

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

СТЕНОГРАММА № 36

заседания Диссертационного Совета 21.1.038.01

от 12 декабря 2025 года

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЗАСЕДАНИЯ:

председатель

Диссертационного совета,

доктор медицинских наук,

академик РАН

Голухова Елена Зеликовна

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Бабешко Степана Сергеевича на тему:

**«Результаты протезирования аортального клапана у больных с
выраженной левожелудочковой дисфункцией»**

по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия

Москва - 2025

**Председатель заседания – председатель Диссертационного совета,
доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:**

– Уважаемые коллеги, на заседании Диссертационного совета
присутствуют:

№	Ф.И.О.	Учёная степень, шифр специальност и в совете	
1	Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук, 3.1.20	Председатель Диссертационного совета
2	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук, 3.1.15	Заместитель председателя Диссертационного совета
3	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук, 3.1.15	Заместитель председателя Диссертационного совета
4	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук, 3.1.12	Заместитель председателя Диссертационного совета
5	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук, 3.1.20	Ученый секретарь Диссертационного совета
6	Аверина Ирина Ивановна	доктор мед. наук, 3.1.20	
7	Аракелян Валерий Сергеевич	доктор мед. наук, 3.1.15	
8	Аронов Давид Меерович	доктор мед. наук, 3.1.20	
9	Горбачевский Сергей Валерьевич	доктор мед. наук, 3.1.15	
10	Диасамидзе Кахабер Энверович	доктор мед. наук, 3.1.12	
11	Керен Милена Абрековна	доктор мед. наук, 3.1.20	
12	Ким Алексей Иванович	доктор мед. наук, 3.1.15	
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	Рыбка Михаил Михайлович	доктор мед. наук, 3.1.12	
18	Сергуладзе Сергей Юрьевич	доктор мед. наук, 3.1.15	
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	

Добрый день, уважаемые коллеги! Мы открываем очередное заседание нашего диссертационного совета. Всего на заседании из 25 членов совета, утвержденного приказом председателя ВАК, присутствует 21 член совета – количественный кворум обеспечен. По специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия присутствует 9 членов совета – так что и качественный кворум также обеспечен. Совет правомочен начать работу. Заседание объявляется открытым.

На повестке дня сегодня защита диссертации Бабешко Степана Сергеевича на тему: «Результаты протезирования аортального клапана у больных с выраженной левожелудочковой дисфункцией» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.15. Сердечно-сосудистая хирургия.

Научный руководитель:

Барбухатти Кирилл Олегович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой кардиохирургии и кардиологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кардиохирургическим отделением № 2 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени

профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края.

Официальные оппоненты:

Чарчян Эдуард Рафаэлович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий отделением реконструктивно-восстановительной сердечно-сосудистой хирургии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (специальность 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия);

Чернов Игорь Ионович – доктор медицинских наук, заместитель главного врача по хирургической помощи Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Астрахань) (специальность 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия).

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.**

И я хочу предоставить слово Вам, Динара Шавкатовна, по содержанию представленных соискателем документов.

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 – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо. Степан Сергеевич, слово Вам для доклада.

Бабешко Степан Сергеевич (соискатель) излагает материал диссертации.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо. Какие будут вопросы к Степану Сергеевичу? Пожалуйста.
Пожалуйста.

Кандидат медицинских наук Амирагов Р.И. (врач сердечно-сосудистый хирург кардиохирургического отделения № 9 ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России)

– Спасибо за Ваш доклад, Степан Сергеевич, очень замечательные результаты! Такой вопрос: использовали ли Вы, может быть, на дооперационном этапе, на этапе подготовки и после операции какие-либо вспомогательные аппараты (баллонную контрпульсацию и т.п.), а также кальциевые сенсibilизаторы, такие как левосимендан и симдакс?

Бабешко С.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Роман Иванович! Большое спасибо! Мы не использовали механической поддержки кровообращения, ни внутриаортальной баллонной контрпульсации, ни ЭКМО. Более того, мы относимся к использованию конкретно внутрибаллонной аортальной контрпульсации у больных с аортальным стенозом, у которых и так изначально повышено периферическое сосудистое сопротивление, с осторожностью. Превентивно препараты левосимендан (симдакс) мы не использовали. Но в послеоперационном периоде у ряда больных, опять же оговорюсь, при наличии данных препаратов наши реаниматологи иногда это используют.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Еще вопросы? Пожалуйста.

**Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук
Мироненко В.А.:**

– Степан Сергеевич, спасибо за прекрасный доклад. Скажите, какие-то альтернативные методы лечения не рассматривались? Они, вероятно, не вошли в эти группы – например, TAVI, баллонная дилатация и т.д. А, может быть, вообще в операции отказывали? Насколько велика была группа таких пациентов по сравнению с исследуемой группой?

Бабешко С.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Владимир Александрович! Большое спасибо! Очень злободневный вопрос. Действительно альтернатив хирургической замене не так много – это TAVI, трансплантация сердца, либо баллонная вальвулотомия. Что касается вальвулотомии, такой опыт у нас есть. В этой группе он не представлен по двум причинам: во-первых, после того, как мы выполняли тем пациентам, которым мы выполняли вальвулотомию, у них фракция выброса подрастала, и они выходили за группу 30%; либо эта процедура была неэффективна вплоть до, к сожалению, летальных исходов. В последние, наверное, 3 года, поскольку у нас нарабатался опыт транскатетерных имплантаций, мы стали делать по 100 процедур TAVI в год наши рентгенхирурги более охотно берут на эту процедуру. Но опять же это такая неоднозначная процедура – бывает, что рвут по 2-3 баллона, и никакого эффекта не получается ввиду кальциноза. Но, тем не менее, это имеет место быть. И мы анализируем сейчас эти данные. Но конкретно в диссертационную работу, в цель и задачи это не входило.

Что касается TAVI, то же самое, в последние 3 года у нас возросло количество этих процедур, а группа набиралась в течение 15 лет. На сегодняшний день, конечно же, такая альтернатива есть в наших руках, и ее, конечно, стоит рассматривать. Но, прежде всего, в структуре клинической картины больного, а не только из-за низкой сократимости. Потому что TAVI тоже не идеальный метод, у него тоже есть свои минусы, которые

ограничивают восстановление больных и возрастание сократимости в отдаленном периоде, если развивается внутрижелудочковая блокада либо полная поперечная и т.д.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Пожалуйста.

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

– У меня тоже есть два вопроса.

Скажите, пожалуйста, какой был поставлен протез во время реоперации после биологического повреждения? Это первый вопрос.

Второй вопрос: делали ли Вы планово коронарографию до операции касаясь того пациента, который умер через полгода, были ли стенозы у этого пациента?

Бабешко С.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Кахабер Энверович! Большое спасибо!

Мы поставили по желанию пациента второй раз механический протез. Если позволите, чуть подробнее остановлюсь. Этот больной изначально был с фракцией 30%. Он был достаточно молодой, ему было меньше 60 лет, но изначально был поставлен биологический протез по желанию больного. Через 7 лет он поступил к нам экстренно в достаточно запущенном состоянии, хотя первые два года мы отслеживали его судьбу – у него подросла фракция выброса, и он чувствовал себя неплохо. Он поступил к нам экстренно, первым этапом ему как раз была выполнена баллонная вальвулотомия. И это единственный больной из всей группы с биопротезом. Поскольку фракция выброса у него на момент поступления была 15%, ему выполнялась параллельно коронарография, у него был значимый стеноз правой коронарной артерии, и туда был поставлен стент. Через месяц, когда у него подросла

сократимость до 25%, он был реоперирован, и уже повторно по желанию больного опять же был имплантирован механический протез.

Всем пациентам до операции во всей выборке выполнялась коронарография по показаниям. Соответственно, если этот больной высокого риска ишемической болезни сердца, все пациенты старше 40 лет. И в эту группу не вошли пациенты со значимым коронарным поражением, только изолированное протезирование аортального клапана.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Еще вопросы? Пожалуйста, Михаил Борисович.

Заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Ярустовский М.Б.:

– Скажите, пожалуйста, правильно ли я Вас понял, что одним из достоверных факторов риска летального исхода мочевины перед выпиской более чем 7,5 ммоль/л, это правильно?

Бабешко С.С. (соискатель):

– Так точно.

Заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Ярустовский М.Б.:

– Насколько просто я знаю, что нормы другие. Это, во-первых.

И, во-вторых, были ли какие-то другие маркеры, которые говорят о почечном повреждении или уже о переходе в хроническую болезнь почек, которые имеются?

Бабешко С.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Михаил Борисович! Спасибо. Да, действительно нас тоже это несколько удивило. Но это регрессионный анализ Кокса нам выдал такие показатели, и он был статистически значимым, и мы не могли не

сказать об этом. Для нас этот показатель говорит только то, что косвенно почечная дисфункция, как острое повреждение почек после операции, как наличие хронической болезни почек, является сильным предиктором неблагоприятных исходов. Когда я указывал, что наличие хронической болезни почек, туда были включены больные 3-4 стадии хронической болезни почек с клиренсом менее 45 мл/мин/1,73м². Более того, при проведении регрессионного анализа для выявления предикторов осложнений единственным предиктором, это я не сказал в презентации, но это указано в тексте диссертации, единственным предиктором инсульта в отдаленном периоде тоже оказалось наличие хронической болезни почек, причем с отношением риска около 12. То есть почечная дисфункция у этих пациентов – это действительно высокий риск неблагоприятных исходов как в ранние, так и в отдаленные сроки.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Еще вопросы?

Можно, я тоже задам несколько вопросов.

Вы достаточно убедительно показали предикторы, но предикторы, основанные естественно на данных и клинических исследований, и лабораторных, и ультразвуковых. Как Вы считаете, если бы у нас были возможности МРТ-исследования, допустим, определенной зоны фиброза, имело ли это какое-то значение в отборе больных? Это мой первый вопрос.

Второй вопрос: конечно, наверное, доктор чувствует себя не очень уютно, когда выписывает пациента с фракцией выброса 30%, а именно таковой, к сожалению, она являлась у Ваших больных, у которых, как я понимаю, даже при снижении КДР с 6,5 до 5,8 в медианах, как Вы показали, тем не менее, фракция существенно не прирастала на этапе выписки в ранний период, и это Вы и в тезисах, Вы и сейчас это показывали, в тезисах и в выводах это звучит (в первом выводе), что это основная проблема риска –

сердечная миокардиальная недостаточность. В этой группе больных каковы Вы видите какие-то резервы? Может быть, это ресинхронизирующая терапия, может быть, это появляющиеся новые варианты медикаментозной терапии? Как Вы видите эти перспективы?

И третий мой вопрос, хотя Вы частично на него уже ответили, что при анализе этих данных, хотя Вы получили действительно хорошие результаты у такой тяжелой категории больных, тем не менее, больные с экстремально низкой фракцией выброса – это всегда проблема. К какому Вы пришли такому алгоритму, назовем это, для внутреннего пользования, когда дифференцируете существующие на современном этапе возможности, когда возможна и открытая операция, и TAVI процедура, и соответственно и баллонные технологии, есть ли какие-то конечные значения, предельные значения, когда Вы все-таки склоняетесь к разным вариантам и современного выбора?

Бабешко С.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Елена Зеликовна! Большое спасибо!

Что касается первого вопроса, да, безусловно, мы (говоря «мы» я имею в виду хирургов, очень бы хотели иметь в арсенале и МРТ с отсроченным контрастированием, и стресс-ЭХО с добутамином, которой, к сожалению, у нас в арсенале нет, но я надеюсь, в ближайшее время оно появится, МРТ уже есть программа, но наши специалисты еще находятся на кривой обучения. Почему это важно? Потому что чем больше мы знаем объективизированной информации о состоянии миокарда, тем лучше мы представляем, и пациенту, главное, объясняем риски этой операции. Но я хотел бы сказать, что очень важно не использовать данный инструмент как именно форму отказа больному в хирургии. В любом случае мы должны предложить ту или иную хирургическую интервенцию, чтобы пациента не выписывать в никуда на терапию, потому что даже современная терапия не имеет долгосрочного прогноза.

А на сегодняшний день, когда у нас появилась возможность ставить TAVI, даже без очереди в экстренных ситуациях, это я, наверное, забегаю вперед, отвечая на трети вопрос, такой для себя внутренний алгоритм сформировали, что если у пациента критически низкая фракция выброса, в нашем понимании – это меньше даже 15%, и при этом обязательно имеется клиническая картина застойной сердечной недостаточности, полиорганная дисфункция, повышение печеночных трансаминаз и т.д., то сделать первым этапом больному либо баллонную вальвулотомию, либо если есть возможность, сделать транскатетерную имплантацию. Баллонная вальвулотомия – это как «мост» к тому или иному дальнейшему вмешательству.

Что касается второго вопроса и выписки пациентов, да, безусловно, наши кардиологи даже иногда несколько дольше задерживают этих пациентов, благо у нас есть возможность перевести больного в кардиологическое отделение, где они подбирают и МНО, и назначают оптимальную терапию хронической сердечной недостаточности, но, прежде всего, они ориентируются на клинический статус больного на момент выписки, не столько на цифры, потому что фракция выброса 30% она у всех пациентов на самом деле ассоциируется с разной клинической картиной – у одного пациента 30% - это застойные отеки и т.д., а другой в принципе чувствует себя неплохо. И, конечно, они все находятся на контроле первые 3-6 месяцев у нас в поликлинике.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Я Вам задала другой вопрос в качестве вопроса № 2, вопрос мой был о том, используете ли Вы ресинхронизирующую терапию при широком QRS при наличии блокады левой ножки, а не как поступают, честно говоря, Ваши кардиологи, которые переживают за больного?

Бабешко С.С. (соискатель):

– В этой группе мы не использовали ресинхронизирующую терапию.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Потому что у нас же есть тоже такие пациенты и есть такой опыт. И это то, что есть в арсенале, хотя это тоже из такой нетрадиционной кардиологии.

Бабешко С.С. (соискатель):

– Спасибо, мы учтем.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Какие еще будут вопросы?

А используете ли Вы временную бифокальную стимуляцию в раннем послеоперационном периоде, учитывая, что это больные с кардиомегалией?

Бабешко С.С. (соискатель):

– Бифокальную – нет, не используем. И крайне низкий был процент больных, которым требовалась навязка кардиостимулятора.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Есть ли еще вопросы? (Нет). Спасибо большое, Степан Сергеевич!

И разрешите мне предоставить слово научному руководителю профессору Кириллу Олеговичу Барбухатти.

Научный руководитель – доктор медицинских наук Барбухатти К.О.:

– Глубокоуважаемая Елена Зеликовна, глубокоуважаемые члены диссертационного совета! В первую очередь, я должен выразить искреннюю благодарность за возможность вообще стоять на этой трибуне и находиться в Центре им. А.Н. Бакулева, где я не был ровно 5 лет.

Если говорить о диссертанте очень коротко, то это доктор, хирург из простой советской семьи. Оба деда ушли на войну рядовыми, один в дальнейшем стал генералом, второй стал маршалом, родители простые служащие. Он действительно хорошо окончил школу, хорошо окончил Московский медицинский институт. Он, собственно, со студенческих лет в научном кружке в Институте им. А.Н. Бакулева занимался, он мечтал о кардиохирургии. Окончил интернатуру, ординатуру, как нам было сообщено. В дальнейшем он не закончил аспирантуру в Институте им. А.Н. Бакулева и, в общем-то, такой предпринял шаг, не знаю, даже как его назвать – он попросился на работу к нам в Краснодар на юг. И после продолжительной беседы мы пришли к тому, что, да, наверное, это возможно, и ставка была. Я ему сразу сказал, что денег он не заработает, а вот хирургии будет более чем, потому что Степану Сергеевичу не хватало хирургии в Институте им. А.Н. Бакулева, как это ни глупо звучит, но, тем не менее, формулировки были такие. И это было всё 13 лет назад, тринадцать с половиной уже.

За эти годы он через несколько лет начал оперировать самостоятельно и сейчас выполняет все операции на сердце, которые выполняются в нашей клинике, включая экстренную хирургию аорты при острейших диссекциях, повторы, сочетанные и т.д., клапаны, шунты и врожденные пороки, которые встречаются у взрослых. Он, наверное, еще не делал только пересадок сердца и то не потому, что он не может этого сделать, а потому что у нас пересадок последние годы идет очень мало, не хватает на старших товарищей.

Если говорить об его человеческих качествах, то это, безусловно, очень достойный человек, предельно честный даже в самых разных мелочах. То, что касается работы, то если дежурит Степан Сергеевич, я могу вообще быть спокойным, и всё будет сделано. Он удивительно упертый в вопросах борьбы за жизнь, особенно, я уже говорил о диссекциях аорты, на брилинте, на клопидогреле которые идут. Сама-то операция там недолгая – там 3-4 часа длится основной этап, не более, а вот этап гемостаза может длиться и 7, и 8, и

10 часов. И Степан Сергеевич просто демонстрирует героические усилия, и самое главное, что большинство из этих больных, слава богу, выписываются.

Я могу о нем сказать только самые добрые слова и надеюсь, что на таких представителей нашей сердечно-сосудистой хирургии можно надеяться, что в будущем спустя годы наше дело будет жить и процветать.

Спасибо большое за внимание!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо, Кирилл Олегович. Вы так рассказали, что мне ужасно жаль, что мы его когда-то отпустили, но это было давно.

Пожалуйста, Динара Шавкатовна, расскажите нам, какие документы мы сегодня имеем.

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

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (в заключении диссертация рекомендуется к защите, заключение прилагается).
2. Отзыв ведущей организации Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (отзыв положительный, не содержит принципиальных замечаний, прилагается).
3. Отзывы на автореферат от:
 - главного врача ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Хабаровск), доктора медицинских наук Росейкина Евгения Владимировича;

- заведующего кардиохирургическим отделением № 3 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова» Минздрава России, доктора медицинских наук Захаревича Вячеслава Мефодьевича.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо.

Разрешите мне предоставить слово официальному оппоненту, член-корреспонденту РАН, заведующему отделением реконструктивно-восстановительной сердечно-сосудистой хирургии РНЦХ имени академика Б.В. Петровского Эдуарду Рафаэловичу Чарчяну.

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Чарчян Эдуард Рафаэлович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо. Пожалуйста, Степан Сергеевич, Вам слово предоставляется ответить Эдуарду Рафаэловичу.

Бабешко С.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Эдуард Рафаэлович! Огромное спасибо Вам за проделанную работу, за проявленный интерес, за положительные отзывы! И получить положительный отзыв от одного из лидеров хирургии аортального клапана и корня аорты в нашей стране – это огромный кредит доверия для меня на будущее, который буду стараться держать. Большое спасибо!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Разрешите мне предоставить слово официальному оппоненту профессору Игорю Ионовичу Чернову, заместителю главного врача по

хирургической помощи Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России (г. Астрахань).

Доктор медицинских наук Чернов Игорь Ионович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, принципиальных замечаний не содержит, прилагается).

Оппонентом во время выступления задан вопрос дискуссионного характера, который также содержится в отзыве, следующего содержания:

Какое мнение диссертанта о возможности применения техники протезирования аортального клапана по методике Ozaki у данной категории пациентов?

В отзыве также содержится еще один вопрос, который был задан ранее во время вопросов после доклада председателем совета Голуховой Е.З., в связи с чем оппонент посчитал ответ на данный вопрос полученным и не стал его задавать.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо, Игорь Ионович. И, Степан Сергеевич, у Вас есть также возможность ответить.

Бабешко С.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Игорь Ионович! Большое спасибо за проделанную работу в ходе подробного изучения моей диссертационной работы! Огромное отдельное Вам спасибо за возможность быть сегодня очно! Мы все знаем прекрасно обстановку, и Вы не с первого раза добрались до Москвы. И я очень тронут, ценю и благодарен Вам.

Отвечая на вопрос по поводу процедуры Ozaki, хотелось бы сказать, что поиск протеза, либо методики, которая позволяет заменить створки на “девайс” с оптимальными потоковыми характеристиками, которые приближаются к аортальному нативному клапану – это такой Святой Грааль в хирургии аортального клапана. Но касательно этой методики у нас нет опыта

взрослой хирургии (у взрослых пациентов). Плюс я это видел, как эта операция выполняется в нескольких центрах, и в том числе, и в Вашем. И мое мнение, что – это очень операторозависимая методика, она в любом случае более длительная методика. И что касается именно пациентов низкофракционных, наверное, не следует начинать, как минимум, с них, то есть пролонгировать время пережатия аорты и т.д. И плюс, мы ждем очень таких убедительных данных отдаленных результатов по этой операции, которые смогут позволить нам ее применять более широко и, может быть, войдет в клинические рекомендации эта операция.

Спасибо!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо. Присаживайтесь, пожалуйста.

И у нас есть время для того, чтобы обменяться впечатлением об этой работе. Пожалуйста, кто бы хотел? Пожалуйста, Владимир Александрович.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук Мироненко В.А.:

– Глубокоуважаемая Елена Зеликовна, члены диссертационного совета, коллеги!

Нам представлена сегодня очень интересная работа одного из ведущих центров России. Этот центр во всероссийских отчетах по многим позициям занимает одно из первых мест, входит в пятерку ведущих центров, оперирует много, практически всю патологию, представленную по специальности «Сердечно-сосудистая хирургия». И сегодня нам представлена очень интересная работа, потому что принимать решение в пограничных случаях всегда было сложным и в медицине, и тем более в хирургии. Именно к этой группе относятся пациенты, представленные в диссертации, пациенты с критически низкой фракцией выброса и критическим аортальным стенозом.

Работа построена очень красиво, большой материал взят – 15 лет вошло в анализ, почти 180 больных проанализировано. И получены очень красивые, замечательные результаты с уровнем летальности, которому, я думаю, могут позавидовать многие клиники, которые оперируют сохранных пациентов. В диссертации очень четко описана методика выполнения вмешательства, представлены варианты и кардиоплегии, и периоперационного ведения, что имеет очень высокое практическое значение.

Мне кажется, что эта работа имеет и еще одно важное наполнение, потому что сейчас, когда всё шире входят в наш обиход TAVI процедуры, в данном случае средняя медиана возраста была 59 лет, и опять же в этом случае этот возраст является как раз опять пограничным в плане выбора оперативной тактики, потому что, с одной стороны, достаточно часто можно малодушно уйти в сторону TAVI, а, с другой стороны, это пациенты молодого возраста, и выполняя TAVI в этом возрасте, можно ожидать возврат порока, возврат патологического состояния в ближайшие годы.

Работа показывает, что данную категорию пациентов можно успешно оперировать традиционным методом и достичь хороших результатов в плане и восстановления фракции выброса, и функционального статуса, который здесь продемонстрирован. Работа мне кажется очень интересной, очень своевременной.

И я призвал бы наш диссертационный совет поддержать эту работу.

Спасибо!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо, Владимир Александрович. Кто еще хотел бы выступить? (Нет желающих).

Я бы тоже хотела свою точку зрения выразить. Действительно очень актуальная тема – тема, которая является злободневной, мы таких больных имеем ежедневно, и ежедневно это вопрос выбора тактики, особенно у

больных с экстремально низкой фракцией. Но у Вас эти медианные значения 24% фракция выброса – близко к таким пограничным значениям. И очень объемная работа по клиническому материалу (176 больных), по анализу ближайшего послеоперационного периода с очень хорошими цифрами ранней послеоперационной летальности. И учитывая сроки наблюдения, они, по моему, немножко отличаются в автореферате и тем, что было показано, но в любом случае это 88%-ная выживаемость. Конечно, это заставляет уважать и клинику, и Вас, и, конечно, научного руководителя, который курирует всех этих больных и эти хирургические вопросы. Это огромный такой хирургический труд, трудно сопоставить эту группу больных, которые практически в ряде случаев и во многих клиниках действительно признаются неоперабельными. Хотя у нас сегодня Кирилл Олегович, как я поняла, у него есть концепция вообще об отсутствии неоперабельного больного, так мне показалось. Но это тема для дальнейших дискуссий, я думаю, что у нас будут встречи чаще, чем раз в 5 лет, поэтому мы, наверное, сможем к этому вопросу вернуться.

Что еще вызывает уважение? Первая Ваша работа опубликована, кстати, в журнале в бюллетене нашего Центра в 2017 году. И за это время эта тема не менялась, и она была представлена в разных очень уважаемых и рейтинговых журналах, и в журнале «Грудная и сердечно-сосудистая хирургия» в объеме, существенно превышающем запросы ВАК для кандидатской степени. Прекрасно описанная группа с очень таким глубоким анализом и очень честными ответами, которые мы сегодня слушали, без каких-то фантазий – если у нас нет такого опыта, то мы так и говорим. И это открывает просто возможности и понимание, что ты можешь использовать в дальнейшем, и какие есть резервы. Всё это очень компактно сформулировано, действительно очень небольшие объемы такого тома, это не какие-то расплывчатые рассуждения.

И мне кажется, что эта работа выходит даже за требования, которые предъявляются сегодня к кандидатской степени. Действительно такие собственные и честные рассуждения и с очень хорошими результатами.

Вот почему я тоже предлагаю эту работу членам нашего совета поддержать.

Хотел бы кто-то еще выступить? (Нет желающих).

Тогда разрешите нам предоставить слово диссертанту. Пожалуйста, Степан Сергеевич.

Бабешко С.С. (соискатель):

– Прежде всего, хотелось бы поблагодарить руководство Центра им. А.Н. Бакулева, Вас лично, Елена Зеликовна, всех членов диссертационного совета за возможность предоставить результаты нашей работы в стенах столь уважаемого одного из старейших учреждений сердечно-сосудистой хирургии в нашей стране. Для меня огромная честь, ответственность, и не скрою, удовольствие сегодня стоять на этой трибуне в стенах родной альма-матер.

Я бы хотел поблагодарить моего научного руководителя Кирилла Олеговича Барбухатти. За годы работы с Вами, Кирилл Олегович, я приобрел в Вашем лице не только старшего товарища, наставника и учителя, но настоящий пример для подражания, причем не только в профессии, но и в жизни. Я бы очень хотел, чтобы у всех молодых хирургов на старте их карьеры также повезло с учителем, как в свое время повезло мне.

Я бы хотел поблагодарить руководство нашей больницы в лице главного врача Владимира Алексеевича Порханова – настоящего лидера, руководителя, который создает все необходимые условия для того, чтобы мы работали, развивались, занимались наукой.

Огромная благодарность каждому члену нашей сердечной команды, кардиологам, анестезиологам-реаниматологам, младшему и среднему медперсоналу.

И большое спасибо и низкий поклон моим родителям, друзьям и близким за поддержку и веру в меня.

Большое спасибо!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо.

Нам предстоит выбрать счетную комиссию. И предлагаются следующие члены нашего диссертационного совета: Аверина Ирина Ивановна, Рыбка Михаил Михайлович и Сергуладзе Сергей Юрьевич. Кто «за»? Кто-то воздержался? (Нет). Против? (Нет). (Проводится голосование. Состав счетной комиссии утверждается единогласно).

Тогда, пожалуйста, члены счетной комиссии переходите к вашим обязанностям.

Происходит процедура тайного голосования.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Уважаемые коллеги! Продолжаем. Председатель счетной комиссии, Сергей Юрьевич, расскажите, нам о результатах.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук Сергуладзе С.Ю. зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 36 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом 21.1.038.01 от 12 декабря 2025 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук Сергуладзе Сергей Юрьевич.

Члены комиссии – доктор медицинских наук Аверина Ирина Ивановна, доктор медицинских наук Рыбка Михаил Михайлович.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Бабешко Степана Сергеевича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия.

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 23 сентября 2025 № 894/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 – 9 человек. Роздано бюллетеней – 21, осталось не розданных – 4, оказалось в урне – 21.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Бабешко Степану Сергеевичу:

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 – 9 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 – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

Мы должны утвердить протокол работы счетной комиссии. Кто «за»? Кто-то воздерживается? (Нет). (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

Динара Шавкатовна, пожалуйста, по поводу заключения по диссертации. Ученый секретарь зачитывает проект заключения по диссертации.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает проект заключения Диссертационного совета 21.1.038.01 по диссертации Бабешко Степана Сергеевича на тему: «Результаты протезирования аортального клапана у больных с выраженной левожелудочковой дисфункцией» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия:

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований дана оценка как непосредственным, так и отдаленным результатам протезирования аортального клапана у пациентов с изолированным аортальным пороком сердца и выраженной левожелудочковой дисфункцией, имеющая большое значение для сердечно-сосудистой хирургии. Предложена стратегия выполнения операций протезирования аортального клапана у пациентов с резко сниженной сократимостью миокарда, позволяющая уменьшить время пережатия аорты и искусственного кровообращения, минимизировав тем самым риск развития истинной сердечной слабости в ранние сроки после операции. Доказана целесообразность выявления факторов госпитальной и отдаленной летальности, предикторов плохого восстановления фракции выброса левого желудочка, что позволит улучшить результаты хирургического лечения пациентов с пороком аортального клапана и выраженным снижением ФВ ЛЖ.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: полученные автором результаты исследования позволили изучить влияние исходно низкой сократимости миокарда ЛЖ на течение раннего и позднего послеоперационного периода у пациентов с изолированным пороком

аортального клапана, определить степень и сроки обратимости левожелудочковой дисфункции после успешно выполненной операции. Кроме того, проведен сравнительный анализ отдаленных результатов в нескольких подгруппах больных: аортальный стеноз и аортальная недостаточность, аортальный стеноз с высокими трансклапанными градиентами давления и низкопоточковый низградиентный аортальный стеноз, пациенты с синдромом умеренного несоответствия “протез-пациент” и больные без данного синдрома, что дает лучшее представление о стратегии принятия оптимальных решений относительно целесообразности замены аортального клапана в разных клинических ситуациях, а также выборе типа и размера протеза. Применительно к проблематике диссертации результативно использованы современные методы обследования пациентов и статистического анализа; изучена клиническая эффективность операции по замене АК на основании оценки непосредственных и отдаленных результатов, получена объективная информация о целесообразности выполнения протезирования аортального клапана у пациентов с изолированным аортальным пороком и выраженной левожелудочковой дисфункции, даже в случае наличия низкопоточкового низградиентного аортального стеноза, основанная на оценке отдаленных результатов и выявленных факторах риска неблагоприятных исходов; в полной мере изучены и представлены литературные данные, посвящённые изучению хирургического лечения пациентов с аортальным пороком сердца и выраженным снижением сократимости миокарда.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что основные научные положения и практические рекомендации, сформулированные в диссертации, внедрены в клиническую практику и нашли применение в кардиохирургическом отделении №2 ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Полученные результаты позволяют улучшить непосредственные и отдалённые результаты протезирования аортального клапана у пациентов с выраженной левожелудочковой дисфункцией; уточнить показания к замене АК с учётом полученных предикторов летальности и плохого восстановления сократимости миокарда после операции; уменьшить риски выраженной сердечной слабости в раннем послеоперационном периоде с учетом применения ретроградного способа введения кардиоплегического раствора и минимизации времени аноксии сердца и искусственного кровообращения.

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 (176 пациентов) и выбрана современная методология исследования, необходимая для решения задач диссертационного исследования.

Личный вклад соискателя состоит в обосновании актуальности проведения исследования, формулировке его цели и задач, методологическом подходе к их выполнению, сборе и анализе данных, полученных при обследовании и наблюдении за пациентами, непосредственном участии в операциях в качестве оперирующего хирурга или первого ассистента, 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 Бабешко С.С. полностью ответил на все заданные ему вопросы.

Таким образом, на заседании 12 декабря 2025 года диссертационный совет принял решение:

за разработку теоретических положений, которые содержат новые

решения актуальной научной задачи – оптимизацию хирургического лечения пациентов с изолированным пороком аортального клапана и выраженной левожелудочковой дисфункцией, присудить Бабешко С.С. учёную степень кандидата медицинских наук по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Голухова Е.З.:

– Мы должны проголосовать за этот проект заключения. Кто «за»? Кто-то воздерживается? (Нет). Против? (Нет). (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 21, «против» - нет, «воздержался» - нет).

Мне очень приятно, Степан Сергеевич, Вас поздравить и, конечно, Вашего научного руководителя и руководителя клиники с этим прекрасным, великолепным результатом за замечательный труд. И я Вам желаю, как нам рассказывал Кирилл Олегович, что Ваши оба деда были такими большими военачальниками и победителями, стало быть, я желаю Вам таких же побед в Вашей хирургической деятельности. Поздравляю Вас от души!

Председатель заседания
диссертационного совета 21.1.038.01,
д.м.н., профессор, академик РАН

Е.З. Голухова

Ученый секретарь
диссертационного совета 21.1.038.01,
доктор медицинских наук

Д.Ш. Газизова



12 декабря 2025 года