

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева»**

СТЕНОГРАММА №14

заседания Диссертационного совета Д 001.015.01

29 мая 2015 г.

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

Заргинава Гиорги Гогиевича

на тему:

**«Гибридный подход в хирургическом лечении новорожденных с синдромом
гипоплазии левого сердца»**

Специальность: «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26

Москва - 2015 г.

Ученый секретарь - 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 Заргинава Гиорги Гогиевича «Гибридный подход в хирургическом лечении новорожденных с синдромом гипоплазии левого сердца» 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.: Добрый день! У нас всего из 23 членов Совета, утвержденного приказом председателя Высшей аттестационной комиссии Российской Федерации, присутствуют 17 членов Совета. То есть количественный кворум обеспечен.

ПРИСУТСТВОВАЛИ:

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	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук, 14.01.05	Ученый секретарь Диссертационного совета
4	Алекян Б.Г.	доктор мед. наук, 14.01.26	
5	Бузиашвили Ю.И.	доктор мед. наук, 14.01.05	
6	Голухова Е.З.	доктор мед. наук, 14.01.05	
7	Ким А.И.	доктор мед. наук, 14.01.26	
8	Ключников И.В.	доктор мед. наук, 14.01.05	
9	Лобачева Г.В.	доктор мед. наук, 14.01.20	
10	Маликов В.Е.	доктор мед. наук, 14.01.05	
11	Муратов Р.М.	доктор мед. наук, 14.01.26	
12	Никитин Е.С.	доктор мед. наук, 14.01.20	
13	Ревешвили А.Ш.	доктор мед. наук, 14.01.26	
14	Сигаев И.Ю.	доктор мед. наук, 14.01.26	
15	Скопин И.И.	доктор мед. наук, 14.01.26	
16	Сокольская Н.О.	доктор мед. наук, 14.01.20	
17	Ярустовский М.Б.	доктор мед. наук, 14.01.20	

По специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 присутствуют 8 членов Совета, то есть качественный кворум также обеспечен. Разрешите заседание объявить открытым.

На повестке дня у нас защита диссертации Заргинава Гиорги Гогиевича «Гибридный подход в хирургическом лечении новорожденных с синдромом гипоплазии левого сердца» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

Диссертация Заргинава Гиорги Гогиевича «Гибридный подход в хирургическом лечении новорожденных с синдромом гипоплазии левого сердца», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева».

Научный руководитель:

Бокерия Лео Антонович - доктор медицинских наук, академик РАН, директор Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева»

Официальные оппоненты:

Ковалев Сергей Алексеевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кардиохирургического отделения № 2 Бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская клиническая больница № 1» (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26).

Коростелев Александр Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения кардиохирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26). Александр Николаевич отсутствует по уважительной причине. Он предоставил 3 экземпляра положительного, не содержащего замечания отзыва, который будет зачитан.

Ведущая организация – Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России.

Разрешите предоставить слово ученому секретарю для оглашения представленных документов.

Ученый секретарь: Зачитывает документы, 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 РФ.

Председатель заседания: Какие будут вопросы по зачитанным документам? Вопросов нет. Тогда, Гиорги Гогиевич, Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений Вашей работы.

Заргинава Г.Г. (соискатель): Излагает материал диссертации (доклад прилагается).

Председатель заседания: Какие вопросы возникли в процессе доклада у членов ученого совета? Пожалуйста, профессор Ким Алексей Иванович.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Ким Алексей Иванович: 1. Вы сказали, что у вас средний межэтапный период составил 6 месяцев между гибридным и операцией Norwood. Как Вы считаете с точки зрения уже накопленных знаний и данных литературы, какой должен быть средний межэтапный период? 2. Как сейчас подходят к гибриднему методу: это основной метод или это метод, который применяется только в тех случаях, когда пациентам противопоказаны операции с искусственным кровообращением? 3. Есть ли прогресс в изменении гибридного подхода (меняется ли его тактика, подходы, связанные со стентированием, применение новых методик)?

Председатель заседания: Пожалуйста, можно отвечать.

Заргинава Г.Г. (соискатель) - ответ: Средний период оптимальный это 3-4 месяца, не 6 месяцев. Просто у нас дети выписывались, бывало, через месяц – через 2 месяца, соответственно к 6 месяцам проходило 4 месяца. Оптимально здесь, даже если ребенок выписывается в возрасте 7 дней, то оптимально 4 ме-

сяца. Но как показывает опыт, легочное сопротивление намного снижается к 6 месяцам, и легкие пациента более зрелые. Но в этот момент в межэтапном периоде мы не совсем точно можем отследить, особенно на периферии РФ этих детей, поэтому желательно принимать их в 4 месяца и уже здесь их готовить ко второму этапу.

Второй вопрос по поводу приоритета. В первую очередь гибридный подход показан пациентам в критических состояниях – это дети, которые в дооперационном периоде имеют низкий сердечный выброс или с внутривенными кровоизлияниями, которым по каким-то причинам противопоказана операция Norwood. Тем не менее, хочется отметить, что при этом смещая этот крайне сложный контингент пациентов в сторону гибридного подхода – это может увеличить общую выживаемость после операции Noorwod.

В отношении прогресса. Сейчас стараются, есть очень много, те же немецкая клиника Гессен, Коламбас стараются выполнять и уже в процессе разработок транскатетерный Фонтен, то есть у них прогресс заключается в том, чтобы полностью перевести на гибридный подход, из хирургического в транскатетерный, когда и первый, и третий подходы будут транскатетерными. Всего лишь один этап, а именно второй останется хирургическим, хотя здесь тоже идет работа во многих клиниках.

Председатель заседания: Алексей Иванович, Вы удовлетворены? (-да) Еще, пожалуйста, вопросы. Может быть у присутствующих? Пожалуйста, доктор медицинских наук Софья Михайловна Крупянко.

Руководитель реабилитационного центра детей с болезнями сердца Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Крупянко Софья Михайловна: Какие критерии отбора пациентов для операции видоизменились во время Вашего исследования?

Председатель заседания: Ваш ответ Гиорги Гогиевич.

Заргинава Г.Г. (соискатель): Спасибо за очень интересный вопрос. За период с 2007 по 2009 гг. мы всем пациентам применяли гибридный подход, то есть не использовали никаких критериев для отбора. За этот период только одному

пациенту выполнена операция Norwood. Критерии, я опять повторяюсь, как сказал Алексею Ивановичу, что гибридный подход показан в первую очередь детям в критических состояниях или с несердечными аномалиями или детям, которым противопоказан Norwood. А так, в некоторых ситуациях это приоритетная операция – операция выбора. То есть гибридный это для группы пациентов высокого риска, Norwood для пациентов стандартного риска. Но для выявления превосходства гибридного или традиционного подходов нужно производить рандомизированные исследования в центрах, имеющих большой опыт и в том, и в этом подходе.

Председатель заседания: Еще, пожалуйста, вопросы. Профессор Пурсанов Манолис Георгиевич.

Доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения рентгенохирургических методов исследования и лечения сердца и сосудов Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева»
Пурсанов Манолис Георгиевич: Существуют ли противопоказания для гибридного подхода? В каких состояниях противопоказано применение гибридного подхода?

Председатель заседания: Пожалуйста, Гиорги Гогиевич.

Заргинава Г.Г. (соискатель): Благодарю за вопрос, Манолис Георгиевич. Для гибридного подхода одно всего лишь противопоказание – это стеноз в области восходящей аорты, который переходит в дугу аорты, то есть где будет ретроградная обструкция дуги аорты. Это единственное противопоказание для гибрида.

Председатель заседания: Есть еще вопросы? Пожалуйста, доктор Котов.

Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения неонатальной интенсивной кардиологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева»
Котов Сергей Александрович: На Ваш взгляд, какие оптимальные сроки выполнения этой операции: сразу после поступления или нужно все-таки какое-то время понаблюдать за больным, про-

анализировать его состояние, как Вы считаете, после того, как опыт сейчас уже накоплен?

Заргинава Г.Г. (соискатель): Самые оптимальные сроки выполнения – это как родится ребенок, сразу доставить его в кардиохирургический центр и выполнить гибридную процедуру. Ребенок, которому выполнили операцию в возрасте 4 часов, экстубировался через 8 часов после операции.

Председатель заседания: Еще есть вопросы? Пожалуйста, профессор Глянцев Сергей Павлович.

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела истории сердечно-сосудистой хирургии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Глянцев Сергей Павлович: В 2006 году Вы опубликовали работу «Хирургическая анатомия гипоплазии левого сердца в аспекте его хирургической коррекции». Эту работу отмечают и патологоанатомы как очень тщательно выполненную. Как изучение хирургической анатомии синдрома помогло Вам в его лечении? Какие аспекты были использованы?

Председатель заседания: Отвечайте пожалуйста, Гиорги Гогиевич.

Заргинава Г.Г. (соискатель): Та работа больше была направлена на традиционную операцию Norwood в различных модификациях. В данном случае при выраженной недостаточности трикуспидального клапана нежелательно выполнять гибридную операцию – в этом случае лучше выполнять операцию Norwood. Потому что после стентирования ОАП через какое-то время может нарастать либо антеградная либо ретроградная обструкция дуги аорты, что может приводить к еще большей перегрузке правого желудочка, к дилатации, перегрузке, что может ухудшить прогноз. Но та работа больше была направлена на операцию Norwood, и именно по этому вопросу изложено в данной работе очень много нюансов.

Председатель заседания: Еще есть вопросы? (нет). Присаживайтесь, пожалуйста. Слово предоставляется научному руководителю, доктору медицинских наук, академику Бокерия Лео Антоновичу.

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Бокерия Л.А. (научный руководитель): Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены ученого совета! Я думаю, Вы сами все слышали. Я вообще-то под большим впечатлением этой работы, которая, наверно, я не должен об этом говорить, но реально это впервые в нашей стране мы подходим к самой сложной проблеме, которая существует. В мировой практике отношение к этому неоднозначное. Англичане вообще рекомендуют всем женщинам, которые носят ребенка с синдромом гипоплазии левого сердца на любом сроке беременности, делать прерывание беременности. Французы пытались тоже встать на эту позицию, но у них просто не прошла законодательно эта инициатива. На самом деле на эту тему написаны десятки книг счастливых родителей, которые имеют уже взрослых детей с синдромом гипоплазии левого сердца.

И мне очень приятно, что Гиорги Гогиевич так фундаментально разобрался в этой проблеме. Он вообще очень хороший врач, реально очень хороший врач, очень вдумчивый, очень расположенный к больным. У него был какой-то период, когда он как-то, по-моему, даже чуть-чуть ушел из института, потом вернулся.

И конечно, я думаю, я немножко не по схеме выступаю, но я хотел бы сказать, что то, что он сегодня делает это абсолютно в духе Норвуда. Потому что, если Вы помните, когда Норвуд здесь был и выступал, он сказал, как ему пришла мысль этой операции, когда он систематически приходил в отделение реанимации и там видел умирающих этих детей и все время думал, как им можно помочь. Я думаю, что Ваше хождение и Ваша работа в реанимации она очень многие вопросы прояснит, во-первых, для Вас самого, а, во-вторых, для нового рывка в центре. Потому что понятно, что мы где-то застопорились с этим, в частности, и по моей вине, потому что я решил, что все отделения могут этим заниматься и т.д. Понятно, что это, конечно, тема очень специфическая.

Поэтому сейчас выступая с этой трибуны, я хотел бы сказать, что, конечно, я очень поддерживаю Гиорги Гогиевича, считаю, что он исключительно одаренный человек и врач, и у него нормальное будущее здесь, только хорошее будущее. Здесь только, конечно, очень важно помнить, что, когда работаешь в такой

сложной и тяжелой проблеме, должен быть соответствующий внутренний потенциал позитивизма, настроенности, желания, чем, конечно, Вы очень помогаете центру.

Спасибо.

Председатель заседания: Спасибо, Лео Антонович. Слово предоставляется ученому секретарю для оглашения письменных отзывов, поступивших в наш ученый совет на диссертацию и автореферат.

Ученый секретарь зачитывает:

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева», рекомендующее диссертацию к защите.
2. Отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» (Отзыв положительный, не содержащий замечаний; прилагается).
3. Отзывы на автореферат от:
 - Черногривова Алексея Евгеньевича - доктора медицинских наук, заведующего кардиохирургическим отделением Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения РФ, г. Пенза.
 - Рябцева Дмитрия Вадимовича – кандидата медицинских наук, врача сердечно-сосудистого хирурга кардиохирургического отделения № 4 Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России, г. Челябинск. (Отзывы положительные, не содержащие замечаний; прилагаются).

Председатель заседания: Поскольку здесь замечаний нет, мы можем перейти к обсуждению. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту доктору медицинских наук, профессору Ковалеву Сергею Алексеевичу.

Доктор медицинских наук, профессор Ковалев С.А. (официальный оппонент) - зачитывает отзыв (отзыв положительный, не содержащий замечаний;

прилагается). У меня по ходу доклада возник вопрос. Единственное, что касается исходов и первого, и второго этапа, так как работа все-таки ретроспективная и первый этап выбран гибридный а в Бакулевском центре накоплено большое количество материала, касающегося хирургической коррекции первого этапа, конечно, надо было бы сравнить, как влияет гибридный подход на результаты первого этапа, какова летальность была при использовании хирургической коррекции первого этапа и гибридной коррекции. Это первый вопрос, который у меня возник после ознакомления с работой. И второй вопрос, который мне хотелось бы задать Георги Гогиевичу: почему был выбран именно левосторонний боковой доступ для выполнения гибридного вмешательства? Потому что при использовании срединной стернотомии у хирурга и рентгенэндоваскулярного хирурга есть больше возможностей для правильной оценки коррекции данной патологии.

Председатель заседания: Спасибо. Сергей Алексеевич. Георги Гогиевич, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Заргинава Г.Г. (соискатель): Благодарю, Сергей Алексеевич, за то, что Вы приехали сегодня, за проделанный труд, за столь детальное изучение моей диссертации, за прекрасное выступление.

Относительно вопроса сравнения традиционного подхода с гибридным подходом. Дело в том, что у нас накоплен также уже большой опыт традиционных операций Norwood, но они уже были после 2009 года. И у нас уже есть дальнейшие исследования сравнения операции Norwood с гибридным подходом. На тот период исследования моей работы, независимо от того это были пациенты высокого риска или стандартного риска, мы выполняли всем гибридную процедуру. За этот период только одному пациенту выполнена операция Norwood. Поэтому мы не могли сравнить. Как я уже в своем выступлении сказал, что чтобы выявить превосходство того или иного подхода, нужно проводить рандомизированные исследования в центрах, имеющих большой опыт как в одном, так и в другом подходе.

Относительно доступа. Конечно, срединная стернотомия оптимальна – там сразу все видно, операционное поле прекрасно визуализируется. Боковым до-

ступом мы почему начали делать? Хотели сохранить грудину интактной перед вторым этапом, спаечный процесс меньше. То есть, так как это гибридный подход, а целью гибридного подхода является снижение инвазивности, травмы вмешательства, то мы пошли дальше – еще больше снизить инвазивность вмешательства этим моментом. Но, к сожалению, если при СГЛС с помощью бокового доступа можно выполнить операцию, то при вариантах СГЛС, допустим, единственный желудочек с обструкцией системному кровотоку и другие варианты СГЛС, там трудно. Потому что в некоторых случаях левая и правая легочная артерия находится на разных расстояниях по отношению друг к другу и соответственно на большом расстоянии от легочного клапана, и правая легочная артерия находится латерально и трудно выделить ее – поэтому тогда приходилось переключаться на срединный доступ.

Председатель заседания: Вы удовлетворены ответом?

Доктор медицинских наук, профессор Ковалев С.А. (официальный оппонент): Да, спасибо.

Председатель заседания: Присаживайтесь. Поскольку по уважительной причине у нас отсутствует второй официальный оппонент профессор Коростелев Александр Николаевич, но в ученом совете есть его письменный отзыв. Динара Шавкатовна, пожалуйста, зачитайте его.

Ученый секретарь зачитывает отзыв официального оппонента доктора медицинских наук, профессора, главного научного сотрудника отделения кардиохирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» Коростелева Александра Николаевича (отзыв положительный, не содержащий замечаний; прилагается).

Председатель заседания: Пожалуйста, Вам слово для ответа, Гиорги Гогиевич, официальному оппоненту, который, к сожалению, отсутствует, но, тем не менее, по протоколу нужен ответ.

Заргинава Г.Г. (соискатель): Также хочу поблагодарить Александра Николаевича Коростелева, который, к сожалению, находится сейчас за границей, поэтому он не смог поприсутствовать и оппонировать здесь, также за его проде-

ланный труд по изучению моей диссертации. Отзыв был досконально изложен Динарой Шавкатовной. Поэтому благодарю!

Председатель заседания: Спасибо. Кто хочет обменяться мнениями по поводу данной работы среди членов ученого совета? Академик Алекян, доктор медицинских наук.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Алекян Б.Г.: Глубокоуважаемый Владимир Петрович, Лео Антонович, члены ученого совета!

Мы впервые за последние 8 лет, когда проблема была начата в институте, анализируем первые результаты очень тяжелого исследования, которое имеет свою историю. На самом деле много проблем, над которыми мы работаем, но эта проблема для нас была, в общем-то, новой проблемой. Она с трудом нам давалась на первых этапах. И сегодня имея уже определенный опыт, мы все-таки знаем, что достаточно много проблем, осталось много неясного в этом разделе, и мы продолжаем работать.

Диссертант очень четко представил результаты самые первые - первые 20 операций, которые были выполнены с 2007 по 2009 гг. У нас этих операций достаточно, намного больше сейчас, но это первый этап. И очень важно, что он очень честно представил все данные с учетом всех осложнений, которые встречались при выполнении этих процедур. И когда мы говорим о летальности – да, она была высокой. Много изменилось за эти годы, но все-таки очень важно, что Вы проанализировали этот материал и дали честную оценку того, что мы имели за эти годы.

Должен сказать, что она была настолько сложной не только для хирургов, кардиохирургов, эндоваскулярных хирургов, она была сложной для анестезиологов, для реаниматологов и для перфузиологов, потому что совсем другой контингент больных – это больные, которые, конечно, были терминальные, и малейшая ошибка приводила, конечно, к летальным исходам.

Мне кажется, что наше общение с нашими зарубежными коллегами, и зная данные литературы, многое изменилось сегодня в мире, подходы изменились, некоторые не идут на этот первый этап, а сразу идут на различные операции.

Но это уже дальнейшие исследования. И сейчас мы имеем определенную позицию (наш центр) в этом вопросе, и мы будем над этим работать.

Тут был очень хороший вопрос, касающийся все-таки доступа. Вот этот доступ на самом деле он разработан в нашем институте – это наш доступ. И первое время все-таки мы задавали себе вопрос, особенно когда все заканчивалось неудачно – может быть в доступе? Но жизнь показала, что доступ хороший, он приоритет нашего центра, мало кто использует, остается доступ через стерильную уже на второй, третий этап операции, кажется, мы это доказали, и в общем это приоритет нашего центра.

Что касается, вот тут диссертант отвечал на вопросы о возможностях транскатетерного выполнения первого этапа, то есть стентирования открытого артериального протока и сужения легочных артерий. Известно, что уже несколько лет назад начато, еще Kurt Amplatz начал исследование по созданию устройства, которое суживает легочные артерии, и ставятся специальные окклюдеры в правую и левую артерию. В клинике пока они не выполнены, но они были выполнены в эксперименте, и сейчас продолжается эта работа, чтобы попытаться имплантировать окклюдер, который сужает легочную артерию до должного диаметра необходимого для данной операции и одновременно имплантировать стент. Мне кажется, результаты, конечно, если эта операция дойдет до своего завершения, то это значительно уменьшит нехорошие, плохие результаты открытой операции.

И что очень важно, мы знаем, что группа Galantowicz – Cheatham и группа из Бостона активно занимаются выполнением операции Фонтена транскатетерно. Это тоже очень важный этап, они провели буквально единичные операции, они докладывали здесь в Москве у нас в нашем центре, и поэтому мне это кажется очень привлекательным.

В целом я хочу поздравить диссертанта, который, знаете, очень добросовестно, мне кажется, доложил сегодня и представил абсолютно точные данные, которые мы имели.

Спасибо.

Председатель заседания: Спасибо, Баграт Гегамович. Кто еще хочет обменяться мнением? Профессор Ким Алексей Иванович, доктор медицинских наук.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Ким А.И.: Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены ученого совета, глубокоуважаемый диссертант, коллеги!

Об актуальности этой темы уже много очень говорится. И я просто хочу отметить, что понимаете, сегодня такие сложные пороки они сегодня в определенной степени становятся визитной карточкой. Если Вы подходите к таким сложным порокам, значит, и центр, и те люди, которые здесь работают, это действительно они достигают определенного уровня – без этого невозможно выполнять данные процедуры. Да, если 10-15 лет назад решением вопроса была транспозиция магистральных артерий, артериальное переключение и т.д., то сегодня основной вопрос крутится среди нескольких патологий, то есть это атрезия легочной артерии, это гипоплазия дуги, это вопросы как раз гипоплазии левых отделов сердца.

Я, конечно, целиком поддерживаю эту работу. Единственный вопрос, который у меня остается – жалко, что немножко было затянуто по времени. Потому что на самом деле апробация этой диссертации была давно и, конечно, это первый результат, который был. И второе, что очень правильно – были показаны очень честно все результаты. И только из честного, так скажем, анализа можно извлекать какие-то уроки. Если мы замалчиваем какие-то проблемы, то действительно мы потом теряем эту нить развития.

Понятно, что сегодня ни один подход при операции при гипоплазии левых отделов сердца он не является идеальным, поэтому поиски продолжаются. Вы посмотрите, сколько модификаций Norwood существует, и они продолжают модифицировать эту операцию. Гибридный подход тоже претерпевает определенные изменения, о чем уже говорили. Кто-то пытается только суживать легочные артерии, поддерживая открытый артериальный поток на вазопростане – этим занимаются голландцы, этим занимаются японцы в основном и т.д. Вопрос другой, вопрос, мне кажется, сегодня здесь технический – какой бы Вы метод не применяли, он не проблема хирургическая в полном плане: это про-

блема решения вопроса комплексным путем, прежде всего, это показания к той или иной процедуре; это вопросы выполнения этой операции (будь то это операция с искусственным кровообращением, будь то это методика гибридная); третий вопрос очень важный, это вопрос выхаживания; четвертый вопрос – все эти пациенты должны быть под постоянным контролем, они не могут уходить из-под наблюдения, даже если они выписались из института или какого-то учреждения, они должны быть под постоянным контролем. И именно летальность, даже которую Вы анализировали, межэтапная, она как раз с этим связана, потому что они уходят из-под контроля – у кого-то наступает обезвоживание, кто-то перестает принимать препарат и т.д. и т.д. И четвертый это, конечно, вопрос – когда им делать следующий этап операции. Вот это комплексные такие мероприятия. И в этом отношении, я думаю, будет развиваться определенный алгоритм движения.

И еще один такой момент, который мне кажется тоже очень важным – это вопросы того, почему я полностью поддерживаю и диссертанта, и эту работу? Потому что я вижу, что он сам работает сейчас в реанимации, он близко подошел к тем оптимальным подходам как выхаживать этих детей. И естественно этот набор опыта он скажется на будущих результатах. И я думаю, что вот эта диссертация — это только начало. Потому что основная, еще одна из основных проблем — это, конечно, проблема самой физиологии правого желудочка, это не левый желудочек. И кстати, самая большая проблема сегодня, которая обсуждается при гипоплазии левых отделов сердца это недостаточность трикуспидального клапана. То есть что в такой ситуации делать? Когда коарктация это понятно, а вот когда недостаточность трикуспидального единственного функционирующего запирающего элемента фактически ударного – вот это самая большая проблема. И еще одна проблема, почему иногда, даже через 6 месяцев нам не удастся выполнить операцию Fontan или двунаправленного анастомоза и все-таки приходится разбирать – то есть сопротивление в легких оно остается высоким, несмотря на то, что у нас давление в легких по цифрам, у нас несколько же было пациентов – давление там 9-10 легочное. Как только вы ему делаете двунаправленный анастомоз, резко возрастает давление, то есть

оно не отражает вопросов сопротивления. Но я думаю, что следующие работы тоже будут посвящены именно определению легочного кровотока, сегодня весь мир над этим бьется, при различных патологиях, при различных. И тогда мы точно будем определять – когда можно выполнять, каким методом и т.д.

А так, я полностью поддерживаю эту работу, считаю, что она абсолютно соответствует всем требованиям ВАК, и диссертант достоин звания кандидата медицинских наук.

Спасибо.

Председатель заседания: Спасибо, Алексей Иванович. Слово предоставляется доктору медицинских наук Беришвили Давиду Олеговичу

Доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения экстренной хирургии новорожденных Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Беришвили Д.О.: Глубокоуважаемый председатель, члены диссертационного совета, коллеги!

Во-первых, я хочу сказать, что великолепно выполнена работа, хорошо выполнен анализ и напомнить то, о чем в принципе умолчали Баграт Гегамович и Лео Антонович – то, что практически родоначальником гибридного метода в России стали именно эти 2 человека, выполнившие первые вмешательства таким способом. Далее в принципе это серия больных, которым была выполнена операция, была передана, за что в принципе отделение благодарно, в отделение ЭХН, и практически весь этот пилотный проект выполнялся на базе отделения ЭХН. Поэтому, наверно, на вопросы, скажем, о выборе доступа, наверно, мы сможем ответить чуть более подробно.

Реально на сегодняшний день, то есть на тот момент почему мы выбрали гибридное вмешательство? В принципе инициатором этого процесса был директор центра. Ситуация была в том, что весь контингент новорожденных был практически не изучен, и все осложнения возникали в первую очередь из-за периода новорожденности. Эта операция, этот подход дал возможность нам выводить этих пациентов из периода новорожденности, то есть за те 30 самых страшных дней, когда в принципе все это происходит нехорошее с этими деть-

ми, и позволил вывести достаточно эффективно и впоследствии привести большую часть к дальнейшим этапам коррекции. Что дал этот доступ, который практически совершенно случайно введен в нашем центре? Он дал, во-первых, интактную грудину, которая впоследствии значительно снижает риски при рестернотомии; несмотря на то, что сам разрез составлял 7-8 сантиметров, он минимизировал соматическую травму; спайки – хирурги все знают, что после боковых торакотомий, выполнения тех же самых операций Мюллера можно избежать очень большого количества спаек, что в целом впоследствии нам облегчало выделение сосудов для радикальной коррекции. К тому же при перегрузках правого желудочка спаечный процесс при напряженном правом желудочке протекает таким способом, что после выполнения срединной стернотомии правый желудочек буквально подпаян к груди, несмотря на возможность отделения его преклюдом, все равно есть высокий риск травмы. И поэтому боковой доступ здесь оказался идеальным для этого выбора. Далее быстрота операции – время операции занимало от 40 до 60 минут, что в целом позволило минимизировать общую травму в отличие от той же операции Norwood, либо любой другой гемодинамической коррекции. Из данного доступа также возможно выполнение такой гибридной операции при любой анатомии. И кроме всего, эта операция дала возможность создать без искусственного кровообращения, без гипотермии, без остановки ИК гемодинамику полностью аналогичную гемодинамике при Damus-Stansel-Kaye, либо же при операции Norwood в любых ее модификациях. Поэтому в принципе мы остановились на этом гибриде.

Что касается пилотного проекта, этот процесс фактически зажег весь центр, и мы на первом этапе получили достаточно невысокую летальность. Весь процесс, весь период до сегодняшнего дня показал, что на данный момент нехирургическая проблема выхаживания пациентов после операции Norwood, после гибридного метода и доведение до второго этапа, как отметил Алексей Иванович, здесь важен каждый момент, и особенно очень важны это этапы интраоперационные, то есть анестезиологический, перфузионный, интенсивная терапия, естественно подготовка больного – все то, что дает нам этот результат.

Из инноваций, предложенных нашим центром, наверно, для суживания легочных артерий стало то, что минимальный контакт с легочными артериями был обеспечен тем, что легочные артерии сужались на буже, это занимало секунд 30, не более того.

Следует отметить, что один из пяти случаев в мире выполненных гибридных вмешательств при гипоплазии левого сердца с *situs inversus totalis* как раз вошел в эту группу исследований и был отмечен Гиорги Гогиевичем в его работе. И также то, что нам показали наши исследования – фактически вопрос несбалансированного кровотока был нивелирован, то есть то, на что часто упирают и в публикациях во многих, и иногда интенсивисты - несбалансированный кровоток влияет на гемодинамику гибрида или Norwood только в случае его обогащенного кровотока, при объединении или при нормальном соотношении этот кровоток не влияет на ухудшение гемодинамики.

И еще раз, наверно, то, что отметил диссертант – то, что отсрочивание на долгий период приводило к тому, что дети возвращались с нерестриктивным межпредсердным сообщением. Несмотря на низкое давление в легочных артериях, которое было обусловлено как раз хорошим ограничением кровотока, рестрикция оттока из легочных вен способствовала изменению в легочных артериях, и это именно не позволяло выполнять операцию двунаправленного кавопульмонального анастомоза сразу же непосредственно при выполнении операции Norwood. Сейчас на сегодняшний день этот этап пройден фактически, немало детей прошли на сегодняшний день из серии той уже и второй этап. Не далее, как несколько дней назад после консультирования директором и после выполненной уже операции одному из этих детей выполнен, правда, двунаправленный анастомоз, но там очень сложнейшая ситуация с легочными артериями, но на настоящий момент ребенок готовится к выписке.

Поэтому я думаю, что, учитывая накопленные материалы, мы можем говорить, что опыт центра в приоритете по гибриде, выбор тактики вмешательства – приоритет клиники в принципе, и опять же подходы какие – в меньшинстве, конечно, гибридный подход принят в мире, но он принимается и некоторыми клиниками, также и операции первичные Norwood, они имеют право на жизнь.

И последнее, что хочу отметить, это момент двухжелудочковой коррекции. Данный метод возможно выполнять не только у пациентов с синдромом гипоплазии левого сердца, но и у пациентов с другими патологиями, связанными с другими проблемами при гипоплазии левых отделов. И данный метод дает возможность прийти впоследствии к двухжелудочковой коррекции, о чем в принципе у нас есть публикации в нашем центре и есть пациенты, которые прошли этот этап и выжили, благодаря именно применению на первом этапе гибридного метода.

В принципе у меня все.

Председатель заседания: Спасибо. Кто хочет еще обменяться мнением? Доктор медицинских наук Пурсанов Манолис Георгиевич.

Доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения рентгено-хирургических методов исследования и лечения заболеваний сердца и сосудов Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Пурсанов М.Г.: Глубокоуважаемый Владимир Петрович, члены диссертационного совета, коллеги!

Раз началась такая дискуссия по поводу синдрома гипоплазии левых отделов сердца, то тоже хочу высказать свое мнение – взгляд, скажем так, специалиста, который выполняет часть этого вмешательства. Сразу хочу сказать, что являюсь сторонником этого метода, потому что я считаю, что этот метод вполне оправдан и он дает те результаты, которые мы стараемся добиваться при лечении этих пациентов, а именно гибридный подход должен отвечать всем тем же требованиям, что и операция Norwood, которая заключается: в защите малого круга кровообращения, это достигается за счет того, что суживаются легочные артерии. Сразу возникает вопрос: в какой степени мы должны суживать легочную артерию? Потому что мы должны учитывать, что это дети, которые в течение полугода растут до второго этапа. Если мы их сузим достаточно сильно, мы решим непосредственную задачу, то есть сразу после операции. Но мы должны помнить, что это сужение, дети растут, сосуды растут, степень стеноза постепенно, если была степень стеноза 70 %, через 3-4 месяца это будет 90 % - это

колоссальная нагрузка на правый желудочек. Поэтому возникает вопрос: все-таки на сколько процентов мы должны суживать легочные артерии? Например, мое мнение такое, что мы должны суживать от 30 до 50 % от исходного диаметра и суживать лучше легочные артерии протезом gore-tex, который имеет определенный этап – если взять 3,5-миллиметровый протез gore-tex, ты его обматываешь, делаешь бендинг и ты гарантированно получаешь размера 3 мм. Я как человек, который потом зондирует пациентов в отдаленном периоде – бывает, так что мы даже 1,5-миллиметровый катетер не можем провести через эту суженную легочную артерию. Представляете, какая нагрузка на этот правый желудочек возникает. Поэтому это очень самый важный вопрос, который чем суживать и как суживать легочные артерии.

Второй вопрос, который возникает при этом гибридном подходе – это мы должны обеспечивать нерестриктивный системный кровоток. Это достигается путем имплантации стента. Сегодня уже нет сомнений, что какие стенты мы можем туда имплантировать – баллоннорасширяемые или самораскрывающиеся стенты. Доказано, что оба стента хорошо работает и нет принципиального выбора. Если при начальных наших исследованиях, когда мы брали больных возрастом неделя, 10 дней – протоки были маленькие. Сегодня мы имеем уже колоссальных размеров баталовы протоки, приходится ставить стенты диаметром от 9 мм, 9-10 мм в основном мы ставим сейчас стенты – это колоссальный размер, чтобы в последующем, конечно, обеспечить нерестриктивный поток в нисходящую аорту.

Другой вопрос очень важный – мы должны обеспечить еще коронарный кровоток и кровоток по артериям головного мозга. Поэтому мой вопрос был связан с этим: есть ли противопоказания для гибрида? Если у пациента имеется ретроградная обструкция дуги аорты, значит, обязаны мы отказаться от гибридного подхода и идти сразу на операцию Norwood независимо от того, имеются ли другие сопутствующие патологии или нет, или думать в этот момент – можно делать гибридный подход и наложить дополнительный системно-лёгочный анастомоз между безымянной артерией и легочной артерией, так как увеличится кровоток по артериям головного мозга и коронарным артериям.

Еще следующий вопрос – это состояние межпредсердного сообщения. Если у пациента вначале имеется рестриктивный дефект межпредсердной перегородки, обязательно первым этапом нужно устранить рестрикцию – выполнить операцию Рашкинда или баллонную дилатацию межпредсердной перегородки, сделать ламинарный кровоток на межпредсердной перегородке. Если у пациента достаточный размер межпредсердного сообщения, пациент проходит операцию Norwood и перед выпиской этого пациента нельзя выписать пациента, не создав межпредсердное сообщение – делать баллонную дилатацию или операцию Рашкинд, делать адекватных размеров межпредсердное сообщение. Тем самым мы добьемся благоприятных условий гемодинамики, при которых наши пациенты могут выжить до определенного периода.

Я согласен со многими выступающими, которые говорят, что очень важно, что эти пациенты должны наблюдаться на межэтапных периодах наблюдения. На что мы должны обращать внимание? Мы должны в первую очередь обращать внимание на состояние межпредсердной перегородки, на характер кровотока по имплантируемому стенту и на состояние митрального клапана. Если по одному из этих пунктов происходит увеличение градиента давления, недостаточное развитие – этих пациентов не надо ждать до определенного возраста, когда они дорастут до 5-6 месяцев, этих пациентов необходимо уже госпитализировать и решать все последующие вопросы.

В чем преимущество этого гибридного метода? В том, что мы должны по хорошему отказаться от первого этапа операции Norwood – мы после гибридного этапа этим пациентам должны реконструировать дуговую аорту и сделать двунаправленный кавопульмональный анастомоз, уменьшить один этап большого инвазивного вмешательства. Поэтому те методики, которые сейчас существуют, мы должны акцентировать внимание на том, что я сейчас говорил и в первую очередь только так мы можем получить улучшение этих результатов. Кроме этого я хочу отметить практическую ценность этой работы. Почему? Потому что сегодня не надо иметь хирурга уровня Лео Антоновича или кого-то такого высокого уровня, чтобы сделать операцию Norwood – можно взять хирурга более-менее среднего уровня, который может наложить бендинг и вы-

полнить стентирование боталова протока, тем самым эти пациенты выживут, и тем самым этих пациентов потом можно будет направить в более специализированный центр и выполнить последующую операцию.

Поэтому я поддерживаю эту работу, выступаю за эту работу и являюсь истинным приверженцем этого подхода.

Спасибо!

Председатель заседания: Спасибо. Есть еще желающие? Доктор медицинских наук Крупянко Софья Михайловна.

Доктор медицинских наук, руководитель реабилитационного центра детей с болезнями сердца Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Крупянко С.М.: Я не буду долго отнимать Ваше внимание, не хотела выступать, поскольку очень длительная дискуссия. Но я хочу сказать о том, о чем не сказал никто из выступающих. Я не буду как кардиолог обсуждать хирургов, я хочу сказать как врач о враче. Все это случилось, вся эта работа случилась только потому, что для Гиорги каждый пациент не любой, для него каждый ребенок крайне важен. И он действительно боролся за каждого ребенка. И я думаю, что это хороший урок для всех для нас, чтобы мы понимали, что наши пациенты — это люди, драгоценные для кого-то люди. И Гиорги помогал их спасать. Это очень важно для врачей!

Председатель заседания: Спасибо. Профессор Глянцев, доктор медицинских наук.

Доктор медицинских наук, заведующий отделом истории сердечно-сосудистой хирургии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Глянцев С.П.: Глубокоуважаемый президиум, глубокоуважаемые члены ученого совета, Гиорги!

Здесь говорилось еще о двух подходах в лечении данного порока – это подход гибридный и подход традиционный. Я бы хотел сказать об историческом подходе, который предпринял диссертант в своей работе. Мы с ним познакомились как раз при подготовке статьи по истории синдрома гипоплазии левого сердца.

И меня поразило, насколько этот человек глубоко знает историю проблемы. Это даже не 50-е годы XX века, это не Моррис Лев, это не Александр Надас и даже не Карл Андреевич Раухфус, который первый из русских педиатров описал этот синдром, и даже не Барделебен, это Ромберг, 1828 г., это Джон Фарре, 1814 г., который первым описал этот синдром. И данная статья подана нами в журнал. К сожалению, она не успела выйти к этой защите. Но в этой статье Гиорги продемонстрировал еще одно свое очень значимое качество – исторический подход к проблеме, которую он изучает.

И второе, что я хотел сказать. Я до начала заседания отметил для себя 1, 2, 3, 4 пункта, я скажу только о втором. Второй пункт у меня записан: «Работа (честность)». Вот я рад, что мои коллеги хирурги здесь говорили о том же самом – 20 наблюдений, 30 % летальности. Казалось, малое число наблюдений и высокая летальность. Но если мы вспомним историю, то у Александра Николаевича Бакулева с 1948 по 1954 гг. была летальность 50 % при открытом аортальном протоке – двое больных прооперировано, один погиб. Поэтому эта честность диссертанта и скрупулезность выполненной работы говорит о важности проблемы и об ее сложности.

Благодарю за внимание.

Председатель заседания: Гиорги Гогиевич, Вам предоставляется слово для ответа, если есть какие-то вопросы были и заключительное слово.

Заргинава Г.Г. (соискатель): Тут уже все ответили, все выступили очень прекрасно. Поэтому я хочу поблагодарить своего научного руководителя – директора научного центра Лео Антоновича Бокерия за предоставленный выбор и доверие к такой сложной проблеме как современное хирургическое лечение синдрома гипоплазии левого сердца, за постоянную помощь и руководство. Хочу поблагодарить диссертационный совет за то, что приняли к рассмотрению мою защиту, позволили защититься и выступить с этой высокой трибуны. Хочу поблагодарить своих рецензентов профессора Манолиса Георгиевича Пурсанова и кандидата медицинских наук, доктора Котова - их обоснованные замечания и ценные рекомендации способствовали улучшению и усовершенствованию еще одной диссертации нашего центра. С искренней теплотой и уважением

хочу выразить огромную благодарность всему врачебному, сестринскому и техническому персоналу института кардиохирургии имени В.И. Бураковского, в той или иной степени принимавших участие в лечении, выхаживании и технической поддержке этих наисложнейших пациентов. Хочу поблагодарить невоспетых героев нашей профессии – родителей пациентов, без участия которых, без понимания, без переживаний трудно было бы представить тот успех в детской кардиохирургии, которого она достигла за свое время существования. В заключение хочу поблагодарить председателя сегодняшнего заседания академика Владимира Петровича Подзолкова, незаменимого секретаря Динару Шавкатовну Газизову, представителей диссертационного совета и всех присутствующих в зале моих коллег и друзей за то, что нашли время, пришли на мою защиту и своим присутствием украсили мое выступление.

Председатель заседания: Вопрос передается на тайное голосование. Нам необходимо избрать счетную комиссию. Предлагаются следующие кандидатуры: доктора медицинских наук, профессора Сигаев Игорь Юрьевич (председатель), Лобачева Галина Васильевна и Маликов Виктор Евсеевич. Кто за то, чтобы избрать данную счетную комиссию, прошу голосовать. Кто за, поднять руки. Кто против? Воздержался? (нет). Принято единогласно. Прошу приступить комиссии к выполнению своих обязанностей.

Происходит процедура тайного голосования.

Председатель заседания: Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Сигаеву Игорю Юрьевичу для оглашения подсчета голосов тайного голосования.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю. - зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 14 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом Д 001.015.01 от 29 мая 2015 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук, профессор Сигаев Игорь Юрьевич

Члены комиссии – доктор медицинских наук, профессор Лобачева Галина Васильевна; доктор медицинских наук, профессор Маликов Виктор Евсеевич.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Заргинава Гиорги Гогиевича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

Состав Диссертационного совета утвержден приказом Минобрнауки РФ о Советах по защите докторских и кандидатских диссертаций от 2 ноября 2012 г. № 714/нк в количестве 23 человек.

Присутствовали на заседании 17 членов Совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации «сердечно-сосудистая хирургия» (14.01.26) - 8 человек.

Роздано бюллетеней 17, осталось не розданных бюллетеней 6, оказалось в урне бюллетеней – 17.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени доктора медицинских наук Заргинаве Гиорги Гогиевичу:

За - 17,
Против - нет,
Недействительных бюллетеней - нет.

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 17 человек (из них по специальности - «сердечно-сосудистая хирургия» 14.01.26 - 8 человек), участвовавших в заседании из 23 человек, входящих в состав Совета (6 членов Диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – 17, «против» – нет, недействительных бюллетеней нет.

Председатель заседания: Кто за то, чтобы утвердить протокол счетной комиссии, прошу голосовать (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

На основании результатов тайного голосования («за» - 17, «против» - нет, недействительных бюллетеней – нет) Диссертационный совет считает, что диссертация Заргинавы Г.Г. «Гибридный подход в хирургическом лечении но-

новорожденных с синдромом гипоплазии левого сердца» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» соответствует требованиям п.9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней» Высшей аттестационной комиссии РФ от 24 сентября 2013 года, №842, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук и присуждает Заргинава Гиорги Гогиевичу ученую степень доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

Согласно «Положению о порядке присуждения ученых степеней» Высшей аттестационной комиссии Российской Федерации, нам необходимо открытым голосованием утвердить проект заключения по диссертации Г.Г. Заргинава. Пожалуйста, Динара Шавкатовна.

Ученый секретарь - зачитывает проект заключения Диссертационного совета:

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненного соискателем исследования: Разработана хирургически - транскатетерная методика гибридного подхода при лечении пациентов с синдромом гипоплазии левого сердца. Предложены оптимальные методики ведения ближайшего послеоперационного периода у пациентов с гипоплазией левого сердца при гибридном I и хирургическом II этапе. Доказана эффективность гибридного подхода в хирургическом лечении новорожденных с синдромом гипоплазии левого сердца. Введены алгоритмы хирургически - транскатетерной методики в лечении новорожденных с синдромом гипоплазии левого сердца при гибридном подходе.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: Доказана эффективность гибридного подхода в хирургическом лечении пациентов стандартного и высокого риска с синдромом гипоплазии левого сердца; Применительно к проблематике диссертации результативно использованы современные методики сбора и статистической обработки исходной и полученной информации; изложены хирургическая техника, периоперационное и межэтапное ведение пациентов с синдромом гипоплазии левого сердца при гибридном подходе; раскрыты положительные и отрицательные стороны хирургически-

транскатетерного I и хирургического II этапов лечения пациентов с синдромом гипоплазии левого сердца; изучены и представлены литературные данные свидетельствующие об эффективности гибридного подхода в хирургическом лечении новорожденных с синдромом гипоплазии левого сердца; проведена модернизация показаний к гибриднему подходу в лечении пациентов с синдромом гипоплазии левого сердца.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: разработан и внедрен в ряде отделений Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» гибридный подход в хирургическом лечении новорожденных с синдромом гипоплазии левого сердца. Определены перспективы дальнейшего практического использования разработанных хирургически-транскатетерных методик и методик периоперационного ведения пациентов с синдромом гипоплазии левого сердца при гибридном подходе; Создана система практических рекомендаций для улучшения результатов лечения пациентов с синдромом гипоплазии левого сердца; представлены методические рекомендации по хирургически-транскатетерной тактике и ведению ближайшего послеоперационного периода при гибридном подходе.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что: теоретические положения, изложенные в диссертации, согласуются с полученными результатами, представляющими данные о современном подходе к хирургическому лечению новорожденных с синдромом гипоплазии левого сердца; идея базируется на анализе ближайших и межэтапных результатов гибридного подхода; использованы современные методы сбора и обработки информации, достаточный объем клинического материала (20 пациентов) и корректно выбранные сроки наблюдения.

Личный вклад соискателя состоит в: непосредственном участии в периоперационном и межэтапном ведении пациентов с синдромом гипоплазии левого сердца при гибридном подходе, в анализе ближайших и межэтапных результатов исследования, в анализе литературных данных, а также участие в подготовке всех публикаций по выполняемой диссертации.

На заседании 29 мая 2015 года диссертационный совет принял решение присудить Заргинава Г.Г. ученую степень кандидата медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 17 человек, из них 8 докторов медицинских наук по специальности диссертации «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26, участвовавших в заседании, из 23 человек, входящих в состав совета, проголосовал: за - 17, против - нет, действительных бюллетеней нет.

Председатель заседания: Кто за то, чтобы утвердить данный проект заключения, прошу поднять руки (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 17, «против» - нет, «воздержался» - нет).

Гиорги Гогиевич, я поздравляю Вас с успешной защитой диссертации, желаю дальнейших творческих успехов, практических успехов и в личной жизни! Всего доброго!

Председатель заседания

заместитель председателя

Диссертационного совета Д 001.015.01

доктор медицинских наук, академик РАН



В.П. Подзолков

Ученый секретарь

Диссертационного совета Д 001.015.01

доктор медицинских наук

Д.Ш. Газизова

29 мая 2015 года