

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

СТЕНОГРАММА № 29

заседания диссертационного совета 21.01.038.01

от 17 сентября 2021 года

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЗАСЕДАНИЯ:

заместитель председателя

Диссертационного совета,

доктор медицинских наук,

академик РАН

Подзолков Владимир Петрович

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Гагловой Алины Сергеевны на тему:

**«Анатомо-клиническое обоснование выбора внутрисердечного
оперативного доступа к постинфарктным разрывам межжелудочковой
перегородки при различных его локализациях»**

по специальности 3.1.15 – сердечно-сосудистая хирургия

Москва - 2021

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

– По письменному поручению председателя диссертационного совета, доктора медицинских наук, академика РАН Лео Антоновича Бокерия заседание Совета по защите диссертации Гагловой Алины Сергеевны на тему: «Анатомо-клиническое обоснование выбора внутрисердечного оперативного доступа к постинфарктным разрывам межжелудочковой перегородки при различных его локализациях» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук проводит заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Подзолков Владимир Петрович.

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

– Уважаемые коллеги, на заседании Диссертационного совета присутствуют:

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

9	Диасамидзе Кахабер Энверович	доктор мед. наук, 3.1.12	
10	Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук, 3.1.20	
11	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук, 3.1.12	
12	Лобачева Галина Васильевна	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	

Уважаемые коллеги! Всего из 24 членов совета, утвержденного приказом председателя ВАК Российской Федерации, у нас присутствует 16 членов совета – количественный кворум обеспечен. По специальности 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия» присутствует 5 членов совета – качественный кворум также обеспечен. Разрешите заседание объявить открытым.

На повестке дня у нас защита диссертации Гагловой Алины Сергеевны на тему: «Анатомо-клиническое обоснование выбора внутрисердечного оперативного доступа к постинфарктным разрывам межжелудочковой перегородки при различных его локализациях», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия».

Научный руководитель:

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

Официальные оппоненты:

Баяндин Николай Леонардович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением кардиохирургии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Государственная клиническая больница № 15 имени О.М. Филатова» Департамента здравоохранения города Москвы (специальность 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия»);

Молочков Анатолий Владимирович – доктор медицинских наук, заведующий кардиохирургическим отделением Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации» (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 – заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Подзолков В.П.:

– Есть вопросы по справке? Нет. Алина Сергеевна, Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений Вашей диссертации.

Гаглыева Алина Сергеевна (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

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

– Спасибо. Какие возникли вопросы в процессе доклада у членов ученого совета? Есть вопросы? У присутствующих? Доктор медицинских наук, профессор Алшибая Михаил Михайлович.

Заведующий отделением хирургического лечения ишемической болезни сердца ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Алшибая М.М.:

– Скажите, пожалуйста, все же при каких разрывах: задних или передних - правожелудочковый доступ наиболее предпочтителен.

Гаглыева А.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Михаил Михайлович! Спасибо за вопрос. При коррекции задних постинфарктных разрывов наиболее предпочтительно использовать правожелудочковый доступ, особенно если зона инфаркта затрагивает чисто межжелудочковую перегородку и не касается свободной стенки левого желудочка.

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

– Еще есть вопросы? Нет. Присаживайтесь, пожалуйста.

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

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

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович, глубокоуважаемые члены ученого совета! У меня сейчас при прослушивании этого замечательного

доклада, посвященного невероятно актуальной проблеме, которая начала решаться в связи с гигантскими достижениями сердечно-сосудистой хирургии, в сердечной хирургии, возникло ощущение, что феминизация может начаться и у нас. Дело в том, что я являюсь членом Американского колледжа хирургов. И вдруг 3 года назад президентом этой ассоциации, которая насчитывает 70 тысяч членов, стала женщина. И там каждый год избирается президент, и мы там почетные члены сидим наверху, и выступает президент и предлагает новый состав на будущий год президента, вице-президента, секретаря и т.д. И всех, кого она предложила, были женщинами. Я смотрю на этих американцев по сторонам, они делают вид, что они вообще не понимают, чего я на них смотрю. Но это в порядке информации.

Мы, конечно, будем приветствовать определенную активность и участие, потому что женская половина человечества все-таки отличается большей аккуратностью. И я хочу поблагодарить Михаила Михайловича, который подготовил такого специалиста и человека, который, по-моему, глубокими нитями проник в суть этой глобальной проблемы. Думаю, что после этого доклада особо представлять не надо Алину Сергеевну, тем более что она наша воспитанница и ординатуры, и аспирантуры. Мне просто хочется пожелать Алине Сергеевне, чтобы она продолжала с таким же напором разрабатывать новые проблемы и естественно просить ученый совет, чтобы они с пониманием относились к этому замечательному факту.

Спасибо большое.

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

– Спасибо, Лео Антонович.

Слово предоставляется ученому секретарю для оглашения письменных отзывов, поступивших в наш Ученый совет на диссертацию и автореферат.

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

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (в заключении диссертация рекомендуется к защите, заключение прилагается).

2. Отзыв ведущей организации – Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (отзыв положительный, замечаний и вопросов не содержит, прилагается).

3. Отзывы на автореферат от:

- заведующего кафедрой факультетской хирургии № 1 им. Н.Н. Бурденко ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, доктора медицинских наук Комарова Романа Николаевича;

- заведующего кафедрой сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России», доктора медицинских наук, профессора Джорджокия Роина Кондратьевича;

- главного научного сотрудника НИИ кардиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», доктора медицинских наук, профессора Шипулина Владимира Митрофановича;

- врача сердечно-сосудистого хирурга ГБУЗ МО «Королёвская городская больница», кандидата медицинских наук Сухаревой Татьяны Викторовны.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

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

– Поскольку замечаний нет, мы можем перейти к обсуждению.

Разрешите предоставить слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Баяндину Николаю Леонардовичу.

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

В ходе выступления оппонентом сделаны следующие замечания непринципиального характера.

Обзор литературы читается с большим интересом, но, по мнению оппонента, слишком много внимания уделяется историческому аспекту. В связи с тем, что диссертации по данной проблематике уже имеются, часть обзора в историческом плане можно было бы сократить.

В работе отсутствует информация о том, на каких сроках от появления дефекта прооперированы пациенты. В устном общении диссертантом оппоненту был озвучен приблизительный срок месяц.

В разделе «Обсуждение» не хватает дискуссии с данными литературы, сам раздел записан в таком более сокращенном виде.

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

– Спасибо, Николай Леонардович. Алина Сергеевна, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Гаглыева А.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Николай Леонардович! Благодарю Вас за все Ваши замечания и время, уделенное моей работе.

Как Вы сказали, на сроки мы не заостряли особо внимание, поскольку у нас было только 2 пациента, которые оперировались в течение недели – двух недель. Остальные пациенты у нас в основном именно в период проведения исследования с 2007 по 2018 гг. были прооперированы в срок до 1 месяца. Поэтому данный критерий не имел статистической значимости, в связи с чем не был включен в исследование.

А так, все Ваши замечания я учту в дальнейшей работе.

Спасибо.

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

– Вы удовлетворены ответом?

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

– Да, удовлетворен.

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

– Тогда слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук Молочкову Анатолию Владимировичу.

Доктор медицинских наук Молочков Анатолий Владимирович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, принципиальных замечаний и вопросов не содержит, прилагается).

В ходе выступления оппонентом высказаны замечания непринципиального характера следующего характера.

Оппонент также солидарен с первым официальным оппонентом в том, что в диссертации не акцентировано внимание на сроках хирургического вмешательства.

Оппоненту не хватило дискуссии по ряду позиций. В частности, диссертант указывает о том, что количество случаев сердечной недостаточности при правожелудочковом доступе фактически в 2 раза больше, чем при левожелудочковом доступе. И основной причиной летальных исходов также является сердечная недостаточность и дыхательная недостаточность. Исходя из проведенной статистической обработки, данные результаты достоверности не имеют, но сами цифры смущают, тем более что сроки хирургического вмешательства были уже достаточно поздние.

То же самое можно отнести к большему количеству реканализаций при левостороннем доступе, чем при правостороннем. Хотелось бы услышать комментарии автора по этому поводу, поскольку давление в левой камере больше, чем в правой, тем более что некоторые разрывы имеют неправильную форму (щелевидную), поэтому разрыв может быть со стороны левого желудочка в одном месте, со стороны правого желудочка – совершенно в другом. Поэтому данный аспект влияет на выбор тактики, то есть не всегда хирурги боятся того, что, положив заплату через правый желудочек, можно получить реканализацию в связи с тем, что ее там просто сорвет. Какая методика использовалась в данном случае? Закрывалось ли это заплатами с двух сторон или со стороны левого желудочка и правого? В этом отношении хотелось бы чуть больше дискуссии.

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

– Спасибо, Анатолий Владимирович. Алина Сергеевна, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Гаглыева А.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Анатолий Владимирович! Большое спасибо!

Вы совершенно правильно отметили, что все-таки немножко больше внимания нужно было уделить данным аспектам. Но в дальнейшей работе я все замечания учту и буду иметь в виду.

Спасибо.

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

– Вы удовлетворены ответом?

Доктор медицинских наук Молочков Анатолий Владимирович (официальный оппонент):

– Да, конечно.

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

– Присаживайтесь.

Кто хочет обменяться мнением по поводу данной работы среди членов ученого совета? Доктор медицинских наук, профессор Сигаев Игорь Юрьевич.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены ученого совета, коллеги!

Очень тяжелая группа больных с очень тяжелым течением основного заболевания, с крайне высокой летальностью, очень тяжелая хирургия. И я хочу сказать, что сам неоднократно наблюдал этих пациентов вместе с Михаилом Михайловичем Алшибая. И действительно самый большой опыт в России – более 100 пациентов прооперировано.

На что бы я хотел обратить внимание именно по теме диссертации, что эта диссертация не сама по себе так всплыла и образовалась. Была база –

А.А. Можина и Л.А. Бокерия выпустили единственную, по-моему, монографию по анатомии постинфарктных дефектов межжелудочковых перегородок (ДМЖП). Была уже обширная клиническая база, когда использовались различные доступы хирургом. И на основании всего этого и появилась работа, в которой было проанализировано, все-таки при какой патологии, при какой локализации постинфарктного ДМЖП, при какой клинике пациент при различных доступах имеет большие шансы выжить.

И я считаю, что несмотря на, может быть, негигантский клинический материал, но подход клинико-экспериментальный, хорошая статистика, правильно поставленные цели и задачи, абсолютно правильный дизайн исследования – всё это позволило представить те выводы и те клинические рекомендации, которые мы здесь заслушали.

Я считаю, эта работа будет полезна даже не столько с точки зрения науки, это понятно, но будет иметь большое практическое значение для тех хирургов, которые, может быть, иногда будут сталкиваться с данной проблемой и не будут иметь такого опыта, как имеет наша клиника.

Поэтому я полностью поддерживаю эту диссертационную работу и призываю коллег голосовать положительно за этот диссертационный труд.

Спасибо.

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

– Спасибо, Игорь Юрьевич. Кто еще хочет обменяться мнением? Пожалуйста, Давид Меерович Аронов, доктор медицинских наук, профессор.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Аронов Д.М.:

– Только что опытный хирург сказал, что среди самых несчастных больных, которым нужна хирургическая помощь, это еще более тяжелая группа, которую почему-то бог «полюбил» и наказывал такими тяжелыми

язвами. У него и так порок сердца, недостаточность кровообращения, ряд других осложнений и вдруг разрыв перегородки. Интересно, сколько человек спасается в нашей стране с такой операцией. Смертность, которая контролируется, она известна. А как с другими больными, есть какие-то сведения, может быть, международные, какова общая частота этих осложнений, и как они выживают? И речь о реабилитации. Только что профессор упомянул что-то, связанное с реабилитацией. А меня интересует вопрос: как долго проживал самый счастливый из Ваших пациентов после операции? И вообще, может быть, Вы можете чуть-чуть добавить, или даже оппоненты могут добавить информацию в отношении того, что происходит с последующей жизнью у этих тяжелых больных.

Я как реабилитолог начал прикидывать, что можно будет делать с такими больными, какая у них особенность, в чем они будут нуждаться в отличие от других больных, даже самых тяжелых. И вот такие мысли и понимание того, сколько таких больных пропадает, они заставляют очень смущаться, что у нас не совсем еще всё очень хорошо, и что надо стремиться к тому, чтобы имеющиеся возможности использовались во всей стране и очень были бы эффективны. У меня такой вопрос, собственно выступление, но с таким вопросом. Необязательно, чтобы Вы отвечали, может быть, согласятся Ваши оппоненты. Прошу прощения за такую постановку вопроса.

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

– Спасибо, Давид Меерович. Слово предоставляется доктору медицинских наук, профессору Алшибая Михаилу Михайловичу.

Заведующий отделением хирургического лечения ишемической болезни сердца ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Алшибая М.М.:

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович, глубокоуважаемый Лео Антонович, члены ученого совета!

Я никакого отношения к этой диссертации не имею за тем исключением, что все больные, которые здесь проанализированы, я их прооперировал. И вот эта идея правожелудочкового доступа вообще родилась из такого клинического случая, когда у пациента с заднебазальным инфарктом миокарда практически не было зоны рубца на левом желудочке, но была постинфарктная аневризма правого желудочка. Мы знаем, что постинфарктная аневризма правого желудочка, хотя такие казуистические случаи в литературе описаны, но, в общем-то, это нонсенс. Давление в правом желудочке невысокое, чтобы образовалось выпячивание именно стенки правого желудочка – это просто гемодинамически невозможная ситуация. Но что происходит при разрыве? Давление в полости правого желудочка становится близким к давлению в полости левого желудочка. И вот в этих ситуациях возможно развитие аневризмы правого желудочка. И столкнувшись с такой ситуацией, достаточно спонтанно и фактически интраоперационно, хотя мы и до операции видели по сбросу крови на вентрикулографии, что правый желудочек имеет выбухание, и все-таки окончательно этот вопрос был принят интраоперационно. И тогда был использован этот правожелудочковый доступ и устранен одновременно и разрыв перегородки, и устранена аневризма, как это не парадоксально звучит, правого желудочка.

А потом или раньше мы еще познакомились с публикациями Tohru Asai. Здесь прозвучали некоторые вопросы. Я должен сказать, что, конечно, заплатка должна лежать со стороны левого желудочка, где более высокое давление, чтобы ее не сорвало. Но дело в том, что эта методика Т. Asai, а он стал применять правожелудочковый доступ тотально ко всем разрывам (передним и задним), она очень сложная – я один раз ее выполнил и достаточно успешно, но это были мучения хирургические, потому что там 2

заплаты, одну из которых надо инвагинировать в полость левого желудочка, причем она большая заплата, значительно больше дефекта, чтобы ее можно было зафиксировать за здоровую ткань, о чем говорил Николай Леонардович, иногда приходится фиксировать за фиброзные кольца клапанов, совершенно верно. Короче говоря, это был сложный путь и операций этих было немного – у нас сейчас около десятка сделанных правосторонним доступом, то есть это 10 % операций от всего количества разрывов перегородки, которые мы сделали. Но всё же мне казалось интересным поставить такой вопрос, хотя ясно было, что 10 операций для анализа недостаточно.

Но Алина Сергеевна придумала несколько оригинальных решений: во-первых, она сравнила правожелудочковый доступ с левожелудочковым; во-вторых, это удивительное, конечно, дело, она провела эти анатомические исследования по старинной устаревшей методике А.Ю. Созона-Ярошевича. У меня где-то лежит в моей библиотеке, едва ли я ее сейчас смогу быстро найти, эта знаменитая книжка «Анатомо-клинические обоснования хирургических доступов к внутренним органам». И самое парадоксальное, что когда я в 1988 году защищал кандидатскую диссертацию, я использовал этот метод для другой цели – для разработки оптимальных способов имплантации искусственного левого желудочка. Но это так как-то пересеклось во времени. Но самое интересное, что этот метод был применен не к полостям человеческого тела, о чем собственно писал А.Ю. Созон-Ярошевич, а к полости сердца. И получилась довольно интересная картина, что действительно при задних разрывах правожелудочковый доступ обеспечивает большую доступность и более спокойные манипуляции на перегородке.

И Давид Меерович тут поставил очень важный вопрос: действительно какова вообще судьба этих больных? Я бы поставил его даже шире. В целом судьба этих больных достаточно трагична в большинстве случаев. Двадцать лет назад 2 % инфаркта миокарда осложнялось разрывом перегородки,

сегодня на Западе – 0,2 %, то есть в эру чрескожных вмешательств снизилось в 10 раз. Но в нашей стране вследствие не столь широкого внедрения чрескожных коронарных вмешательств при остром инфаркте миокарда так и остается 2 %. И поэтому мы имеем достаточно много этих больных, потому что частота инфаркта миокарда в популяции высокая, 2 % разрывов. Но 80 % этих пациентов умирают в течение первой недели, может быть, даже меньше, и их никуда не успевают довести, все попытки использования окклюдеров они тоже ничего не дают.

Теперь что касается тех, которые попадают к нам в клинику. Конечно, к нам попадают больные уже в подострой фазе или в хронической нередко, и такие случаи бывают. И вот здесь было сказано, что, конечно, в хронической фазе легче зашить, есть рубцовая ткань. Но есть другой аспект этой проблемы – эти больные имеют тяжелейшую декомпенсацию по большому кругу кровообращения: тромбозы в правых отделах сердца, в венах брюшной полости и в нижней полой вене, потому что высоченная гипертензия. Так что это тоже очень тяжелый контингент больных. Им можно надежно зашить, но они подчас умирают от тяжелых поздних осложнений.

А что касается выживших, Давид Меерович, то я Вам скажу так. У меня был один такой триумфальный, как я считаю день – это было давно, несколько лет назад, я здесь на хирургическом обществе продемонстрировал сразу четверых живых пациентов через разные сроки после ушивания разрыва межжелудочковой перегородки, и они все приехали. Понятно, что кто был в плохом состоянии или кого уже не было, они не появились. Но все-таки четырех одновременно – живые, прекрасные, вы могли подойти, их послушать фонендоскопом, потому что у них нет никакого резидуального шума. И я скажу так, что если дефект зашит надежно, то эти больные имеют достаточно надежный прогноз. И очень важное значение имеет полнота реваскуляризации, потому что далеко не у всех этих больных с разрывами удастся выполнить полную реваскуляризацию миокарда, что и обеспечивает

им хорошие отдаленные результаты. И, конечно, прогрессирование атеросклероза всё равно является главной причиной уже ухудшения результатов в отдаленном периоде наблюдения.

А вообще заключая свое выступление, может быть, чуть затянувшееся, я скажу, что все-таки, мне кажется, интересная работа. Действительно она вызывает много вопросов. Все эти вопросы достойны дискуссии и могли бы послужить вообще темой какой-то конференции. Я уверен, что это рано или поздно осуществится.

Спасибо за внимание.

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

– Спасибо, Михаил Михайлович. Есть еще желающие выступить? (Нет). Тогда Вам предоставляется заключительное слово.

Гаглыева А.С. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович! Спасибо за предоставленное слово.

В первую очередь хочу поблагодарить руководство нашего Центра в лице президента и моего научного руководителя Лео Антоновича Бокерия и директора Центра Елены Зеликовны Голуховой за предоставленную возможность обучения в стенах Бакулевского центра; также поблагодарить членов диссертационного совета за возможность выступить на данной трибуне.

Благодарность хотелось бы выразить Михаилу Михайловичу Алшибая за поддержку в научной деятельности, за Ваши интересные идеи и за уроки хирургии.

Отдельную благодарность я бы хотела выразить Алексею Анатольевичу Купряшову за силы и терпение, время, потраченное на мою работу и за поддержку на всех этапах выполнения диссертации.

Также спасибо семье за поддержку.

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

– Хорошо, присаживайтесь. Вопрос передается на тайное голосование. Нам необходимо избрать счетную комиссию. Предлагается следующие кандидатуры доктора медицинских наук, профессора: Аракалян Валерий Сергеевич, Аверина Ирина Ивановна и Попов Дмитрий Александрович. Кто за то, чтобы утвердить данный состав счетной комиссии, прошу голосовать (голосуют). Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. Прошу комиссию приступить к работе.

Происходит процедура тайного голосования.

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

– Уважаемые коллеги! Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Аракеяну Валерию Сергеевичу для оглашения результатов тайного голосования.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Аракалян В.И. зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 29 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом 21.1.038.01 от 17 сентября 2021 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук, профессор Аракалян Валерий Сергеевич.

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

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Гагловой Алины Сергеевны 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 3 июня 2021 года 561/нк) в количестве 24 человек.

На заседании присутствовало 16 членов Совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия» – 5 человек. Роздано бюллетеней – 16, осталось не розданных бюллетеней – 8, оказалось в урне бюллетеней – 16.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Гагловой Алине Сергеевне:

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

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 16 человек (из них по специальности 3.1.15 – «сердечно-сосудистая хирургия» – 5 человек), участвовавших в заседании из 24 человек, входящих в состав совета (8 членов диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – 16, «против» – нет, недействительных бюллетеней – нет.

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

– Кто за то, чтобы утвердить протокол счетной комиссии, прошу голосовать. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно.

(Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

Нам необходимо также принять проект заключения по диссертации. Слово предоставляется ученому секретарю.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает проект заключения Диссертационного совета 21.1.038.01 по диссертации Гаглоевой Алины Сергеевны на тему: «Анатомо-клиническое обоснование выбора внутрисердечного оперативного доступа к постинфарктным разрывам межжелудочковой перегородки при различных его локализациях» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия»:

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: обоснован выбор внутрисердечного оперативного доступа при устранении постинфарктного разрыва межжелудочковой перегородки с анатомо-клинических позиций. Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: полученные результаты исследования позволили выявить основные предикторы хирургического риска, на основании проведенного эксперимента и анализа результатов хирургического лечения постинфарктного РМЖП; применительно к проблематике диссертации результативно использованы современные методы обследования пациентов и статистического анализа; изучены результаты оперативного лечения пациентов с ПИРМЖП, смоделированы оперативные доступы согласно параметрам операционной раны, в соответствии с разработанными А.Ю. Созон-Ярошевичем принципами; выполнен регрессионный анализ полученных данных, статистическая обработка; получена объективная информация о целесообразности того или иного вида внутрисердечного доступа к постинфарктным РЖМП в зависимости от его локализации; в полной мере изучены и представлены

литературные данные, посвященные результатам оперативного лечения пациентов с постинфарктными разрывами межжелудочковой перегородки.

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 хирургического лечения ишемической болезни сердца ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России. Полученные результаты позволят выработать оптимальный подход к лечению пациентов с постинфарктными разрывами межжелудочковой перегородки.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что теоретические положения, изложенные в диссертации, согласуются с результатами статистического анализа, представляющими данные о современном подходе хирургического лечения пациентов с острым инфарктом миокарда, осложненным постинфарктным разрывом МЖП. 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 (62 пациентов) и экспериментальной части (44 смоделированных оперативных доступов), 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, выполнении экспериментальной части диссертационной работы на базе патологоанатомического отделения, обработке материала с применением статистических методов исследования, анализе литературных данных, написании основных публикаций по выполненной работе.

Таким образом, на заседании 17 сентября 2021 года Диссертационный совет принял решение присудить Гагловой Алине Сергеевне ученую степень кандидата медицинских наук по специальности 3.1.15 - «сердечно-сосудистая хирургия».

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

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

Алина Сергеевна, я поздравляю Вас с успешной защитой диссертации. Желаю дальнейших научных и практических успехов!

Спасибо всем.

Председатель заседания:

заместитель председателя

диссертационного совета 21.1.038.01

доктор медицинских наук,

академик РАН



В.П. Подзолков

Ученый секретарь

диссертационного совета 21.1.038.01

доктор медицинских наук




Д.Ш. Газизова

17 сентября 2021 г.