

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

СТЕНОГРАММА № 13

заседания Диссертационного Совета Д 001.015.01

от 19 июня 2020 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

Лосева Владимира Вячеславовича на тему:

**«Роль интраоперационной оптической когерентной томографии в
морфологической оценке коронарных кондуитов при хирургической
реваскуляризации миокарда»**

по специальности 14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия

Москва - 2020

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 Лосева Владимира Вячеславовича на тему: «Роль интраоперационной оптической когерентной томографии в морфологической оценке коронарных кондуитов при хирургической реваскуляризации миокарда» 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	Бокерия Леонид 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	Аракелян Валерий Сергеевич	доктор мед. наук, 14.01.26	
6	Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук, 14.01.05	
7	Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук, 14.01.05	
8	Камбаров Сергей Юрьевич	доктор мед. наук, 14.01.26	

9	Ким Алексей Иванович	доктор мед. наук, 14.01.26	
10	Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук, 14.01.05	
11	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук, 14.01.20	
12	Муратов Равиль Муратович	доктор мед. наук, 14.01.26	
13	Никитин Евгений Станиславович	доктор мед. наук, 14.01.20	
14	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук, 14.01.26	
15	Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук, 14.01.20	
16	Шаталов Константин Валентинович	доктор мед. наук, 14.01.26	

Уважаемые коллеги! Всего из 23 членов совета, утвержденного приказом председателя ВАК Российской Федерации, у нас присутствует 16 членов совета – количественный кворум обеспечен. По специальности 14.01.26 - «сердечно-сосудистая хирургия» присутствует 8 членов совета – качественный кворум также обеспечен. Разрешите заседание объявить открытым.

На повестке дня у нас защита диссертации Лосева Владимира Вячеславовича на тему: «Роль интраоперационной оптической когерентной томографии в морфологической оценке коронарных кондуитов при хирургической реваскуляризации миокарда», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 – «сердечно-сосудистая хирургия».

Научный руководитель:

Бокерия Леонид Антонович, доктор медицинских наук, доктор медицинских наук, академик РАН, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, президент.

Официальные оппоненты:

Абугов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения рентгенохирургических (рентгеноэндоваскулярных) методов диагностики и лечения Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26);

Баяндин Николай Леонардович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель кардиохирургического отделения, врач сердечно-сосудистый хирург Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница 15 имени О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы» (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26);

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы».

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. Владимир Вячеславович, Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений Вашей работы.

Лосев Владимир Вячеславович (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

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

– Спасибо. Кому угодно задать вопросы среди членов ученого совета? Присутствующих? Пожалуйста, доктор медицинских наук, профессор Ренат Муратович Муратов.

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

– Владимир Вячеславович, скажите, пожалуйста, ведь основная цель применения сложных методов, они же не могут рутинно у всех применяться, все-таки какие Вы нашли признаки, которые бы Вам позволяли сделать ОКТ, несмотря на не тяжелую, но опасную картину?

Лосев В.В. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Ренат Муратович! Благодарю Вас за вопрос. В принципе выполнение данной методики ОКТ ни в коем случае не отменяет уже тот выработанный протокол дисфункции при интраоперационной шунтографии, а лишь дополняет, то есть дополняет и расширяет его тем, что сейчас мы можем рекомендовать использовать бесклапанный участок большой подкожной вены. Понятное дело, что хирург работает с материалом заказчика, какую подкожную вену он взял, такую в принципе он и будет пришивать, но нужно стараться выбрать максимально бесклапанный участок или хотя бы избегать наличия клапанов в непосредственной близости к зоне дистального анастомоза. Это, во-первых. И, во-вторых, также наличие циркулярной диссекции во всех случаях забора лучевой артерии также нас

наводит на мысли, что надо больше обращать внимание, может быть, к подготовке самого сосуда при его заборе или к большей модернизации техники забора кондуита.

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

– Тогда еще вопрос, связанный с этим. Вы увидели много уже венозных шунтов. Часто очень много говорят и в литературе, и на многих съездах международных о повышении, стремлении повысить качество венозных шунтов, поэтому предлагают целые протоколы и по давлению, и по среде, в которой мы добываем венозные шунты. Скажите, пожалуйста, как часто Вы видите все-таки нарушения эндотелиальной выстилки самого тела венозных шунтов, и как предиктор – поздние дисфункции? Про лучевую понятно. А венозные?

Лосев В.В. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Ренат Муратович! Благодарю Вас за вопрос.

В контексте венозных шунтов больше обращают внимание именно на состояние сосудистых стенок, какой-либо воспалительный процесс в венах, то есть, будь это варикозное поражение. И если с лучевой артерией, то как показал наш опыт, многое зависит от того, как сосуд забирают, как его готовят, то в контексте большой подкожной вены, то есть мы сравнивали и изолированно выполняли сканирование ОКТ большой подкожной вены, и с рассечением, и после различных методик подготовки, то есть, когда ее раздувают физраствором под определенным давлением дополнительным, даже сами пробовали раздувать баллоном и смотрели в качестве эксперимента, что будет с большой подкожной веной. И мы не выявили каких-либо ярко выраженных изменений стенки непосредственно в самой большой подкожной вене, то есть в отличие от лучевой артерии, когда интима настолько нежно реагирует на любой контакт и медиа тоже настолько нежно реагирует будь то на баллон, будь то даже на проведение проводника,

сразу развивается фокальный спазм, в большой подкожной вене этого не происходит.

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

– Вопросы доктора медицинских наук Петросяна Карена Валерьевича.

Доктор медицинских наук, заведующим отделением рентгенохирургических методов исследования лечения сердца и сосудов ФГБУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева Минздрава России Петросян К.В.:

– Скажите, пожалуйста, имеется ли возможность дополнительного, расширенного использования данной методики в контексте улучшения отдаленных результатов проходимости шунтов и после наложения кондуитов, когда уже решили их наложить, а до того события, и в части продолжительности операции? Это первый вопрос.

И второй вопрос: есть ли ограничения использования данной методики в зависимости от типа кондуита и диаметра кондуита?

Лосев В.В. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Карен Валерьевич! Благодарю Вас за вопросы.

В контексте первого вопроса. Сейчас мы продолжаем наработки, полученные в данном диссертационном исследовании. Мы стараемся выполнять ОКТ-сканирование кондуитов до их забора на этапе выделения для определения, во-первых, анатомо-гистологически оптимального участка для создания шунта, а также смотрим кондуиты после того, как их выделили и уже отсекли, на предмет целостности сосудистой стенки (интима, меди и в принципе адвентиции). Это к первому вопросу.

По поводу второго вопроса. Данный метод в принципе, как указывает производитель, позволяет выполнять безопасное сканирование сосудов с диаметром до 5-7 мм. Однако, по нашему опыту и в отделении, и в принципе

в оперблоке выполнялось сканирование больших участков большой подкожной вены, выполняли мы сканирование и легочной артерии, и сонной артерии тоже смотрели с данным методом, в принципе контур сосуда замкнут, получается получить диагностически значимые изображения. Единственный нюанс остается в том, что в принципе к вопросу тому, ограничено ли применение данного метода типом сосуда и сосудистого материала – нет, не ограничено. Однако, есть пациент-ассоциированные факторы, если говорить о людях. Почему критерием исключения из исследования являлись пациенты с почечной недостаточностью? Потому что чтобы достичь оптико-гомогенную среду, мы вводили большое количество неионного йодсодержащего контрастного препарата, и чтобы не подвергать больного риску развития почечных осложнений, мы их исключали из исследования. Однако, есть перспективные данные, свидетельствующие о том, что можно заменить неионные йодсодержащие контрастные препараты физраствором или же кровезамещающими препаратами. Но на людях такие эксперименты ставить не надо. Но можно в эксперименте попробовать на животных, возможно.

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

– Есть еще вопросы? (Нет).

Присаживайтесь, пожалуйста.

Слово предоставляется научному руководителю – доктору медицинских наук, профессору, академику РАМН и РАН Лео Антоновичу Бокерия.

**Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор,
академик РАН Бокерия Леонид Антонович:**

– Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены ученого совета!

Вы знаете, наверно, какие-то другие слова надо говорить, но, мне кажется, что эта диссертация – это очень серьезное продвижение вперед в аспекте развития проблемы коронарного шунтирования. Откуда началась вот эта тема у нас в институте, когда начали делать в операционной интраоперационную шунтографию. Но те, кто постарше, помнят эту историю, я ее рассказывал пару раз. Я когда был у Винсента Дора, не помню, несколько лет назад, наверно, и он с гордостью мне показывал, что перед выпиской через 5-6 дней после операции они делают шунтографию, и таким образом, они спокойны за судьбу больного. А у нас в это время была эта аппаратура, которая сейчас тоже есть. И я ему говорю: - А какой смысл через 6 дней? Он говорит: - Ну, как же, мы же можем повторно прооперировать. Вот откуда появилась эта идея. И поскольку эти аппараты были, мы ее реализуем. И сегодня, я думаю, любая американская клиника нам бы очень серьезно позавидовала. И думаю, что были бы, наверно, десятки, если не сотни работ на эту тему на том гигантском материале, который накоплен в центре. Но сегодня я лично еще раз увидел, насколько беспредельные возможности диагностические для этих методов, которые позволяют визуализировать внутреннее пространство сосуда.

И всё это я говорю к тому, что молодой человек, который относительно недавно закончил институт и ординатуру, я увидел в нем какую-то еще дополнительную целеустремленность, то, что не очень часто видится. Он, во-первых, прекрасно образован, безусловно; во-вторых, он прекрасно разбирается в материале. И я думаю, что у всех есть такое ощущение, что он будет стремиться и дальше развиваться и как специалист, и самое главное, как ученый-клиницист. Потому что тот материал, который сегодня был представлен, он дает возможность, вообще-то говоря, дальше развивать эту проблему до того, чтобы вообще плохие кондуиты не пришивались. Вот мне так кажется, ежели мы будем обладать всеми этими знаниями.

Поэтому, исходя из того, что я сказал, я бы просил поддержать эту работу, потому что она, на мой взгляд, украшает наш Центр.

Спасибо большое!

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

– Спасибо, Лео Антонович.

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 – Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (отзыв положительный, замечаний и вопросов не содержит, прилагается).

3. Отзывы на автореферат от:

- главного научного сотрудника лаборатории рентенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в амбулаторных условиях, профессора кафедры кардиологии с курсом интервенционных методов диагностики и лечения Института подготовки и развития кадров высшей квалификации ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, доктора медицинских наук Матчина Юрия Георгиевича;

- заведующего отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, кандидата медицинских наук Стаферова Антона Валерьевича.

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

Мы можем перейти к обсуждению, ответ получен. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Абугову Сергею Александровичу.

Доктор медицинских наук, профессор Абугов Сергей Александрович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний и вопросов не содержит, прилагается).

Во время выступления оппонентом высказано замечание непринципиального характера о нехватке в тексте диссертационной работы сопоставительного контекста.

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

– Спасибо, Сергей Александрович. Владимир Вячеславович, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Лосев В.В. (соискатель):

- Глубокоуважаемый Сергей Александрович! Спасибо Вам большое за столь тщательный труд по оценке моей работы, в анализе данных, которые я предоставил.

В контексте сопоставлений мы обязательно по мере работы нового материала, то есть мы работу не прекращаем, работаем, набираем новый

материал, по мере набора нового материала будем предоставлять статьи на публикацию и также выполнять дальнейшие сопоставления.

И также отдельно хочу Вас поблагодарить, что в столь непростое время Вы нашли возможность лично присутствовать на защите диссертации.

Благодарю Вас!

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

– Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Баяндину Николаю Леонардовичу

Доктор медицинских наук, профессор Баяндин Николай Леонардович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний и вопросов не содержит, прилагается).

Во время выступления у оппонента возник вопрос дискуссионного плана, пожелание и одно непринципиальное замечание следующего содержания:

Вопрос по четвертой рекомендации: в каких случаях нужно делать контрольное исследование ОКТ? Так как эта методика очень дорогостоящая, не все клиники могут себе позволить, тем более, данная методика удлиняет время операции на полчаса. Всем ли больным имеет смысл выполнять данную методику либо при определенных показаниях во время операции?

Оппонент высказал пожелание на перспективу о возможности предоперационной оценки шунта, поскольку 80 % успеха операций зависит от качества выбранного шунта, особенно в отдаленном периоде.

Замечание по главе «Обсуждение». Оппонент считает, что объем данной главы увеличен. По мнению оппонента в данной главе нужна позиция автора и небольшая полемика по литературному обзору.

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

– Спасибо, Николай Леонардович. Владимир Вячеславович, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Лосев В.В. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Николай Леонардович! Благодарю Вас за столь детальный и тщательный анализ моей диссертационной работы.

В контексте четвертой практической рекомендации. В тех центрах, где используется интраоперационная шунтография, мы рассматриваем возможность применения данного метода интраоперационной ОКТ как «козырь в рукаве» в случае выявления неоднозначных ангиографических картин или же наличия ангиографически нормально функционирующего шунта, но наличия гемодинамических или ишемических нарушений по данным интраоперационного мониторингирования жизнедеятельности больного. В данных случаях применение данного метода будет являться оптимальной стратегией для того, чтобы расставить все точки над *i*.

Я ответил на Ваш вопрос?

Доктор медицинских наук, профессор Баяндин Николай Леонардович (официальный оппонент):

– Я думаю, согласен. Но, смотрите, для данного ответа нужен специальный аппарат. И я даже так сформулирую вопрос: какое количество операций должно выполняться в центре, чтобы было целесообразно иметь такую аппаратуру? Потому что если это делать 10-50 раз в год, насколько это целесообразно?

Лосев В.В. (соискатель):

– Нет. Я думаю, что речь идет о крупных центрах, где хирургическая реваскуляризация миокарда поставлена на поток, и объем оперативного

вмешательства по данному вопросу составляет более 2-3 тысяч операций в год. Вот так.

А в контексте оценки шунтов до создания анастомоза, вернее, перспективного сосудистого материала до создания анастомоза. В данный момент мы продолжаем начатую работу. Готовится еще один патент на базе нашего Центра о сканировании перспективного сосудистого материала *in vivo* с использованием данного метода. То есть мы не используем лучевую нагрузку, мы не используем контрастное вещество, сосуд мы заполняем физраствором. Картирование сосуда и позиционирование проводника выполняется по данным ультразвукового датчика. Это позволит определить оптимальный участок для забора кондуита, определить, подходит ли сосуд вообще для забора изначально (будь то большая подкожная вена или лучевая артерия) и уже после этого выполнить его забор с последующим формированием анастомоза. И важно сказать, что у нас уже прошел ряд больных, то есть мы выполнили 12 пациентам такое исследование. Но акцент был поставлен на лучевую артерию. Хороший результат как при ОКТ, так и ангиографический – шунты функционируют, диссекции не выявлено. То есть тактика забора была оптимальна. Спазм, который был вызван забором лучевой артерии, купирован путем введения папаверина в просвет лучевой артерии. Вот так применяем.

В контексте рекомендаций по поводу оформления диссертационной работы – мы учтем их в дальнейших наших трудах.

Благодарю Вас! Также позвольте Вас поблагодарить за то, что также смогли приехать и нашли возможность поприсутствовать на моей защите лично во время эпидемии.

Благодарю Вас.

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

– Присаживайтесь. Кто хочет обменяться мнением по поводу данной работы среди членов ученого совета? Присутствующих? Доктор медицинских наук Сокольская Надежда Олеговна.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук Сокольская Н.О.:

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович, глубокоуважаемый Лео Антонович, глубокоуважаемая Елена Зеликовна, коллеги!

Я хочу свое выступление начать словами хирурга В.Ф. Войно-Ясенецкого, который говорил, что для врача, особенно для хирурга не может быть случая, а есть больной страдающий человек. Это одна цитата. И еще одна мысль, которую мне хочется сказать, что достичь совершенства невозможно, но стремиться к нему нужно всегда.

И вот в работе сегодняшнего нашего диссертанта всё это отражено. Почему? Потому что он говорит о том, что нет каких-то незначимых погрешностей в хирургии. И своей работой он стремится к тому, чтобы все анастомозы, все шунты были состоятельными, работали на 100 %. Это то, о чем сказал Лео Антонович как руководитель. Он говорит о том, что, конечно же, вот эти новые методы позволят в конечном итоге достичь наиболее эффективного хирургического вмешательства.

И здесь очень важно понимать, что это диагностика. И диагностика сама по себе без хирурга, без команды естественно тоже не может полностью отразить картину, которую мы хотим получить.

Я полностью поддерживаю эту работу как диагностическую, как совершенно новую, как совершенно пионерскую. И также оппоненту, который выступал - да, это дорого, да, это сложно. Но вспомните то время, когда у нас интраоперационная чреспищеводная эхокардиография проводилась. Это тоже мы говорили – а как это? Это сложно, это дорого. Но сейчас практически ни одна кардиохирургическая операционная у нас не работает без этого метода.

Поэтому я полностью поддерживаю работу и призываю членов ученого совета ее поддержать.

Спасибо.

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

– Спасибо, Надежда Олеговна. Еще, пожалуйста, желающие есть обменяться мнением? Нет.

Тогда, Владимир Вячеславович, Вам предоставляется заключительное слово.

Лосев В.В. (соискатель):

– Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Позвольте мне от всей души поблагодарить дирекцию Центра, Лео Антоновича Бокерия академика РАН за возможность реализовать научный потенциал, прикоснуться к жизни такого выдающегося центра, известного как и в России, так и во всем мире, поучаствовать в его жизни и выполнить свою диссертационную работу.

Также хочу поблагодарить членов диссертационного совета, которые присутствовали сегодня и принимали участие в защите моей диссертации.

Хочу поблагодарить заведующих профильных отделений, на базе которых была выполнена моя диссертационная работа.

Отдельно хочу поблагодарить заведующего отделением рентгенохирургических методов исследования и лечения сердца и сосудов, доктора медицинских наук Петросяна Карена Валерьевича за помощь, за наставления в моем научном труде.

Также хочу поблагодарить Караева Асланбека Викторовича за практическую поддержку, тоже за научные свершения, за то, через что мы с ним вместе прошли.

Также хочу поблагодарить за поддержку всех своих родных, близких, семью.

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

– Хорошо. Вопрос передается на тайное голосование. Нам необходимо избрать счетную комиссию. Предлагается следующий состав доктора медицинских наук, профессора: Муратов Ренат Муратович, Ключников Иван Вячеславович 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.:

– Уважаемые коллеги! Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Муратову Ренату Муратовичу для оглашения результатов тайного голосования.

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

Протокол № 13 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом Д 001.015.01 от 19 июня 2020 года.

Состав избранной комиссии:

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

Члены комиссии – доктор медицинских наук Ключников Иван Вячеславович, доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Лосева Владимира Вячеславовича на соискание ученой степени кандидата 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 16 членов Совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 – 8 человек. Роздано бюллетеней – 16, осталось не розданных бюллетеней – 7, оказалось в урне бюллетеней – 16.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Лосеву Владимиру Вячеславовичу:

За	- 16,
Против	- нет,
Недействительных бюллетеней	- нет.

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 16 человек (из них по специальности – «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 – 8 человек), участвовавших в заседании из 23 человек, входящих в состав Совета (7 членов Диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – 16, «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 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 Лосева Владимира Вячеславовича на тему: «Роль интраоперационной оптической когерентной томографии в морфологической оценке коронарных кондуитов при хирургической реваскуляризации миокарда» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26:

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: разработана впервые в стране и внедрена в клиническую практику методика выполнения интраоперационной оптической когерентной томографии коронарных шунтов, разработан протокол интерпретации полученных результатов, благодаря чему в диссертационной работе представлен детальный анализ явных и скрытых предикторов развития дисфункций коронарных кондуитов; предложены систематизация и классификация основных ангиографических видов дисфункции шунтов, коррелирующих с данными оптической когерентной томографии, и атипичных внутрипросветных находок в кондуитах без характерной ангиографической составляющей, проведен их подробный анализ и дана оценка значимости в контексте триггерных факторов развития дисфункций шунтов с целью улучшения результатов хирургической реваскуляризации миокарда. В свою очередь, интраоперационная оптическая когерентная томография может быть предложена в качестве объективного

метода дифференциальной диагностики при выявлении ангиографически неоднозначной картины дисфункции шунта; доказана высокая диагностическая значимость и практическая эффективность интраоперационной оптической когерентной томографии. Доказано, что наличие венозного клапана в непосредственной близости к зоне дистального анастомоза (<10 мм) со стенозом на створках более 50% способствует развитию окклюзий венозных шунтов; введен в практику протокол выполнения интраоперационной оптической когерентной томографии с использованием мобильной ОКТ-станции и ангиографической установки в условиях кардиохирургической операционной.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что полученные результаты позволили выявить и изучить определенные предикторы развития венозных шунтов в средне отдаленном периоде после коронарного шунтирования; применительно к проблематике диссертации результативно использованы современные методы обследования пациентов и статистического анализа; изложены характеристики современных методов внутрисосудистой визуализации, а также различных методов интраоперационного контроля в аспекте улучшения результатов хирургической реваскуляризации миокарда; раскрыты основные моменты положительного влияния интраоперационной оптической когерентной томографии на результативность коронарного шунтирования и влияния отдельных кондуит-ассоциированных факторов на развитие дисфункции шунтов в отдаленном периоде; изучены и представлены мировые обзоры современного состояния хирургической реваскуляризации миокарда, высокотехнологических методов внутрисосудистой визуализации, актуальных диагностических методик, применяемых в клинической практике для оценки проходимости кондуитов; проведена модернизация алгоритмов интраоперационной интерпретации и коррекции выявленных дисфункций.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждаются тем, что: разработаны и внедрены (в практику ФГБУ «НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева» Минздрава РФ) пошаговый протокол выполнения интраоперационной оптической когерентной томографии во всех профильных отделениях центра; определена целесообразность интеграции оптической когерентной томографии в протокол выполнения интраоперационной шунтографии, в качестве дополнительного интраоперационного исследования, направленного на оценку состоятельности коронарных шунтов и дифференциальную диагностику выявленных находок при неоднозначной ангиографической картине; представлены данные, обосновывающие возможность выполнения интраоперационной оптической когерентной томографии как эффективного и безопасного метода дополнительного интраоперационного контроля состоятельности наложенных кондуитов. Получены уникальные данные относительно ангиографически не однозначных дисфункций при использовании оптической когерентной томографии в качестве метода интраоперационной дифференциальной диагностики.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: теоретические положения исследования обоснованы тем, что изучены интраоперационные и средне-отдаленные результаты проходимости кондуитов, проанализированы различные виды дисфункции шунтов среди различных групп пациентов, а также оптимизирован алгоритм применения хирургического и эндоваскулярного пособия для устранения несостоятельности коронарных шунтов как интраоперационно, так и в средне-отдаленном послеоперационном периоде; установлено качественное совпадение по полученным данным с мировыми исследованиями; достаточный объем клинического материала (52 пациента); использованы современные и новейшие методики сбора, обработки и анализа материала.

Личный вклад соискателя состоит в сборе и анализе ретроспективного и проспективного материала для диссертационной работы, в непосредственном участии в клиническом и инструментальном обследовании 52 пациентов, статистической обработке материала, написании основных публикаций по выполненной работе.

Таким образом, на заседании 19 июня 2020 года Диссертационный совет принял решение присудить Лосеву В. В. ученую степень кандидата медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

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

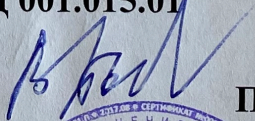
– Кто за то, чтобы утвердить данный проект заключения, прошу голосовать. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 16, «против» - нет, «воздержался» - нет).

Владимир Вячеславович, я поздравляю Вас с успешной защитой диссертации, желаю дальнейших успехов в лечебной и научной работе.

Всем спасибо!

**Председатель заседания:
заместитель председателя**

**Диссертационного Совета Д 001.015.01,
доктор медицинских наук,
академик РАН**



Подзолков Владимир Петрович

Ученый секретарь

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



Газизова Динара Шавкатовна

19 июня 2020 г.