

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

СТЕНОГРАММА № 17

заседания диссертационного совета 21.1.038.01

от 10 июня 2022 года

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЗАСЕДАНИЯ:

председатель

Диссертационного совета,

д.м.н., профессор, академик РАН

Бокерия Лео Антонович

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Абдуллоева Оламафруза Курбоналиевича на тему:

**«Хирургическая тактика ведения пациентов с критическим стенозом
аортального клапана и выраженным снижением сократительной
функции миокарда левого желудочка»**

по специальности 3.1.15 - сердечно-сосудистая хирургия

Москва - 2022

**Председатель заседания – председатель Диссертационного совета,
доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:**

– Уважаемые коллеги, на заседании Диссертационного совета
присутствуют:

№	Ф.И.О.	Учёная степень, шифр специальности в совете	
1	Бокерия Лео Антонович	доктор мед. наук, 3.1.15	Председатель Диссертационного совета, председатель заседания
2	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук, 3.1.15	Заместитель председателя Диссертационного совета
3	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук, 3.1.12	Заместитель председателя Диссертационного совета
4	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук, 3.1.20	Ученый секретарь Диссертационного совета
5	Аверина Ирина Ивановна	доктор мед. наук, 3.1.20	
6	Аронов Давид Меерович	доктор мед. наук, 3.1.20	
7	Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук, 3.1.20	
8	Горбачевский Сергей Валерьевич	доктор мед. наук, 3.1.15	
9	Еременко Александр Анатольевич	доктор мед. наук, 3.1.12	
10	Камбаров Сергей Юрьевич	доктор мед. наук, 3.1.15	
11	Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук, 3.1.20	
12	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук, 3.1.12	
13	Муратов Равиль Муратович	доктор мед. наук, 3.1.15	
14	Попов Дмитрий Александрович	доктор мед. наук, 3.1.12	
15	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук, 3.1.15	
16	Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук, 3.1.12	
17	Шаталов Константин Олегович	доктор мед. наук, 3.1.15	

Уважаемые коллеги! Начинаем заседание нашего совета. Всего из 24 членов совета, утвержденного приказом председателя ВАК Российской Федерации, присутствует 17 членов совета – количественный кворум обеспечен. По специальности 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия» – присутствует 7 членов совета – качественный кворум тоже обеспечен. И мы правомочны начать работу. Объявляю заседание открытым.

На повестке дня защита диссертации Абдуллоева Оламафруза Курбоналиевича на тему: «Хирургическая тактика ведения пациентов с критическим стенозом аортального клапана и выраженным снижением сократительной функции миокарда левого желудочка» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия».

Научный руководитель:

Шамсиев Гуфрон Абдумавлонович, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ведущий научный сотрудник отделения кардиохирургии приобретенных пороков сердца.

Официальные оппоненты:

Гудымович Виктор Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (специальность 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия»);

Болдырев Сергей Юрьевич – доктор медицинских наук, врач сердечно-сосудистый хирург Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского»

Министерства здравоохранения Краснодарского края (специальность 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия»).

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

Слово предоставляется ученому секретарю.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает материалы, содержащиеся в личном деле соискателя. Отмечается, что материалы личного дела и документы предварительной экспертизы соответствуют требованиям «Положения» Высшей аттестационной комиссии при Министерстве образования и науки Российской Федерации.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо. Вопросы есть к ученому секретарю? Нет. Пожалуйста, тогда, Оламафруз Курбоналиевич, Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений диссертации.

Абдуллоев Оламафруз Курбоналиевич (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо! Какие есть вопросы, коллеги, к диссертанту? Пожалуйста, Ирина Ивановна.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Аверина И.И.:

– Спасибо большое за интересный доклад! Скажите, пожалуйста, резерв сократимости левого желудочка как-то коррелировал с фракцией выброса левого желудочка? Это мой первый вопрос.

И были ли какие-то осложнения во время выполнения добутаминовой стресс-пробы, какие-то противопоказания, возможно, Вы каких-то больных не брали, чтобы проводить тест?

Абдуллоев О.К. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Ирина Ивановна! Спасибо большое за вопросы.

На первый вопрос отвечаю, по поводу резерва сократимости. Как такового прицельного исследования не велось в этом отношении. Но мы заметили, что чем больше процент прироста ударного объема при максимальных дозах добутамина, тем быстрее и больше восстанавливалась фракция выброса, то есть прирост фракции выброса был гораздо больше у этих пациентов.

Что касается второго вопроса. При проведении нами исследований осложнений не возникало. Однако, есть риск ряда осложнений, в том числе, в первую очередь осложнения в виде нарушений ритма сердца, в частности, в литературе описаны жизнеугрожающие нарушения ритма по типу желудочковых тахикардий или фибрилляции желудочков. Однако, в большом многоцентровом французско-бельгийском исследовании на 1000 пациентов был зарегистрирован один такой случай.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Аверина И.И.:

– У меня еще один вопрос: какова судьба этих 5 человек, которые оказались без резерва сократимости?

Абдуллоев О.К. (соискатель):

– Мы следили за судьбой этих пациентов, мы их знаем. Трем из них было выполнено транскатетерное протезирование аортального клапана (TAVI), двоим оставшимся пациентам по различным причинам протезирование не было выполнено. Из 3 пациентов, которым было выполнено TAVI, все они живы. Но у одного случились тромбоэмболические осложнения, у второго – умеренная парапротезная регургитация. Но их прирост фракции выброса в среднем составил также около 20-22 %. В

течение уже достаточно большого времени мы следим за ними. И у нас накапливается материал как раз. Мы собираемся изучать именно корреляцию или сравнивать именно таких больных и лечение как транскатетерное протезирование, так и открытые операции. В планах есть и мы уже начали сбор больных.

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

– Спасибо за интересный доклад! У меня тоже один вопрос такого диагностического плана: внутрисердечную гемодинамику Вы изучали с помощью катетера Сван -Ганца. А какое у Вас отношение к чреспищеводной эхокардиографии для изучения внутрисердечной гемодинамики?

Абдуллоев О.К. (соискатель):

– Большое спасибо за вопрос, глубокоуважаемая Надежда Олеговна! У нас не было цели интраперационно выявить параметры внутрисердечной гемодинамики именно с помощью лучевых методов диагностики. Для нас были важны именно параметры, которые показываются с помощью применения катетера Сван – Ганца, то есть именно параметры сердечного индекса и выброса. Для изучения нашего материала были важны именно эти параметры. Однако, возможно, имело смысл рассматривать и чреспищеводно всё это.

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

– Конечно, потому что с помощью чреспищеводной эхокардиографии Вы можете посмотреть и сердечный индекс, и также все остальные показатели гемодинамики. Спасибо большое!

**Председатель заседания – председатель Диссертационного совета,
доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:**

– Коллеги, еще есть ли вопросы? Пожалуйста.

Кандидат медицинских наук Лазарев Р.А. (научный сотрудник отделения кардиохирургии приобретенных пороков сердца ФГБУ «НМИЦ СХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России):

– Вы нам рассказали о том, что оценивали истинность аортального стеноза с помощью функциональной добутаминовой пробы. А есть ли еще какие-то методы лучевой диагностики, с помощью которых, может быть, по анатомическим показателям можно сказать об истинности исследуемого Вами порока? Тем более, что к проведению пробы с добутамином имеются противопоказания.

Абдуллоев О.К. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Руслан Александрович! Это очень интересный вопрос. Спасибо. Да, помимо добутаминовой стресс-эхокардиографии для достижения тех целей, которые ставятся с помощью этого исследования, то есть это выявление истинности стеноза и оценка резерва сократимости, есть исследования. Допустим, это мультиспиральная компьютерная томография для определения степени кальцификации аортального клапана, которая измеряется единицами Агатстона. Для мужчин данный показатель составляет больше 2000 единиц, для женщин – больше 1600 единиц. Однако, с помощью этого мы можем только морфологически, то есть анатомическую структуру измерить. То есть истинный стеноз мы можем доказать, но резерв сократимости – нет. По магнитно-резонансной томографии по степени фиброза мы можем косвенно увидеть и резерв сократимости тоже. Однако, если учитывать простоту исследования добутаминовой стресс-эхоКГ, малоинвазивность, вообще дешевизну и нечастое возникновение осложнений, можно с уверенностью сказать, что этот метод наиболее приемлем для выявления истинности стеноза и резерва сократимости.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Пожалуйста, профессор Горбачевский С.В.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Горбачевский С. В.:

– У меня такой вопрос. В Ваших данных Вы показали легочное сопротивление, и там оно вообще нормальное абсолютно, как у здорового человека. Вы изначально исключили из своего анализа пациентов, у которых было повышенное легочное сопротивление? Или у них всех было нормальное легочное сопротивление?

Абдуллоев О.К. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Сергей Валерьевич! Нет, там, насколько мне известно, приведены средние значения, то есть не у всех пациентов было нормальное сосудистое сопротивление. У некоторых пациентов были показатели умеренной легочной гипертензии и показатели повышенного легочного сопротивления. Однако, таких целей именно изучения легочного сопротивления не ставилось, поэтому мы не следили за этим.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Пожалуйста.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Шаталов К. В.:

– Можно такие вопросы? Первое. Во всей в диссертации и в докладе как бы для меня знак равенства стоит между выраженным и критическим аортальным стенозом. Это действительно так? И что Вы вкладываете в это понятие? Знак равенства у Вас стоит между выраженным и критическим аортальным стенозом.

И, в связи с этим в названии диссертации звучит уже тактика хирургического лечения. Правильно? В этой тактике по сценарию подходов к выраженному критическому стенозу аортального клапана имеет ли еще какой-нибудь вес баллонная вальвулопластика?

И Вы сказали о транскатетерной имплантации аортального клапана. Какое место занимает в этом арсенале этот метод именно при критическом

стенозе? Имеется ли вообще возможность установки и использования подобного рода операции при таких стенозах?

И последний вопрос. Когда Вы проводите добутаминовую пробу с целью исследования резерва миокарда, как у Вас вел градиент себя – он повышался, насколько повышался, повышался ли он пропорционально увеличению фракции выброса или он был на тех же цифрах, которые Вы использовали?

Спасибо.

Абдуллоев О.К. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Константин Валентинович! Спасибо большое!

На первый вопрос ответ будет развернутый. Начну издалека. Нельзя отрицать важнейшую роль транскатетерного протезирования аортального клапана в хирургии, однако, нельзя отрицать и тот факт, что если сбросить все прочие равные, по анатомо-морфологическим параметрам имплантация протеза открытым способом несомненно лучше. Опять же скажу, что у нас идет сбор больных по сравнению больных с транскатетерным протезированием и открытыми операциями. Мы просто старались найти грань, когда можно с уверенностью брать пациентов именно на открытую операцию, и тех, у кого операция прогнозируемо будет протекать с осложнениями и, возможно, с фатальными осложнениями.

Вопрос по баллонной дилатации рассматривался. Однако, еще до начала нашего исследования и с учетом изучения данных мировой литературы данные пациенты, учитывая их выраженную дисфункцию контрактильности, с большой сложностью переносят сам процесс баллонной дилатации. Было несколько случаев, которые не вошли в наше исследование, они были частично до начала нашего исследования, частично уже после нашего исследования. Было 3 случая: в 2 случаях пациенты погибли, 1 случай не привел к осложнениям, однако, и к улучшениям тоже не привел этот случай.

Что касается добутаминовой стресс-эхокардиографии и корреляции градиента с фракцией выброса. Если стеноз истинный, то градиент будет расти по мере увеличения дозы добутамина. В нашем исследовании в среднем градиент вырастал до 55 мм рт. ст., пиковый – до 75-80 мм рт. ст. при его исходно низких показателях (средний градиент – 28-30 мм рт. ст.). И соответственно фракция тоже подрастала: при максимальных дозах (при 15-20 мкг/кг) в течение 3 минут введения у тех, у кого был резерв сократимости, фракция вырастала примерно на 7-10%.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Есть ли еще вопросы, коллеги? (Нет).

Спасибо. Присаживайтесь.

Сейчас у нас выступление научного руководителя Гуфрона Абдумавлоновича Шамсиева. Пожалуйста.

Научный руководитель – доктор медицинских наук Шамсиев Гуфрон Абдумавлонович:

– Глубокоуважаемый Лео Антонович, глубокоуважаемые члены ученого совета! Абдуллоев Оламафруз Курбоналиевич после окончания института поступил в Центр имени А.Н. Бакулева в ординатуру и на втором году ординатуры был прикреплен к отделению кардиологии ППС, где мы с ним и встретились, и начали совместную работу. По окончании второго года ординатуры поступил в аспирантуру. И исследовательский его пыл привел к тому, что мы под кураторством Лео Антоновича выбрали тему достаточно трудную для такого молодого коллектива, как мы. И в процессе исследования исследователь показал себя с положительной стороны и достаточно пылко занимался этой темой, что вводило не один раз меня даже в тупик. А на ранних этапах исследования мы для себя и для многих своих коллег открыли, что эта категория пациентов имеет 4 нозологии, в которых очень трудно разобраться, но разбираться надо.

И таким образом, могу сказать, что могу оценить его только с положительной стороны и думаю, что это исследование, которое он провел, результаты которого он осветил сегодня, у него получились. Он характеризуется не только мною, но и коллегами отделения кардиологии ППС с положительной стороны, завоевал их уважение, и авторитет в отделении, всегда участвовал не только в лечебной, в научной, но и просто в общественной жизни, в трудностях и радостях, что называется, отделения.

И в заключение могу сказать, что, конечно, вам судить, уважаемые члены ученого совета, о его работе, но я - как руководитель, и ходатайствую, и прошу о присуждении Оламафрузу Курбоналиевичу Абдуллоеву ученой степени кандидата медицинских наук.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо.

Теперь слово ученому секретарю. Пожалуйста.

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

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (в заключении диссертация рекомендуется к защите, заключение прилагается).
2. Отзыв ведущей организации Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (отзыв положительный, не содержит замечаний и вопросов, прилагается).
3. Отзывы на автореферат от:
 - сердечно-сосудистого хирурга кардиохирургического отделения ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина ДЗМ», доктора медицинских наук Кандаурова Арсланхана Эльдархановича;

- заведующего кардиохирургическим отделением ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева ДЗМ», кандидата медицинских наук Терещенко Василия Ивановича.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо. Тогда предоставляем слово оппонентам. Слово предоставляется официальному оппоненту – доктору медицинских наук, профессору Виктору Григорьевичу Гудымовичу. Пожалуйста, Виктор Григорьевич.

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

Во время выступления оппонентом высказан ряд пожеланий и замечаний непринципиального характера следующего содержания:

Замечание по обзору литературы. Цитируется мало отечественных авторов. Эта проблема стоит уже несколько десятилетий, поэтому российские ученые тоже работали по исследуемому направлению. Поэтому неплохо было бы в последующих научных работах учесть их опыт.

Оппонент считает, что в связи с полученными результатами исследования применение добутаминовой стресс-эхокардиографии следует рекомендовать и в других кардиохирургических центрах и стационарах.

Оппонентом отдельно отмечена полнота наблюдений, которая составила 100 %, и очень хорошие полученные результаты. При этом он отмечает, что сложно сказать, за счет каких факторов это было достигнуто.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Большое спасибо, Виктор Григорьевич! Слово для ответа предоставляется диссертанту. Пожалуйста.

Абдуллоев О.К. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Виктор Григорьевич!

Сразу хотел ответить по небольшим замечаниям.

По отечественным авторам. Будем обязательно работать над этим. Спасибо большое!

По полноте наблюдений. Возможно, это связано с тем, что исследование у нас имело проспективный характер. И мы мониторировали каждого пациента. И у нас даже уже готовится статья об отдаленных результатах этой же группы пациентов. И они все под нашим наблюдением до сих пор находятся.

Позвольте выразить свою искреннюю благодарность за внимательное отношение и отмеченные положительные стороны нашей работы. Большое Вам спасибо!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Вы удовлетворены ответами?

Доктор медицинских наук, профессор Гудымович В.Г. (официальный оппонент):

– Да, спасибо.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо Вам! Теперь предоставляем слово официальному оппоненту – доктору медицинских наук Сергею Юрьевичу Болдыреву.

Доктор медицинских наук Болдырев Сергей Юрьевич (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

В ходе выступления оппонентом задано два вопроса в порядке дискуссии следующего содержания:

1. Вы рассчитывали объем кардиоплегии в зависимости от массы миокарда, считали ли эти показатели?

2. Какие Вы можете дать основные рекомендации по результатам диссертации, какие показатели могут быть предикторами успеха, чтобы хирург взял больного в операционную – это хорошо сделанное УЗИ с определенными положительными результатами, хороший индекс до операции, отсутствие какой-либо другой отсутствующей патологии и т.д.?

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо большое, Сергей Юрьевич! Пожалуйста, ответьте на поставленные вопросы.

Абдуллоев О.К. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Сергей Юрьевич! Большое спасибо!

По поводу первого вопроса, объема кардиоплегии. Мы использовали стандартизированный принятый в нашем центре объем кардиоплегии. В тот момент мы использовали «Кустодиол», в подавляющем большинстве случаев это 1,5 литра, в некоторых случаях общий объем составлял 2 литра «Кустодиола».

По второму вопросу, по поводу показателей предикторов успеха. Естественно, самый главный показатель – это наличие резерва сократимости. Обязательно необходимо его выявление путем проведения добутаминового стресс-теста. Потому что наличие резерва сократимости является главным индикатором будущих преобразований в лучшую сторону именно в контексте контрактильности. Также, как описывалось в диссертационной работе, немаловажную роль, а, может быть, равную с этим роль играет профилактика и всяческие действия направленные на предупреждение возникновения несоответствия «протез-пациент». Это также имело огромное значение, поскольку, как я уже сказал ранее, факт наличия несоответствия «протез-пациент» у данных больных компрометирует сам процесс операции. Потому что известно, что эти больные переносят даже легкую или умеренную степень несоответствия в той же степени тяжело, как и тяжелую степень стеноза. Поэтому избегание несоответствия «протез-пациент» у этих

пациентов вместе с наличием резерва сократимости приводит к быстрому росту и восстановлению сердечной деятельности в последующем.

Глубокоуважаемый Сергей Юрьевич! Я хотел бы поблагодарить Вас за Вашу высокую оценку, за потраченное время, за проделанный длинный путь и за Ваш труд. Спасибо!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Оппонент удовлетворен ответами?

Доктор медицинских наук Болдырев С.Ю. (официальный оппонент):

– Да, удовлетворен. Спасибо.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо.

Коллеги, члены ученого совета, есть ли желающие высказаться? Пожалуйста, профессор Муратов Р.М.

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

– Уважаемые члены диссертационного совета! Тема, избранная для исследования, конечно, она чрезвычайно актуальна. И количество этих больных растет постоянно. А поскольку значительная часть этих больных страдает дегенеративными аортальными стенозами, это еще и такой фактор риска, как возраст, сопутствующая патология. И сталкиваясь с таким больным, конечно, нужно принимать очень ответственное решение, как помочь человеку с критическим аортальным стенозом, поскольку никакой возможности медикаментозно помочь ему не существует.

И вот взята такая тяжелая категория больных с низкой сократимостью. Я хотел бы здесь сразу оговориться, все-таки эта тема взята не впервые у нас в Институте. Эта политика настойчиво проводится нами уже на протяжении не менее 30 лет. И понимание того, что низкая фракция выброса при

аортальном стенозе – это не то, что не противопоказание к операции, а, наоборот, это показание к наиболее быстрому решению вопроса и оказанию хирургической помощи.

Что нового здесь? Конечно, это попытка прояснить ситуацию у пациентов с резко сниженной фракцией выброса и низкими показателями систолического градиента. Это очень сложная категория больных, и зачастую мы вокруг них долго ходим, потому что реального такого способа оценить степень стеноза кроме градиента там весьма ограничены возможности. И вот автор диссертации попытался решить этот вопрос с помощью стресс-эхокардиографии, и что ему удалось сделать. И вот Сергей Юрьевич правильно сказал, что, конечно, не каждый решится у больного с аортальным стенозом, какой бы у него градиент ни был, ведь мы клинически понимаем, что стеноз-то там «хороший», большой, не каждый решится на такое проведение исследования. И нужно отдать должное, конечно, автору, что он решился на такую весьма ответственную процедуру. Но диссертационное исследование оно на то и направлено – на использование, может быть, более сложных, трудоемких, может быть, даже более рискованных каких-то методов для того, чтобы прояснить ситуацию. И мне кажется, что он очень убедительно показал, включая пациентов, которым операция не была сделана, а они пошли потом на процедуру TAVI, у которых формально не было резерва, но нужно иметь в виду, что резерв всегда есть. И если у больного с критическим аортальным стенозом резерва нет, значит, он уже мертв, поэтому они не доходят до нас просто.

И, в связи с этим хорошо бы, но я думаю, что продолжится исследование по этой теме автора, и не нужно делать этого исследования. Существуют другие методы – планиметрического расчета скорости, сейчас в последние годы появился показатель эхокардиографический DVI отношение подклапанной скорости к клапанной скорости кровотока. И таким образом, при внимательном анализе анамнеза и клинических данных можно поставить

достаточно четко диагноз и своевременно больного отправить на операцию и выполнить эту операцию.

И еще одно то, что доказал автор, что понятие о резерве сократимости, оно у этих больных должно быть снято, если нет, конечно, каких-тоотягощающих факторов, как перенесенный инфаркт миокарда, окклюзированные коронарные артерии. Как Сергей Юрьевич хорошо сказал, что если есть еще и стенозы резкие, то это только в пользу операции это объясняет.

И я считаю, что очень важный вклад в наше понимание и в понимание кардиологов и хирургов, для которых фракция выброса это что-то такое краеугольный камень, но у этой категории больных фракция выброса носит второстепенный характер, и неважно, сколько она там (35%, 30, 20, 15%), это не имеет никакого значения. И, наверно, и автор тоже, получив результаты у больных, которые потом перенесли процедуру TAVI, вполне возможно, что эти больные были вполне операбельны и прекрасно всё перенесли, и оказалось, что и резерв у них есть, и живы они, и фракция выброса у них после ликвидации стеноза больше 50%.

Я считаю, что прекрасная, своевременная работа, очень полезная и полезная для наших специалистов, для хирургов и кардиологов нашей страны. И я абсолютно поддерживаю эту работу и призываю поддержать ее всем членам диссертационного совета.

А автора и его руководителя хочу поздравить с таким отличным исследованием.

Спасибо.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо большое, Ренат Муратович! Есть ли еще желающие высказаться? (Нет).

Тогда заключительное слово диссертанта, пожалуйста.

Абдуллоев О.К. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Лео Антонович, глубокоуважаемые члены диссертационного совета! Хочу выразить глубокую благодарность руководству нашего замечательного Центра за возможность работать и проводить научные исследования.

Хочу поблагодарить диссертационный совет за предоставленную честь выступать с этой высокой трибуны.

Благодарю коллектив отделения кардиологии, ныне кардиохирургии приобретенных пороков сердца во главе с профессором Никитиной Татьяной Георгиевной, все подразделения, имеющие сотрудничество и внесшие свой вклад в работу.

Особая благодарность моему наставнику, учителю и научному руководителю Шамсиеву Гуфрону Абдумавлоновичу, который был со мной и всячески поддерживал на протяжении всего этого пути.

Хочу особо подчеркнуть, что посвящаю свою работу и этот день своему ныне покойному отцу. Благодарю свою маму, родных и друзей.

Спасибо!

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Спасибо.

Передаем вопрос на тайное голосование. Предлагается счетная комиссия в составе: Купряшов Алексей Анатольевич, Аверина Ирина Ивановна и Попов Дмитрий Александрович. Нет возражений? (Нет). Прошу проголосовать. Кто «за»? (голосуют). Против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. Пожалуйста, приступаем к тайному голосованию.

Происходит процедура тайного голосования.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Слово предоставляется глубокоуважаемому председателю счетной комиссии Алексею Анатольевичу Купряшову. Пожалуйста.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук Купряшов А.А. зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 17 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом 21.1.038.01 от 10 июня 2022 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич.

Члены комиссии – доктор медицинских наук Аверина Ирина Ивановна, доктор медицинских наук Попов Дмитрий Александрович.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Абдуллоева Оламафруза Курбоналиевича 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 03 июня 2021 года 561/нк) в количестве 24 человек.

На заседании присутствовало 17 членов Совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия» – 7 человек. Роздано бюллетеней – 17, осталось не розданных – 7, оказалось в урне – 17.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Абдуллоеву Оламафрузу Курбоналиевичу:

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

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 17 человек (из них по специальности 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия» – 7 человек), участвовавших в заседании из 24 человек, входящих в состав Совета (7 членов Диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – 17, «против» – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

Прошу утвердить результаты работы счетной комиссии. Кто «за»? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

Мы должны утвердить проект 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 Абдуллоева Оламафруза Курбоналиевича на тему: «Хирургическая тактика ведения пациентов с критическим стенозом аортального клапана и выраженным снижением сократительной функции миокарда левого желудочка» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия»:

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

разработан алгоритм ведения пациентов с критическим стенозом аортального клапана с выраженным снижением сократимости левого желудочка как на этапе диагностики, так и непосредственно на этапе

хирургического лечения. Данное исследование дает возможность кардиологам и хирургам, занимающимся диагностикой и лечением данной категории больных использовать показанный опыт: в дооперационном периоде проводить тщательную диагностику с точным определением показаний к операции (истинный / ложный аортальный стеноз) и операбельности (резерв сократимости миокарда) этих пациентов; в интраоперационном периоде использовать рекомендованную методику выбора имплантирования протеза для нивелирования рисков развития несоответствия «протез-пациент», что в условиях выраженной низкой сократимости является фатальным осложнением.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: пациентам со стенозом аортального клапана, снижением фракции выброса левого желудочка менее 35%, низким трансортальным градиентом показано выполнение добутаминовой стресс эхокардиографии для определения миокардиального резерва и подтверждения выраженности стеноза. При наличии гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий у изучаемого контингента пациентов возможно выполнение одномоментной операции протезирования аортального клапана и прямой реваскуляризации миокарда при контроле длительности пережатия аорты. Разработанный и предложенный для рутинного использования протокол ведения пациентов с аортальным стенозом и низкой сократимостью левого желудочка выглядит привлекательным для внедрения в практику кардиологических и кардиохирургических клиник Российской Федерации.

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 отделении кардиохирургии приобретенных пороков сердца ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России. Полученные результаты позволят усовершенствовать диагностику, путем проведения дополнительных методов исследования,

позволяющих определить истинность стеноза и наличие резерва сократимости миокарда и выработать оптимальный подход к хирургическому лечению пациентов с критическим стенозом аортального клапана с выраженной систолической дисфункцией левого желудочка, путем правильного выбора размера протеза с целью профилактики несоответствия протез-пациент.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что теоретические положения, изложенные в диссертации, согласуются с результатами статистического анализа, представляющими данные о современном подходе к диагностике и хирургическому лечению пациентов с выраженным стенозом аортального клапана и низкой фракцией выброса левого желудочка. Установлено качественное совпадение по полученным данным с мировыми исследованиями, проводимыми на соответствующих группах больных; применены современные методы сбора и обработки информации, использован достаточный объем клинического материала (47 пациентов) и корректно выбраны сроки наблюдения, вытекающие из задач диссертационного исследования.

Личный вклад соискателя состоит в сборе и анализе данных, полученных при обследовании и наблюдении за пациентами, обработке материала с применением статистических методов исследования, анализе литературных данных, написании основных публикаций по выполненной работе.

Таким образом, на заседании 10 июня 2022 года Диссертационный совет принял решение присудить Абдуллоеву Оламафрузу Курбоналиевичу ученую степень кандидата медицинских наук по специальности 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия».

Председатель заседания – председатель Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Бокерия Л.А.:

– Уважаемые члены ученого совета! Прошу проголосовать за утверждение проекта заключения. Кто «за»? Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 17, «против» - нет, «воздержался» - нет).

Разрешите мне от вашего имени поздравить диссертанта с прекрасной защитой и пожелать не засиживаться в плане выполнения следующего этапа. Потому что и тема очень хорошая, очень актуальная. Человечество стареет, аортальных пороков становится соответственно больше. Я думаю, что даже внутри этой темы можно еще найти очаги, которые могут иметь значение для дальнейшего развития клинической медицины. Поздравляем Вас и желаем Вам новых успехов!

Председатель заседания:

председатель

диссертационного совета 21.1.038.01,

д.м.н., профессор, академик РАН

Бокерия Л. А.

Ученый секретарь

диссертационного совета 21.1.038.01

доктор медицинских наук



Газизова Д.Ш.

10 июня 2022 г.