены Ученого совета, Сергей Владимирович! Тема чрезвычайно актуальная. И проблеме лечения больных с синдромом Марфана, с аортальными осложнениями, с сопутствующими патологиями постоянно уделяется большое внимание и на крупных конгрессах, и в ведущих кардиохирургических журналах. И это говорит лишь о том, что мы далеки пока от решения этой проблемы. И, к сожалению, частота расслоений аорты по данным международного регистра не уменьшается. И, конечно, ведущим вопросом всегда является профилактический – когда нужно этих больных оперировать? И вот благодаря такому регистру, оказалось, что те стандартные размеры, которые были приняты, это достаточно большие

размеры. И в литературе описываются случаи расслоения аорты при гораздо меньших размерах.

Очень слабо освещен вопрос о больных вообще с генетическими дисплазиями аортальными и, в частности, с синдромом Марфана. То есть критериев для детей также не существует. И, конечно, этот вопрос нуждается в кропотливом таком наборе этого материала, анализе и обсуждении вопроса о повышении безопасности этих операций для того, чтобы можно было выставить показания к операции у сохранного молодого человека без нарушений кровообращения.

И на моей памяти трагичный случай – девочка 13 лет с синдромом Марфана, которая обратилась к нам просто с обнаруженной расширенной аортой, и поскольку это было накануне Нового года, мы договорились, что она приходит на операцию сразу же после Новогодних праздников. Но эта девочка не дожидаясь этого. А почему? Потому что нет критериев для операции, если говорить о размерах аорты, нет критериев для детей в зависимости от роста, габаритов, возраста. И вот, конечно, эти вопросы нуждаются в постоянном обсуждении, накоплении материала и т.д.

И вот эта работа, я считаю, что она подытоживает огромный опыт коллектива отделения Анатолия Ивановича по анализу непосредственных, отдаленных результатов, анализу факторов, повышающих летальность, отдаленную выживаемость и т.д.

И я с удовольствием второй раз слушаю этот доклад, потому что на апробации его выслушал. Я считаю, что эта проблема далека от решения, нужно продолжить заниматься этими исследованиями.

И я призываю членов совета голосовать за эту диссертацию, потому что это чрезвычайно важная и актуальная работа.

Благодарю за внимание.

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

– Спасибо, Ренат Муратович. Кто еще хочет обменяться мнением? Может быть из присутствующих кто-то? Пожалуйста, доктор медицинских наук, профессор Алшибая Михаил Михайлович.

**Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделением
хирургического лечения ИБС ФГБУ «НМИЦ ССХ имени А.Н.
Бакулева» Минздрава России Алшибая М.М.:**

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович, глубокоуважаемый Лео Антонович, коллеги! Лео Антонович сделал мне замечание, что я в последнее время все молчу. Поэтому я не мог не выйти на эту трибуну. И, конечно, я мало имею права здесь выступать по поводу содержания работы, я не специалист в области хирургии синдрома Марфана и я не читал собственно диссертации.

Но если говорить серьезно, я вышел сюда, потому что мне невероятно понравился этот доклад. Я, честно говоря, не слышал раньше вот такие серьезные выступления Сергея Владимировича. А тут на меня и сама структура слайдов, и логика доказательств, математический, статистический анализ и вот тот закономерный подход к этим двум, с моей точки зрения, я думаю, что они действительно важны, к этим двум алгоритмам диагностическому и хирургическому, мне показалось это всё высоко научным. Изложено это было блестящим языком в блестящей форме.

И в связи с этим я вспоминаю, дело в том, что Сережа Рычин тогда, Сергей Владимирович пришел к нам в отделение Анатолия Ивановича Малашенкова, которого мы только что с Лео Антоновичем вспоминали о нем, это был блестящий хирург и порядочнейший и благороднейший человек. Я его очень любил, у нас были замечательные отношения. И Сережа пришел еще молодым человеком. И вот за эти там 12 или 15, я могу

ошибиться, лет, Сергей Владимирович, такой блестящий рост, такой великолепный доклад.

И я, конечно, уверен, что эта аудитория полностью, я имею в виду, наш Ученый совет поддержит эту замечательную работу.

Спасибо за внимание.

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

– Спасибо, Михаил Михайлович. Слово предоставляется доктору медицинских наук МIRONENKO Владимиру Александровичу.

Доктор медицинских наук, руководитель отделения реконструктивной хирургии и корня аорты ФГБУ «НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева» Минздрава России МIRONENKO В.А.:

Глубокоуважаемый Владимир Петрович, Лео Антонович, члены Ученого совета! Я хотел бы тоже поддержать эту работу. Хочу подчеркнуть, что работа вмещает в себя более чем тридцатилетний опыт работы центра, отдаленные результаты прослежены в эти сроки. И понимая, что синдром Марфана является одним из основных «поставщиков» аортальной хирургии, эта работа позволяет сделать очень серьезные доказательные выводы. Потому что, безусловно, она затрагивает очень много проблем других, и касаясь острого расслоения, и митрального клапана, и т.д. Но это все вместились здесь, с одной стороны, и было поглощено тем материалом, который здесь есть. Потому что структура операции 30 лет назад и сегодня она разная. И анализируя сегодняшний материал, структура была бы другая в сторону острых аортальных синдромов или там сроков и т.д., но не было бы того материала, который здесь нам представлен и проанализирован. Поэтому это, безусловно, мне кажется, следует принять и во внимание, принять те выводы, которые здесь сделаны.

И хотел бы еще коротко сказать по поводу митрального клапана. Потому что эта проблема она сейчас активизировалась очень существенно. И дело здесь не только в протезировании, в протезировании, допустим, с сохранением подклапанных структур. Сейчас большой интерес у нас есть к проблеме дилатированного сердца, дилатационного поражения левого желудочка при пороках клапанов сердца. А больные с хроническими формами того же расслоения или недостаточности клапана, они, как правило, имеют такие нарушения. Именно среди пациентов с синдромом Марфана мы наблюдали пациентов с конечным диастолическим размером около 10 см. И здесь очень существенное изменение архитектоники левого сердца не только проявляющееся в виде недостаточности клапана, а именно в самой организации сердечной мышцы. Поэтому у этих пациентов применимость метода сближения папиллярных мышц в сочетании, в лучшем варианте с реконструкциями митрального клапана, является оптимальной и дает очень хорошие результаты. У нас есть сейчас наблюдения шестилетние по поводу применения папиллярной петли именно в восстановлении индекса сферичности и фракции выброса у этих пациентов.

По поводу объема реконструкции клапанов. В большинстве случаев здесь достаточной является стабилизация фиброзного кольца либо с помощью опорного кольца, либо сейчас мы рассматриваем новые варианты шовной аннулопластики циркулярной, которая позволяет сохранить подвижность фиброзного кольца, но достичь необходимого уменьшения размера. Но это следующие этапы этой проблемы, хотя даже они здесь затронуты в этой диссертационной работе. И мне кажется, это очень интересно.

Хотелось бы поддержать работу. И мне кажется, что Сергей Владимирович достоин присвоения ученой степени доктора медицинских наук.

Спасибо.

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

– Спасибо, Владимир Александрович. Есть еще желающие?
Пожалуйста, доктор медицинских наук Диасамидзе К.Э.

**Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук
Диасамидзе К.Э.:**

– Уважаемый Владимир Петрович, Лео Антонович, члены Диссертационного совета! Я хочу представить взгляд анестезиолога. Про диссертацию все сказано – тут огромный опыт нашего центра, опыт оперирующего хирурга. А для нас очень важные эти операции не только в плане выполнения хирургии, в плане обеспечения анестезии и перфузии. И мы анестезиологи, и я, и другие сотрудники моего отделения, работающие с отделением РХКА, всегда с уверенностью идем на эти операции, когда они выполняется Сергеем Владимировичем, для кого Сережей Рычиным, для кого Сергеем Владимировичем. И мы знаем, что то, что начинается в 7.30, заканчивается в 14.00 в лучшем случае в 15.00. И наше это убеждение обеспечивается как раз знаниями соискателя и хирургической техникой.

Поэтому ходатайствую перед диссертационным советом и прошу поддержать.

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

– Спасибо. Есть еще желающие? (Нет). Вам предоставляется заключительное слово.

Рычин С.В. (соискатель):

– Спасибо. В заключение я хотел бы поблагодарить руководство нашего центра и, прежде всего, Лео Антоновича Бокерия как моего наставника, моего учителя. В принципе мы все молодые сотрудники этого

центра берем пример именно с Лео Антоновича, как жить, как нам работать, как осваивать хирургию, как искать свое место в науке. И моя кандидатская диссертация была выполнена под его руководством. И безмерная его поддержка, конечно, позволила мне дойти и до докторской диссертации и сегодня представлять ее здесь перед таким собранием.

Я хотел бы еще чуть-чуть вернуться к истории очень коротко. Конечно, моя работа объединяет в себе громадный опыт отдела приобретенных пороков сердца, когда это еще был отдел приобретенных пороков сердца. Начиналось еще все Григорий Иосифовичем Цукерманом, который тоже в свое время первый выполнил такие операции, и в дальнейшем Анатолий Иванович Малашенков, Николай Иванович Русанов переняли этот опыт и развили эту хирургию. И я им признателен и очень благодарен за это, за то, что сейчас у меня есть тот материал, на базе которого я могу делать такие свои заключения. Это и Вероника Александровна Быкова, которая в принципе одна из первых и, можно сказать, единственная занялась в свое время систематизацией этих больных. И во многом, опять же, моя диссертация именно построена благодаря ее работе. Очень много историй болезни тех далеких лет с 1983 года, они уже пропали, их нет в архивах, но есть записи Вероники Александровны и они очень подробные, очень точные с данными обследования этих пациентов, которые я мог использовать в своей диссертации. И за это ей тоже огромное спасибо. И также отделению, всему коллективу отдела ППС, а сейчас это уже несколько отделений, которые участвуют до сих пор в этих проблемах и соответственно позволяют нам систематизировать эти знания и представлять их на различных международных и наших российских обществах.

Также я, конечно, очень признателен и благодарен своим оппонентам – это и Геннадий Григорьевичу Хубулава, это Эдуарду Рафаэловичу Чарчяну, Виктору Викторовичу Соколову и Ренату Сулеймановичу Акчурину, который давал отзыв на мою диссертацию. И мы тоже с ним очень долго и

плодотворно беседовали, обсуждали разные вопросы этой проблемы. Огромное им спасибо за внимание к моей работе.

Это и Ренат Муратович Муратов и мои рецензенты, которые помогли довести эту работу в принципе до такого уровня, чтобы можно было представить ее на данном заседании. Рецензенты это Гуфрон Абдумавлонович Шамсиев и Валерий Сергеевич Аракелян.

И конечно, моему нынешнему заведующему Владимиру Александровичу Мироненко, и всему коллективу нашего отделения РХКА, который также помогал мне в этой работе. Я надеюсь, мы с ними будем еще плодотворно работать, развивая эту тему и развивая это направление.

И конечно, я очень благодарен своим родителям, своей жене, своей дочери за ту поддержку и за то терпение. Я абсолютно понимаю, каково иметь сына, мужа или отца хирурга, а еще, если он пытается заниматься наукой. Конечно, все мое внимание больше обращено к этому. И конечно, я буду стараться в будущем отдавать больше внимания своей семье. И большое им спасибо за поддержку и терпение.

**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 кандидаты, доктора медицинских наук: Сокольская Надежда Олеговна, Ким Алексей Иванович и Ключников Иван Вячеславович. Кто за то, чтобы избрать данную счетную комиссию, прошу поднять руки (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 Ивану Вячеславовичу Ключникову для оглашения результатов тайного голосования.

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

Протокол № 9 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом Д 001.015.01 от 13 апреля 2018 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук Ключников Иван Вячеславович.

Члены комиссии – доктор медицинских наук Сокольская Надежда Олеговна; доктор медицинских наук, профессор Ким Алексей Иванович.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Рычина Сергея Владимировича на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

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 «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 – 7 человек. Роздано бюллетеней 18, осталось не розданных – 5, оказалось в урне – 18.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени доктора медицинских наук Данилову Григорию Викторовичу:

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

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 18 человек (из них по специальности – «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 – 7 человек), 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 поднять руки. Кто против? (Нет). Воздержался (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

Нам необходимо принять 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 Рычина Сергея Владимировича на тему: «Хирургическое лечение аневризм восходящей аорты у больных с синдромом Марфана» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26:

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

разработаны алгоритмы диагностики и стратегии хирургического лечения больных с синдромом Марфана и аневризмой восходящей аорты на основании результатов комплексного анализа клинического течения заболевания, возможностей и достижений современных диагностических и хирургических методик, предложен комплексный подход в хирургическом лечении аневризм восходящей аорты у больных с синдромом Марфана с распространением вмешательства на дуги при I типе расслоения аорты, коррекция митральной недостаточности и измененной архитектоники ЛЖ. Доказано положительное влияние сопутствующего пластического вмешательства на митральном клапане со стабилизацией его фиброзного кольца, доказана возможность сохранения аортального клапана при протезировании восходящей аорты при правильном выборе пациентов с синдромом Марфана.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: изучены непосредственные и отдаленные результаты хирургической коррекции аневризм восходящей аорты у больных с синдромом Марфана, изучены факторы риска госпитальной и отдаленной летальности, изложены особенности гистологических изменений в стенке аорты и створках аортального и митрального клапанов, доказана безопасность и эффективность раннего профилактического хирургического вмешательства, обеспечивающего низкую госпитальную летальность и минимальный риск осложнений. Доказана необходимость динамического наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде, т.к. раннее хирургическое вмешательство на корне и восходящем отделе аорты не могут предотвратить дилатацию и расслоение дистальных отделов аорты в будущем.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: разработаны и внедрены (в практику Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный

медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ) алгоритмы диагностики и стратегии хирургического лечения больных с синдромом Марфана и аневризмой восходящей аорты. На основании оценки гистологической структуры аортальной стенки и створок клапанов определена необходимость протезирования корня и восходящего отдела аорты с минимальным сохранением собственных аортальных тканей. В то же время с возможностью сохранения створок клапана после его визуальной оценки. Выявлены основные факторы, влияющие на непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения патологии восходящей аорты у пациентов с синдромом Марфана, а также факторы риска сохранения и прогрессирования сопутствующей митральной недостаточности и предложены пути их устранения.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: при написании работы были использованы современные методы сбора и обработки информации, достаточный объем клинического материала (232 пациента) и длительный период отдаленного наблюдения (более 30 лет), Все это позволило обосновать выводы и разработать практические рекомендации.

Личный вклад соискателя состоит в сборе и анализе ретроспективного и проспективного материала для диссертационной работы, в непосредственном участии в ряде выполненных операций, клиническом и инструментальном обследовании пациентов и статистической обработке материала, определении показаний и тактики хирургического лечения, анализе литературных данных, написании основных публикаций по выполненной работе.

Таким образом, на заседании 27 апреля 2018 года диссертационный совет принял решение присудить Рычину Сергею Владимировичу ученую степень доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая

хирургия» - 14.01.26.

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

– Кто за то, чтобы принять данный проект заключения, прошу поднять руки. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 18, «против» - нет, «воздержался» - нет). Сергей Владимирович, я поздравляю Вас с успешной защитой диссертации, желаю Вам дальнейших практических, научных и семейных, конечно же, успехов!

**Председатель заседания:
заместитель председателя
Диссертационного Совета Д 001.015.01
доктор медицинских наук,
академик РАН**



Подзолков В. П.

**Ученый секретарь
Диссертационного Совета Д 001.015.01,
доктор медицинских наук**

Газизова Д. Ш.

27 апреля 2018 г.