

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

СТЕНОГРАММА № 28

заседания Диссертационного Совета 21.1.038.01

от 21 июня 2024 года

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЗАСЕДАНИЯ:

заместитель председателя
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор

Сигаев Игорь Юрьевич

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Кварацхелия Гиорги Гуливардовича на тему:
**«Хирургическое лечение пациентов с умеренным стенозом аортального
клапана и ишемической болезнью сердца»**

по специальностям:

3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия,

3.1.20. Кардиология

Москва - 2024

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

– На основании приказа № 238 от 17.06.2024 года «О назначении зам. председателя диссертационного совета 21.1.038.01 и по письменному поручению председателя диссертационного совета, д.м.н., профессора академика РАН Елены Зеликовны Голуховой заседание Совета по защите диссертации Кварацхелия Гиорги Гуливардовича на тему: «Хирургическое лечение пациентов с умеренным стенозом аортального клапана и ишемической болезнью сердца» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук проводит заместитель председателя Диссертационного совета, д.м.н., профессор Сигаев Игорь Юрьевич.

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Уважаемые коллеги, на заседании Диссертационного совета присутствуют:

№	Ф.И.О.	Учёная степень, шифр специальности в совете	
1	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук, 3.1.15	Заместитель председателя Диссертационного совета, председатель заседания
2	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук, 3.1.15	Заместитель председателя Диссертационного совета
3	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук, 3.1.12	Заместитель председателя Диссертационного совета
4	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук, 3.1.20	Ученый секретарь Диссертационного совета
5	Аверина Ирина Ивановна	доктор мед. наук, 3.1.20	
6	Аракелян Валерий Сергеевич	доктор мед. наук, 3.1.15	
7	Аронов Давид Меерович	доктор мед. наук, 3.1.20	
8	Бокерия Лео Антонович	доктор мед. наук, 3.1.15	

9	Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук, 3.1.20	
10	Горбачевский Сергей Валерьевич	доктор мед. наук, 3.1.15	
11	Диасамидзе Кахабер Энверович	доктор мед. наук, 3.1.12	
12	Керен Милена Абрековна	доктор мед. наук, 3.1.20	
13	Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук, 3.1.20	
14	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук, 3.1.12	
15	Лобачева Галина Васильевна	доктор мед. наук, 3.1.12	
16	Мироненко Владимир Александрович	доктор мед. наук, 3.1.15	
17	Попов Дмитрий Александрович	доктор мед. наук, 3.1.12	
18	Проценко Денис Николаевич	доктор мед. наук, 3.1.12	
19	Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук, 3.1.12	
20	Шаталов Константин Валентинович	доктор мед. наук, 3.1.15	
21	Ширяев Андрей Андреевич	доктор мед. наук, 3.1.15	

Уважаемые коллеги, давайте начнем нашу работу. Всего из 25 членов совета 21.1.038.01, утвержденного приказом председателя ВАК РФ, присутствует 21 член совета – количественный кворум обеспечен. По специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия присутствует 8 членов совета, по специальности 3.1.20. Кардиология присутствует 6 членов совета – качественный кворум тоже обеспечен. Совет правомочен начать свою работу. Заседание объявляется открытым.

На повестке дня у нас сегодня защита диссертации Кварацхелия Гиорги Гуливардовича на тему: «Хирургическое лечение пациентов с умеренным стенозом аортального клапана и ишемической болезнью сердца», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия и 3.1.20. Кардиология.

Научные руководители:

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

Мацкеплишвили Симон Теймуразович, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», заместитель директора по научной работе, руководитель отдела кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии обособленного подразделения Медицинский научно-образовательный центр Московского университета имени М.В. Ломоносова.

Официальные оппоненты:

Далинин Вадим Вадимович – доктор медицинских наук, заведующий операционным отделением Центра интервенционной кардиологии, аритмологии и электрокардиостимуляции рентгенхирургических методов диагностики и лечения Федерального казенного учреждения «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка» Министерства обороны Российской Федерации (специальность 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия);

Терещенко Сергей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (специальность 3.1.20. Кардиология).

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского».**

Ученый секретарь сейчас даст справку о представленных соискателем документах.

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, профессор Сигаев И.Ю.:

– Спасибо. Гиорги Гуливардович, Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений своей диссертационной работы.

Кварацхелия Гиорги Гуливардович (соискатель) излагает материал диссертации.

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Спасибо. Какие вопросы будут у членов диссертационного совета? Пожалуйста.

Член диссертационного совета, доктор медицинских наук Аверина И.И.:

– Спасибо большое за потрясающую презентацию, Гиорги Гуливардович! Скажите, пожалуйста, учитывая такие послеоперационные проблемы при повторных оперативных вмешательствах, кому бы Вы из этих

больных рекомендовали одномоментные вмешательства или, может быть, какие-то иные гибридные способы лечения?

Кварацхелия Г.Г. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Ирина Ивановна! Принятие решения, как я уже сказал, вызывает дилемму перед оперирующим хирургом. И важным посылом моей научной работы являлось то, что хирург должен учитывать факторы роста аортального стеноза, такие как скорость клубочковой фильтрации, возраст для принятия оптимального решения. Все-таки это мое субъективное мнение, но если у пациента градиент больше 30-35 мм рт. ст., и мы понимаем то, что у пациента есть хроническая болезнь почек, то мы имеем право более агрессивно подходить к хирургической тактике по отношению к аортальному стенозу и выполнять одномоментные операции с целью уменьшения рисков повторной операции. В другом случае, если мы данные методы не выполняем, то при выполнении аортокоронарного шунтирования, если мы оставляем аортальный клапан нативный, то нужно использовать представленные методы уменьшения рисков ятрогенных травм, такие как ушивание перикарда, укладывание маммарной артерии в ложе по малой кривизне аорты, и их использовать с целью облегчения доступа, уменьшения риска ятрогенных травм в будущем.

Что касается эндоваскулярного лечения, однозначно, учитывая современный прогресс, это однозначно метод, имеющий право на существование, который облегчает имплантацию аортального клапана очень тяжелым группам пациентов. Но мы должны понимать то, что у данного метода есть свои ограничения, в частности, должны быть соблюдены подходящие анатомические особенности и в диаметре бедренных артерий, и в подвздошных артериях не должно быть значимых поражений, должна быть в приемлемом состоянии и брюшная аорта, и грудная аорта. И очень важно, что данный метод, по данным ряда авторов, требует двухстворчатости аортального клапана, и при неравномерном распределении кальциноза в

створках аортального клапана есть риск компрометации устьев коронарных артерий, в частности, у пациентов с низко расположенным устьем коронарных артерий к фиброзному кольцу. Это одна из значимых проблем. Вторая – это может быть то, что при неравномерном распределении кальциноза при раздувании данного баллона мы с помощью эндоваскулярного лечения не выполняем декальцификации, мы лишь сдавливаем и раздуваем кальций, и при его формировании с одной стороны присутствуют риски само собой и разрыва фиброзного кольца. Я в своем обзоре достаточно детально проанализировал сравнительные методы: часто у пациентов было выполнено эндоваскулярное лечение после операции после операции коронарного шунтирования, части было выполнено хирургическое лечение, и последние нескольких лет разницы в осложнений в данной группе практически не отличаются, сопоставимы риски и инсульта, и инфаркта в послеоперационном периоде.

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Еще вопросы? Пожалуйста.

Член диссертационного совета, доктор медицинских наук Диасамидзе К.Э.:

– Гиорги Гуливардович, у Вас 25 больным вместо маммарокоронарного шунтирования Вы сделали аортокоронарное шунтирование. В причинах Вы указываете в 3 случаях диссекцию, в 3 случаях кальциноз и в 3 случаях шунтирование. Меня интересует в 15 случаях у больных какие были причины? Это мой первый вопрос.

Второй вопрос: как Вы относитесь к боковому доступу в операции при протезировании аортального клапана?

И третий вопрос: принято все не зашивать теперь, по крайней мере, так привыкли, а в некоторых случаях еще и плевра открывается. Не пора ли всем переходить на зашивание перикарда?

Кварацхелия Г.Г. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Кахабер Энверович!

Начну с первого вопроса. Наша позиция к маммарному кондуиту, в частности, и к артериальным кондуитам такая, что эти кондуиты требуют очень прицельного внимания, в каких коронарных бассейнах мы их используем. В нашем отделении принята такая позиция, что если нет достаточного стеноза в коронарном бассейне, лучше, чтобы это была окклюзия или достаточно серьезный стеноз (больше 80-90%), чтобы маммарные артерии лучше работали. Вы сами знаете, что они склонны к спазму и чувствительны к конкурентному коронарному кровотоку. Венозные кондуиты от этих проблем нас спасают. Да, был ряд пациентов, которым мы не выполнили мамарокоронарное шунтирование в связи с тем, что мы посчитали его нецелесообразным и не дающим тот результат, который нам бы хотелось бы. Значит, у этой группы в этих сосудах были недостаточные стенозы, они были, может быть, пограничные 50-60%. В данном случае мы, конечно, отдаем предпочтение венозному кондуиту. Это первый вопрос.

Что касается боковых доступов. Боковые доступы – это достаточно высокоспециализированная операция, требующая очень серьезной подготовки хирургов. Даже со срединной стернотомией немногие хирурги берут оперировать повторных пациентов, особенно с функционирующими коронарными шунтами. В моей группе было всего лишь 15%, которым была выполнена J-образная стернотомия. Боковых доступов у нас выполнено не было. Это очень тяжелая группа, и доступ определяется только лишь предпочтением оперирующего хирурга, в каком доступе, он себя чувствует более уверенно, и какой доступ он предпочитает.

Что касается третьего вопроса по поводу ушивания перикарда. К сожалению, некоторые кардиохирурги воздерживаются от ушивания перикарда, опасаясь компретации шунтов и дисфункции его. Мы используем данный метод более 15 лет, и с помощью данного метода проведены операции у более 3 тысяч пациентов. И шунтография интраоперационная, и отдаленные результаты нам говорят о том, что данный метод безопасен, он имеет право на существование и однозначно уменьшает риски при продольном доступе.

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Есть у кого-то вопросы из присутствующих здесь? Пожалуйста.

Доктор медицинских наук Асымбекова Э.У. (врач-кардиолог, ведущий научный сотрудник клинико-диагностического отдела ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России):

– Скажите, пожалуйста, суммируя весь Ваш опыт, все-таки когда мы больных отправляем на аортокоронарное шунтирование с умеренным аортальным стенозом, какие все-таки точки опоры – делать операцию одномоментную или можно подождать?

Кварацхелия Г.Г. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Эльмира Уметовна! В первую очередь очень объективная точная ультразвуковая оценка для оценки точности градиентов умеренного аортального стеноза; второе – это выявление факторов риска прогрессирования артериального стеноза, таких как хроническая болезнь почек, скорость клубочковой фильтрации, возраст. Это основные моменты. Следующий момент – это выраженность кальциноза. Некоторые авторы показывают то, что даже если градиент у нас умеренный, но выраженность кальциноза достаточно серьезная, то процесс идет активнее, и пациент «дозревает» до тяжести аортального стеноза намного быстрее.

**Председатель заседания – заместитель председателя
Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев
И.Ю.:**

– Больше вопросов нет. Хорошо, присаживайтесь.

Слово имеет научный руководитель диссертанта профессор, академик
РАН Бокерия Лео Антонович.

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

– Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые коллеги! Это
тот случай, когда очень легко, совсем легко представлять диссертанта,
потому что он прекрасно подготовлен как врач, как хирург, и еще более
подготовлен как человек, который может очень достоверно отобразить то,
чем он занимается.

Поэтому я не стал бы занимать ваше время. Хотел бы сказать, что
прошу поддержать начинания молодого специалиста. Я абсолютно убежден в
том, что у него еще более прекрасное будущее.

Спасибо.

**Председатель заседания – заместитель председателя
Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев
И.Ю.:**

– Спасибо, Лео Антонович

Сейчас ученый секретарь огласит поступившие в совет письменные
отзывы на диссертацию.

**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 научного учреждения «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

3. Отзывы на автореферат от:

- заведующего отделением кардиологии для больных с острым инфарктом миокарда ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 ДЗМ», доктора медицинских наук, профессора кафедры факультетской терапии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России Богданова Альфреда Равилевича;

- врача сердечно-сосудистого хирурга, заведующего кардиохирургическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина ДЗМ», кандидата медицинских наук Пискуна Александра Владимировича.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Спасибо.

Давайте приступим к обсуждению диссертационной работы. Слово предоставляется первому оппоненту Далинину Вадиму Вадимовичу, доктору медицинских наук, заслуженному врачу Российской Федерации, заведующему операционным отделением центра интервенционной кардиологии, аритмологии и электрокардиостимуляции рентгенхирургических методов диагностики и лечения Центрального военного клинического госпиталя имени П.В. Мандрыка Минобороны России.

Доктор медицинских наук Далинин Вадим Вадимович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

Оппонентом в ходе выступления в рамках научной дискуссии задан вопрос: сегодня актуальным становится и обсуждается в медицинских кругах вопрос среднего возраста дожития, который сам по себе так и просится встроиться в ту стройную разработанную систему принятия решений в плане необходимости протезирования аортального клапана. Нужно ли добавлять этот фактор в систему оценки необходимости включения протезирования аортального клапана в хирургическое лечение пациентов с ишемической болезнью сердца на сегодняшний день?

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Спасибо, Вадим Вадимович. Гиорги Гуливардович, ответьте, пожалуйста, официальному оппоненту.

Кварацхелия Г.Г. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Вадим Вадимович! Спасибо Вам за проделанную работу, за столь высокую оценку моей научной работы. Ваша оценка и Ваш отзыв очень важны для нас.

Теперь касаемо вопроса. Однозначно возраст дожития крайне важен при принятии решения. Само собой подвергать увеличенному риску летального исхода и осложнений при комбинированной операции замены аортального клапана и шунтирования нецелесообразно, если мы понимаем, что возраст дожития у пациента значимо ближе, нежели «дозревание» аортального клапана в условиях факторов риска. И отвечая на вопрос, отмечу, что однозначно данный параметр должен быть учтен при принятии оптимального решения.

Спасибо.

**Председатель заседания – заместитель председателя
Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев
И.Ю.:**

– Спасибо.

И у нас второй оппонент Терещенко Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, заслуженный деятель науки Российской Федерации. Прошу Вас, Сергей Николаевич.

**Доктор медицинских наук, профессор Терещенко Сергей
Николаевич (официальный оппонент)** зачитывает отзыв (отзыв
положительный, замечаний не содержит, прилагается).

Оппонентом в ходе выступления высказано пожелание сделать регистр в целом по Российской Федерации, то есть собрать эту группу пациентов, у которых есть невыраженный аортальный стеноз и в дальнейшем посмотреть тех больных, которые были прооперированы. И тогда можно будет дать ответы на остающиеся на сегодняшний день вопросы, проанализировав больных прогностически и включить полученные результаты в клинические рекомендации.

**Председатель заседания – заместитель председателя
Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев
И.Ю.:**

– Спасибо, Сергей Николаевич. Гиорги Гуливардович, пожалуйста, ответьте официальному оппоненту.

Кварацхелия Г.Г. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Сергей Николаевич! Хочу выразить слова благодарности за тщательный анализ моей научной работы и ее положительную оценку.

Спасибо оппонентам, которые нашли время несмотря на свою высокую занятость присутствовать на нашем диссертационном совете. Безмерная вам благодарность!

Спасибо.

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Спасибо. Присаживайтесь.

Кто из членов диссертационного совета хочет обменяться мнениями по поводу работы? Пожалуйста, Юрий Иосифович.

Член диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Бузиашвили Ю.И.:

– Глубокоуважаемый Игорь Юрьевич, глубокоуважаемые члены ученого совета, коллеги! Безусловно, я хочу поддержать эту работу, потому что она при нас вошла в поговорку, она при нас выполнялась в нашем отделении. И при мне Гиорги Гуливардович из аспиранта, приехавшего из Грузии, я сейчас Лео Антоновичу рассказал, когда он приехал, это был выраженный джигит, кавказец. И в первый же день, когда я его встретил в отделении, я к нему вышел, говорю: - Что за безобразие, это что здесь валяется? Уберите сейчас же! Он говорит: - Не беспокойтесь, Юрий Иосифович, я сейчас позову женщин, и они всё сделают. И с такого Гиорги Гуливардовича он превратился в хирурга, которому доверено будущее многих-многих сотен пациентов, которые будут.

Но сейчас я хочу сказать о тех, которые есть, и это надо признать. Я помню, как Лео Антонович с удовольствием написал работы о первых 100 аортокоронарных шунтированиях без смерти, то есть без единого смертельного случая. С тех пор прошло 300 операций аортокоронарного шунтирования без единой смерти – и это большое достижение нашего отделения, в котором Гиорги Гуливардович принимает не просто

непосредственное участие, а один из ведущих хирургов, принимающих участие в операции. Мы ждем – не дождемся, когда пройдет эта защита, чтобы он начал самостоятельно оперировать.

И я хочу очень коротко сказать о возрасте дожития. Когда в 1990 году я приехал в Америку на стажировку и увидел, как принимают больного 78 и 82 года, я был просто удивлен, сильно удивлен, что такие больные могут обратить на себя столько внимания врачей. Прошло всего лишь 30 лет, для истории это ничего, это миг, и у меня в отделении из 50 человек 10-15% лежат пациенты старше 75 лет, и это стало нашей практикой, и от этого нам уже никуда не деться.

Другая тенденция: лет 20 тому назад очень был развит лечебный туризм за границу, может быть, я утрирую, может быть, я на себя наговариваю и фантаст, но сейчас очень часто больные, которые могут себе позволить оперироваться в любой клинике мира, останавливаются и очень своеобразно спрашивают: а где все-таки лучше – у нас или там? И это тоже наше большое достижение, потому что мы переломили эту планку, что там все лучшее, там находится Philips, Siemens, General Electric и т.д. Это так. Но и мы пользуемся этим не хуже их.

Поэтому, говоря о будущем человека, я о работе ничего не могу сказать, кроме хорошего, потому что мы вместе ее закладывали, вместе ее выполняли. А Гиорги Гуливардовичу я хочу пожелать стать своим на этой и других трибунах нашего Института и других ведущих учреждений, потому что за ним будущим. И я ему хочу пожелать в этом будущем удачи.

Спасибо.

**Председатель заседания – заместитель председателя
Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев
И.Ю.:**

– Спасибо. Юрий Иосифович.

Кто еще из членов диссертационного совета хочет выступить? (Нет желающих).

Из присутствующих? (Нет желающих).

Буквально несколько слов скажу по поводу этой диссертационной работы как коронарный хирург, который уже более 40 лет за операционным столом. И действительно до сих пор неясно, что делать с такими пациентами, и мне кажется, что это прекрасная работа, может быть, часть вопросов решила, но, я думаю, что еще больше вопросов она поставила: это и первичная тактика лечения, что делать с такими пациентами, и какие методики применять; это и метод выполнения операции. Диссертант привел данные, что по 3 методам выполнялась реваскуляризация миокарда. Я уже не стал задавать вопрос, потому что по нашему опыту, если стеноз более критичный аортального клапана, больные не переносят вывихивание сердца, мы отказались от этих вещей. Здесь в данном случае больной позволяет делать операции на работающем сердце. И многое-многое другое. Поэтому, я думаю, что если диссертант будет продолжать работу в этом направлении, то здесь не одна кандидатская, а несколько, десятки и много докторских.

Коллеги, если больше ни у кого желания выступить нет, заключительное слово диссертанта.

Кварацхелия Г.Г. (соискатель):

– Конечно, я хочу сказать слова благодарности администрации Центра и членам диссертационного совета за возможность выступать со столь высокой трибуны одного из лучших ведущих учреждений страны.

Что касаясь самой научной работы, я благодарен моим научным руководителям Лео Антоновичу Бокерия и Симону Теймуразовичу Мацкеплишвили за советы и рекомендации в написании данной научной работы.

Хочу выразить отдельную благодарность руководителю и учителю Юрию Иосифовичу Бузиашвили за громадную поддержку по формированию меня как врача и ученого.

И в конце хочется сказать слова благодарности всему отделению КДО, где я работаю и занимаюсь любимым делом.

Спасибо.

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Спасибо.

Вопрос передается на тайное голосование. В счетную комиссию предлагаются: Диасамидзе Кахабер Энверович, Аверина Ирина Ивановна и Керен Милена Абрековна. Кто за данный состав счетной комиссии? (Проводится голосование. Состав счетной комиссии утверждается единогласно).

Прошу счетную комиссию приступить к голосованию.

Происходит процедура тайного голосования.

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Прошу председателя счетной комиссии огласить результаты тайного голосования.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук Диасамидзе К.Э. зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 28 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом 21.1.038.01 от 21 июня 2024 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук Диасамидзе Кахабер Энверович.

Члены комиссии – доктор медицинских наук Аверина Ирина Ивановна, доктор медицинских наук Керен Милена Абрековна.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Кварацхелия Гиорги Гуливардовича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия и 3.1.20. Кардиология.

Состав Диссертационного совета утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации о Советах по защите докторских и кандидатских диссертаций от 2 ноября 2012 года № 714/нк (с изменениями от 12 июля 2023 года 1492/нк) в количестве 25 человек.

На заседании присутствовал 21 член Совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия – 8 человек, по профилю рассматриваемой диссертации 3.1.20. Кардиология – 6 человек. Роздано бюллетеней – 21, осталось не розданных бюллетеней – 4, оказалось в урне бюллетеней – 21.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Кварацхелия Г.Г.:

За	- 21,
Против	- нет,
Недействительных бюллетеней	- нет.

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 21 человек (из них по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия – 8 человек, по специальности 3.1.20. Кардиология – 6 человек), участвовавших в заседании из 25 человек,

входящих в состав Совета (4 члена Диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – 21, «против» – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Спасибо. Коллеги, мы должны утвердить результаты счетной комиссии. Кто «за»? Кто против? (Нет). Кто воздержался? (Нет).. (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

Мы должны принять проект заключения по диссертации. Слово ученому секретарю.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает проект заключения Диссертационного совета 21.1.038.01 по диссертации Кварацхелия Гиорги Гуливардовича на тему: «Хирургическое лечение пациентов с умеренным стенозом аортального клапана и ишемической болезнью сердца» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия и 3.1.20. Кардиология:

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: разработана стратегия принятия оптимального решений относительно целесообразности замены аортального клапана у пациентов, направляющихся на коронарное шунтирование с умеренным стенозом аортального клапана, с учётом выявленных факторов, ускоряющих скорость прогрессирования аортального стеноза; разработан оригинальный способ ушивании перикарда при выполнении операции коронарного шунтирования; предложена стратегия выполнения операций коронарного

шунтирования с учётом возможных операций на сердце в будущем; доказана целесообразность выявления факторов госпитальной летальности и осложнённого послеоперационного периода, что позволит улучшить результаты хирургического лечения при выполнении операции аортокоронарного шунтирования у пациентов с минимальным и умеренным стенозом аортального клапана.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: полученные автором результаты исследования позволили изучить факторы, влияющие на ускорение прогрессирования аортального стеноза, что в свою очередь способствуют прогнозированию скорости дегенеративных изменений на аортальном клапане в отдалённом периоде; применительно к проблематике диссертации результативно использованы современные методы обследования пациентов и статистического анализа; изучена скорость изменения градиента на аортальном клапане, изучены факторы, ассоциированные с осложнённым течением послеоперационного периода; выполнен корреляционный анализ полученных данных; получена объективная информация о целесообразности учитывать факторы, ассоциированные с ускорением дегенеративных изменений на аортальном клапане, для улучшения результатов оперативного лечения в данной группе пациентов; в полной мере изучены и представлены литературные данные, посвящённые изучению хирургического лечения пациентов с ишемической болезнью сердца и умеренным стенозом аортального клапана.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что разработаны алгоритмы ведения пациентов направляющихся на изолированное коронарное шунтирование с учётом выявленных предикторов госпитальной летальности и осложнённого послеоперационного течения у пациентов с минимальным и умеренным

стенозом аортального клапана; разработана стратегия принятия оптимального решений относительно целесообразности замены аортального клапана у пациентов, направляющихся на коронарное шунтирование с умеренным стенозом аортального клапана, с учётом выявленных факторов, ускоряющих скорость прогрессирования аортального стеноза; основные научные положения и практические рекомендации, сформулированные в диссертации, внедрены в клиническую практику и нашли применение в клинико-диагностическом отделении ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.

Полученные результаты позволяют улучшить непосредственные и отдалённые результаты операции коронарного шунтирования у пациентов с умеренным стенозом аортального клапана и ишемической болезнью сердца; уточнить показания к протезированию аортального клапана, при операций коронарного шунтирования у пациентов умеренным стенозом аортального клапана, с учётом факторов способствующих ускорению скорости прогрессирования аортального стеноза; уменьшить риски ятрогенных травм, при возможных операциях на сердце в будущем, с учётом применения оригинального метода ушивания перикарда при операций коронарного шунтирования.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что теоретические положения, изложенные в диссертации результаты, согласуются с результатами статистического анализа. Применены современные методы сбора и обработки информации, использован достаточный объем клинического материала (247 пациентов) и выбрана современная методология исследования, необходимая для решения задач диссертационного исследования.

Личный вклад соискателя состоит в самостоятельном проведении информационно-патентного поиска, обосновании актуальности проведения исследования, формулировки его цели и задач, методологических подходов к их выполнению, отборе пациентов с ишемической болезнью сердца и минимальным и умеренным стенозом аортального клапана, выполнении оперативных вмешательств, сборе и анализе данных, полученных при обследовании и наблюдении за пациентами, обработке материала с применением статистических методов исследования, анализе литературных данных, написании основных публикаций по выполненной работе.

В ходе защиты диссертации принципиальных замечаний высказано не было. Соискатель Кварацхелия Г.Г. полностью ответил на все заданные ему вопросы.

Таким образом, на заседании 21 июня 2024 года диссертационный совет принял решение:

за разработку теоретических положений, которые содержат новые решения актуальной научной задачи – оптимизацию хирургического лечения пациентов с ишемической болезнью сердца и умеренным стенозом аортального клапана, что имеет существенное значение для сердечно-сосудистой хирургии и кардиологии, присудить Кварацхелия Г.Г. учёную степень кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия и 3.1.20. Кардиология.

Председатель заседания – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Кто за то, чтобы утвердить проект этого заключения, прошу проголосовать. Кто «за»? Кто против? (Нет). Кто воздержался? (Нет). (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 21, «против» - нет, «воздержался» - нет).

Гиорги Гуливардович, от себя лично и от имени диссертационного совета хочу поздравить Вас с успешно защищенной очень хорошей диссертационной работой, пожелать Вам удачи как ученому, и самое главное – как хирургу, а хирургу удача нужна всегда. Поэтому еще раз поздравляем Вас.

Заседание диссертационного совета закончено.

Председатель заседания:
заместитель председателя
диссертационного совета 21.1.038.01
д.м.н., профессор


И.Ю. Сигаев

Ученый секретарь
Диссертационного Совета 21.1.038.01,
доктор медицинских наук


Д.Ш. Газизова



21 июня 2024 г.