

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

СТЕНОГРАММА № 17

заседания Диссертационного совета Д 001.015.01

от 26 октября 2018 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

Юдина Геннадия Вячеславовича на тему:

**«Сравнительная оценка влияния анестезии севофлураном и тотальной
внутривенной анестезии на течение раннего послеоперационного
периода у больных, оперированных по поводу приобретенных пороков
сердца»**

по специальности 14.01.20 – «Анестезиология и реаниматология»

Москва - 2018

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 Юдина Геннадия Вячеславовича на тему: «Сравнительная оценка влияния анестезии севофлураном и тотальной внутривенной анестезии на течение раннего послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу приобретенных пороков сердца» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук проводит заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Подзолков Владимир Петрович.

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

- Уважаемые коллеги на заседании Диссертационного Совета присутствуют:

№ п/п	Ф.И.О.	Ученая степень, шифр специальности в Совете	
1	Бокерия Лео Антонович	доктор мед. наук 14.01.26	Председатель Диссертационного совета
2	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук 14.01.26	Заместитель председателя Диссертационного совета, председатель заседания
3	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук 14.01.20	Заместитель председателя Диссертационного совета
4	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук 14.01.05	Ученый секретарь Диссертационного совета
5	Аракелян Валерий Сергеевич	доктор мед. наук 14.01.26	
6	Аронов Давид Меерович	доктор мед. наук 14.01.05	

7	Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук 14.01.05	
8	Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук 14.01.05	
9	Диасамидзе Кахабер Энверович	доктор мед. наук 14.01.20	
10	Еременко Александр Анатольевич	доктор мед. наук 14.01.20	
11	Ким Алексей Иванович	доктор мед. наук 14.01.26	
12	Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук 14.01.05	
13	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук 14.01.20	
14	Лобачева Галина Васильевна	доктор мед. наук 14.01.20	
15	Маликов Виктор Евсеевич	доктор мед. наук 14.01.05	
16	Муратов Равиль Муратович	доктор мед. наук 14.01.26	
17	Никитин Евгений Станиславович	доктор мед. наук 14.01.20	
18	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук 14.01.26	
19	Скопин Иван Иванович	доктор мед. наук 14.01.26	
20	Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук 14.01.20	

Уважаемые коллеги! Всего из 23-х членов совета, утвержденного приказом Председателя ВАК РФ присутствует 20 членов Совета. Количественный кворум обеспечен. По специальности «Анестезиология и реаниматология» 14.01.20 присутствует 6 членов Совета. Качественный кворум обеспечен. Разрешите заседание объявить открытым.

На повестке дня защита диссертации Юдина Геннадия Вячеславовича на тему: «Сравнительная оценка влияния анестезии севофлураном и тотальной внутривенной анестезии на течение раннего послеоперационного периода у больных, оперируемых по поводу приобретенных пороков сердца»

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Анестезиология и реаниматология» - 14.01.20.

Научные руководители:

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

Рыбка Михаил Михайлович - доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель отделения анестезиологии-реанимации.

Официальные оппоненты:

Яворовский Андрей Георгиевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Специальность — «анестезиология и реаниматология» - 14.01.20

Кричевский Лев Анатольевич — доктор медицинских наук, заведующий 2 отделением анестезиологии-реанимации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина Департамента здравоохранения г. Москвы». Специальность — «анестезиология и реаниматология» - 14.01.20.

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

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 какие-нибудь вопросы по справке? Нет. Геннадий Вячеславович, Вам представляется 20 минут для изложения основных положений Вашей диссертации.

Юдин Г.В. (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

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

- У кого возникли вопросы в процессе доклада? Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Бузиашвили Юрий Иосифович.

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

- Скажите пожалуйста, вы сделали группу больных с приобретенными пороками сердца. В любом отделении, где оперируются приобретенные пороки, есть и сочетанные пороки и больные, которых неизвестно к какой группе отнести – ишемической болезни сердца или пороков сердца. Скажите, все ваши выводы, рекомендации распространяются на эту группу больных?

Юдин Г.В. (соискатель):

- Спасибо большое за вопрос, Юрий Иосифович! Дело в том, что с анестезиологической точки зрения, когда мы ведем интраоперационно больного с приобретенным пороком сердца в сочетании с ишемической болезнью сердца тактика анестезиолога основана на том, что ведущей патологией в данном случае является приобретенный порок сердца. Потому, как основная задача анестезиолога - коррекция гемодинамических нарушений, управление гемодинамикой, основанной на том, что имеются нарушения внутрисердечной гемодинамики. И поэтому я считаю, полученные результаты вполне можно отнести и к больным с сочетанной патологией.

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

- Еще хотел задать вопрос доктор медицинских наук Никитин Евгений Станиславович.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук Никитин Е.С.:

- Скажите, пожалуйста, одно из положений, которое вы выносите на защиту является то, что севофлуран позволяет в ближайшем послеоперационном периоде снизить дозы кардиотонической поддержки. Как можно это объяснить?

Юдин Г.В. (соискатель):

- Спасибо большое за вопрос, Евгений Станиславович! Мы оцениваем это как органопroteкцию. Одно из проявлений органопroteкции - кардиопroteктивный эффект севофлурана. Мы достигли одной и той же волеимической нагрузки, мы подобрали дозу кардиотоников, которыми достигаем одинакового сердечного выброса у больных, которых мы оперируем в условиях тотальной внутривенной и ингаляционной анестезии, и получили более низкую дозу используемого адреналина, что свидетельствует

о большей сохранности сократительной функции миокарда левого желудочка после кардиоплегии и коррекции порока.

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

- Еще вопрос от доктора медицинских наук Диасамидзе Кахабера Энверовича.

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

- Чем вы объясняете, что вы поддерживаете дозу именно 0,7 – 1,0 МАК?

Юдин Г.В.(соискатель):

- Спасибо большое за вопрос, Кахабер Энверович! Мы объясняем это следующим. К сожалению, это не прозвучало в докладе, но это есть в диссертации. Мы проводили BIS-мониторинг глубины анестезии с одной стороны и с учетом мощного анальгетического компонента нашей анестезии концентрация ингаляционного анестетика севофлурана от 0,7 до 1 МАК приемлемо для поддержания необходимого уровня глубины анестезии. Использование BIS-мониторинга во время искусственного кровообращения конечно было ограничено за счет гипотермии, но во-первых там использовалась гипотермия, что само по себе является показанием к уменьшению седативного компонента общей анестезии (гипнотического), и дозы в 0,7 МАК севофлурана вполне хватало для того, чтобы поддержать адекватный уровень глубины анестезии во время искусственного кровообращения.

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

- Еще вопрос от доктора медицинских наук, профессора Лобачевой Галины Васильевны.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Лобачева Г.В.:

- Геннадий Вячеславович, я обратила внимание, что для сравнения этих двух групп вы делаете акцент на том, что в некоторых случаях у вас нет никакой разницы. А это печеночная дисфункция, и почечная. В то время когда центральная нервная система и дыхательная были с некоторой разницей. Чем вы объясняете такой эффект?

Юдин Г.В. (соискатель):

- Спасибо большое за вопрос, Галина Васильевна! Мы объясняем это следующим. С одной стороны, да, действительно мы можем иметь тот факт, что нет никакой разницы в частоте развития, потому что севофлурановая анестезия не способствует профилактике развития печеночной или почечной дисфункции, но с другой стороны частота развития данного вида осложнений у больных, оперированных в условиях искусственного кровообращения не такая высокая, чтобы проводить статистический анализ и получать статистически значимый результат на 50 больных. Возможно, если бы мы использовали 500 больных и больше в каждой группе, мы могли бы ее получить, но это тоже не факт.

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

- Еще вопросы.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Еременко А.А.:

- Скажите пожалуйста, я смотрел данные, у вас же циркуляторных не было нарушений? Динамику сердечного индекса вы контролировали?

Юдин Г.В. (соискатель):

- Александр Анатольевич, циркуляторных нарушений не было, это был контролируемый сердечный индекс в постперфузионном периоде.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Еременко А.А.:

- Чем вы объясняете такой высокий лактат?

Юдин Г.В. (соискатель):

- Да, действительно гиперлактатемия имеет место у наших больных. Во-первых это изначально тяжелые больные, имевшие, в том числе и трудно компенсированную исходную сердечную недостаточность, которым выполнялось оперативное вмешательство с оперативным доступом канюляцией крупных сосудов. Там очень сложно обеспечить сердечный выброс. И как раз эти самые моменты являются очень критичными в развитии нарушений микроциркуляции, которая возникает за счет низкого сердечного выброса.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Еременко А.А.:

- Понятно

Юдин Г.В. (соискатель):

- Мы их не отрицаем, но до искусственного кровообращения.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Еременко А.А.:

- Почему только по адреналину вы смотрите? А другие препараты?

Юдин Г.В. (соискатель):

- Мы специально сделали, что называется моно кардиотоническую поддержку адреналином, чтобы сравнить непосредственно инотропные эффекты, поэтому мы применяли только адреналин.

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

- Это был вопрос доктора медицинских наук, профессора, член-корреспондента РАН Еременко Александра Анатольевича. Еще вопросы есть? Пожалуйста, доктор медицинских наук Мироненко Владимир Александрович.

Доктор медицинских наук, руководитель отделения реконструктивной хирургии и корня аорты ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ Мироненко В.А.:

- Геннадий Вячеславович, как вы можете позиционировать такую анестезию в случае применения адаптивной перфузии, которая может переключаться, с элементами изолированной перфузии и есть ли ей место?

Юдин Г.В. (соискатель):

- Спасибо большое за вопрос, Владимир Александрович! Мы, и я в частности, активно продвигаю идею того, что это необходимо использовать. Потому как тотальная внутривенная анестезия нехороша во время циркуляторного ареста и применения адаптивной или изолированной церебральной перфузии тем, что мы фактически не можем дозировать наши препараты. Но тогда, когда мы используем подачу севофлурана непосредственно в оксигенатор дозировка зависит от потока. Какой поток мы применяем, такая концентрация севофлурана у нас в крови. Поэтому на период циркуляторного ареста, изолированной перфузии мозга, либо применения адаптивной перфузии это делать абсолютно необходимо с нашей точки зрения. Мы считаем, что это может значительно улучшить результаты хирургического лечения больных, в том числе и с аневризмами аорты.

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

- Есть еще вопросы? Нет. Присаживайтесь.

Слово предоставляется одному из научных руководителей, доктору медицинских наук Михаилу Михайловичу Рыбка.

Научный руководитель – доктор медицинских наук Рыбка М.М.:

- Уважаемые члены Ученого совета! Уважаемый Владимир Петрович! Уважаемые коллеги! Представляя доктора Юдина Геннадия Вячеславовича, я могу позволить быть себе абсолютно кратким, потому что я думаю, что большинство хирургов и большинство анестезиологов его прекрасно знают как чрезвычайно грамотного, вдумчивого специалиста, который работает с крайне тяжелым контингентом пациентов. В основном это больные с тяжелым клапанным поражением, с расслоением аорты, в том числе и с острым расслоением аорты. Геннадий Вячеславович в 2009 году с отличием окончил Красноярский медицинский институт, приехал к нам, в Бакулевский центр, поступил в ординатуру, и с тех пор работает с нами. И с одной стороны его интерес к исследуемой проблеме появился еще в те годы, когда он был ординатором. Наша с ним первая работа посвященная изучению микроциркуляции во время искусственного кровообращения вышла в журнале Аестезиология и реаниматология в 2011 году. И с тех пор, он так и «прикипел» к этим тяжелым, зачастую критически тяжелым пациентам, и именно поэтому, неспроста ему и была поручена эта категория больных. Потому что молодой аспирант как правило на такую операцию не может быть поставлен. Поэтому, я еще раз хочу подтвердить, и высказать свое очень высокое отношение и уважение к профессионализму Геннадия Вячеславовича и охарактеризовать его как очень грамотного, надежного доктора и положительного человека.

Спасибо!

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

- Спасибо Михаил Михайлович! 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 им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (в заключении диссертация рекомендуется к защите, заключение прилагается)

2. Отзыв ведущей организации - Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается)

3. Отзывы на автореферат от:

- заместителя главного врача по анестезиологии-реаниматологии Федерального научно-клинического центра Федерального медико-биологического агентства России, доктора медицинских наук Клыпа Татьяны Валерьевны.

- заведующего кафедрой анестезиологии-реаниматологии и неотложной медицинской помощи Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Пичугина Владимира Викторовича

- заведующего отделением анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии №2 Иркутской ордена «Знак почета» областной клинической больницы, главного внештатного специалиста по анестезиологии-реаниматологии Министерства Здравоохранения Иркутской области.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

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

- Поскольку замечаний нет, можем перейти к обсуждению. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту доктору медицинских наук, профессору Яворовскому Андрею Георгиевичу.

Доктор медицинских наук, профессор Яворовский А.Г. (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, принципиальных замечаний не содержит, прилагается)

В ходе выступления были высказаны комментарии оппонента:

- Единственно мне было непонятно, может быть потом ответите: где Вы измеряли минимальную альвеолярную концентрацию? Потому что на схеме, которую я видел это не очень понятно.

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

- Спасибо, Андрей Георгиевич. Вам, слово для ответа официальному оппоненту.

Юдин Г.В. (соискатель):

- Спасибо огромное Андрей Георгиевич за тот подробный анализ моей диссертации, который Вы провели. Отвечая на Ваш вопрос про МАК, начну с того, что наши итальянские коллеги доказали проникающую способность ингаляционных анестетиков: севофлурана, изофлурана (изначально это было)

и десфлурана через полипропиленовую мембрану оксигенатора. Он проходит фактически полностью, без каких-либо трудностей. В принципе имея постоянный поток, выставляя число на испарителе, Вы уже в принципе получаете ту концентрацию ингаляционного анестетика в кислородно-воздушной смеси, которая идет в оксигенатор. Но дополнительно, для контроля концентрации ингаляционного анестетика, мы ставили магистраль, которая шла непосредственно от испарителя к оксигенатору, ставили магистраль от нашего капнографа бокового потока, который одновременно совмещен и с газоанализатором и на аппарате, наркозном, мы определяли концентрацию ингаляционного анестетика, которая шла в эту смесь.

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

- Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук Кричевскому Льву Анатольевичу.

Доктор медицинских наук, Кричевский Л.А. (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, принципиальных замечаний не содержит, прилагается)

В ходе выступления были высказаны комментарии оппонента:

- Единственно, что мне просто было бы интересно услышать в качестве комментария: как автор видит особенности активизации таких больных. Влияет ли на это та общая анестезия, которая выбрана. Если Вы говорите о ранней активизации, то возможна ли она. Если Вы говорите о невозможности ранней активизации у этих больных, то может быть эти принципы можно экстраполировать на принцип выбора общей анестезии, принципы седации? Известно, что сейчас технически можно использовать севофлуран для седации в отделении реанимации, для кратковременной седации. Может быть

это имеет смысл? Если у Вас есть какие-то комментарии, мне бы было это интересно.

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

- Спасибо, Лев Анатольевич. Геннадий Вячеславович, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Юдин Г.В. (соискатель):

- Большое спасибо Лев Анатольевич, за тот труд, который Вы приложили к анализу моей диссертационной работы! И отвечая на Ваш вопрос о возможности применения ранней активизации таких больных, я начну с того, что та точка зрения, которой придерживается наша клиника, фактически это уже стало протоколом, анестезиологическое обеспечение таких больных, больных с тяжелыми приобретенными пороками сердца при поражении двух и более клапанов, с низкой сократительной функцией миокарда левого желудочка в сочетании, если порок сердца с ишемической болезнью сердца, необходим мониторинг центральной гемодинамики не только интраоперационно, но и в раннем послеоперационном периоде. Для этого мы используем катетеры Сван-Ганца. С другой стороны, да всегда есть риск развития и органных повреждений, и тяжелых метаболических расстройств у этих больных. В связи с этим тщательный мониторинг состояния пациентов, в том числе биохимических маркеров необходим в раннем послеоперационном периоде. Это с одной стороны. Но с другой стороны, если мы гладко провели интраоперационный период. Не было действительно клинически значимых, гемодинамических инцидентов, я имею в виду критической гипотонии в течение длительного периода времени на фоне тяжелого нарушения ритма или на фоне кровопотери, если нас устраивает центральная гемодинамика (она стабильная), показатели насосной функции сердца достаточные, волевическая нагрузка достаточная. Даже

несмотря на то, что могут быть умеренные метаболические расстройства у этих больных в виде гиперлактатемии, в принципе проведение ранней активизации у них возможна. Потому как все-таки в кардиохирургии ранней активизацией считается до 8 часов до момента экстубации. Тем более, с использованием современных средств для седации таких как дексмедетомидин, это вполне возможно. Самое главное, не нужно бояться гиперлактатемии. Да, она может быть. Важно понимать не то, что у нас есть высокая концентрация лактата, а то, что есть динамические изменения. И если даже есть высокий лактат, скажем 10 или 12, казалось бы много, но мы знаем, что гиперлактатемия как правило носит транзиторный характер и снижается после 12-го часа. Если после 12-го часа наблюдений вы видите, что концентрация лактата либо не снижается, либо растет, тогда – да. Тогда скорее всего придется больных седатировать, вентилировать и искать причину, в чем заключаются данные патологические изменения. Если же мы видим, что снижается концентрация лактата, то это не может быть препятствием к экстубации больных.

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

- Кто из членов Диссертационного Совета хочет обменяться мнениями по поводу данной работы? Пожалуйста, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Еременко Александр Антольевич.

**Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук,
профессор, член-корреспондент РАН Еременко А.А.:**

- Глубокоуважаемый Владимир Петрович! Глубокоуважаемые члены Ученого Совета! Вопрос, который касался лактата, диссертант как раз на него ответил. Второй оппонент коснулся этого. Он абсолютно прав, главное динамика. Очень хорошо построен доклад. Может быть это связано не с циркуляторными нарушениями. Не в такой степени. Конечно, что-то играет

роль. Но могут быть другие влияния. Что смущает? Высокая глюкоза, высокий лактат. Т.е. выброс глюкозы высокий значит не вся она успевает утилизироваться. Может быть с этим еще связано. Надо метаболизм смотреть. Но, тем не менее, автор показал и задача у него в другом. Показать и сравнить два метода. Профессор А.Г. Яворовский защищал диссертацию около 20 лет назад, и там уже было показано, что да ингаляционные анестетики современные, они лучше чем общая внутривенная анестезия. И кажется, что нам автор сейчас хочет рассказать? Но с другой стороны, они пошли дальше. Органопротекторные свойства севофлурана доказаны? Доказаны. Положительное влияние на центральную нервную систему доказано? Да. Кардиопротекторная? Да. Но это же летучий газ. Вот вы перестали его давать и все, протекции нет. А что делают авторы работы? Они во время искусственного кровообращения, которое наш и ваш учитель Б.А. Константинов, профессор любил такую фразу: «Искусственное кровообращение как вы его не усовершенствовали и будете совершенствовать все равно есть модель шока. Это не физиологичная процедура». И то, что во время искусственного кровообращения продолжается кардиопротекция ингаляционным анестетиком севофлураном играет важное значение. Отсюда и результаты лучше. Да, где-то нет достоверности, но дыхательная функция лучше. А еще ведь фентанила меньше. А фентанил потом дыхательную функцию угнетает в послеоперационном периоде. И дольше искусственная вентиляция легких. Это автор показывает. И влияние на нервную центральную систему. Известно, что наркотические анальгетики обладают дилатрогенным действием. Вот ввели большую дозу фентанила интраоперационно и больше психозов послеоперационных. А тут ингаляционный анестетик во время искусственного кровообращения, и получили улучшение результатов. Поэтому работа интересная. Я желаю авторам продолжить исследования в

этом важном и интересном направлении. Я призываю всех членов Ученого Совета голосовать за эту работу. Спасибо.

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

- Слово предоставляется доктору медицинских наук, профессору, академику РАН Юрию Иосифовичу Бузиашвили.

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

- Глубокоуважаемый Владимир Петрович! Члены Ученого Совета! Коллеги! Я хочу сказать два слова. Я помню себя еще в молодости, когда я посещал США, ведущие клиники. Меня на Западе и в Америке ничего так не поразило как работа анестезиологов. Потому что я знаю моего учителя В.И. Бураковского еще в 60-е или 70-е годы приглашали в Америку с колоссальной зарплатой, потому что хирурги, такие как он и там большая редкость. Но работа анестезиологов, которые анимично и аэмоционально работали как швейцарские часы, меня поразила. Я понял сколько анестезиолог может исправить ошибок даже некоторых хирургов. Поэтому сам факт наличия работы, сам факт анализа анестезиологического пособия, которое у нас происходит в неделю сто раз, это огромная доминанта, которая от нас должна выходить наиболее часто. Поэтому я очень благодарен и руководителям этой диссертации. И самому Геннадию Вячеславовичу за факт того, что у нас состоялось подытоживание..., это же огромный алгоритм – анестезиологическое пособие. Это практически не меньше доли процента операций чем 50. Анестезиолог – это ведущее звено. Я хочу поздравить нас всех с этой работой. И сказать, что Геннадий Вячеславович сделал большой шаг. Прошу не останавливаться на достигнутом. Ваши дальнейшие анализы нам очень нужны. Спасибо за внимание.

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

- Спасибо Юрий Иосифович! Слово предоставляется доктору
медицинских наук Диасамидзе Кахаберу Энверовичу

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

- Уважаемый Владимир Петрович! Лео Антонович! Члены
Диссертационного Совета. Выполненный труд является частью той большой
работы, что проводится в отделении анестезиологии-реанимации с целью
повышения безопасности больных, оперированных при открытых операциях
на сердце. Действительно применение современных галогенсодержащих
анестетиков снизило частоту послеоперационных осложнений в нашем
Центре. И действительно севофлуран кроме того, что является отличным
анестетиком, т.е. вызывает глубокий сон, мы согласны что хороший
кардиопротектор и отлично также расправляет микроциркуляцию. Отсюда и
нормализуется частота встречаемости метаболических нарушений и отсюда
снижается частота послеоперационных осложнений. Дальше снижение
искусственной вентиляции легких и пребывание больных в реанимации. В
диссертации это все отражено понятно. Я хочу остановиться на самом авторе.
Мы все его знаем. Основной анестезиолог нашего Центра. Грамотный,
надежный сотрудник. Я с удовольствием поддерживаю диссертацию и прошу
Диссертационный Совет также его поддержать.

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

- Спасибо, Кахабер Энверович! Кто еще желает? Доктор медицинских
наук, профессор, член-корреспондент РАН Ярустовский Михаил Борисович.

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

- Уважаемый Владимир Петрович!»! Уважаемые члены Ученого совета! Геннадий Вячеславович! Безусловно, эта работа заслуживает пристального внимания по двум причинам. Буквально позавчера мы с Александром Анатольевичем вернулись с европейского съезда по интенсивной терапии. Там были масштабные дебаты между главой всемирной Ассоциации анестезиологов-реаниматологов Винсентом и одним из ведущих специалистов Яном Бекером, посвященные вопросу лактатемии. Как с ней бороться и что с ней делать. Поэтому это не только наша проблема, но и проблема всего мира. Почему? Да потому, что все закладывается в операционной. Закладывается от работы хирурга, от работы не в меньшей степени анестезиолога. Поэтому потом, в интенсивной терапии мы проводим ту работу, которую по большей части можно было бы не проводить, если бы все было нормально. Но, к сожалению, жизнь есть жизнь. Что в этой работе прельщает? Прежде всего, то, что доктор не только констатировал какие осложнения можно предотвратить и в том числе наблюдать в послеоперационном периоде, но и вместе со своими руководителями они пошли дальше. Они стали изучать какие причины к этому приводят. И как этого избежать. И здесь конечно разные виды анестезии. Что плохая тотальная внутривенная анестезия? Нет, конечно. Давайте вспомним Т.М. Дарбиняна. Не так давно это было, 10-15 лет назад. Это было ведущее направление в анестезиологии – тотальная внутривенная анестезия. Конечно, время прошло, произошли изменения. И конечно газовые анестетики в этом плане с одной стороны позволяют адекватно проводить чисто анестезиологическое пособие, с другой стороны это летучий газ, который буквально через полчаса, через очень короткое время человека можно уже активизировать и выходить на самостоятельное дыхание. Что мне понравилось в этой работе. То, что это дало толчок к широкому применению

в нашей интенсивной терапии и в анестезиологии изучение центральной гемодинамики при помощи катетеров Сван-Ганца. Посмотрите как за последние несколько лет в отделении интенсивной терапии это помогает лечить крайнюю категорию больных, которые оперированы в нашем Центре. Поэтому я попросил бы членов Ученого Совета поддержать эту работу. Я желаю нашему диссертанту дальнейших успехов и чтобы было меньше вопросов в послеоперационном периоде и после того как больные поступают в отделение интенсивной терапии.

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

- Спасибо, Михаил Борисович! Доктор медицинских наук, МIRONENKO Владимир Александрович.

Доктор медицинских наук, руководитель отделения реконструктивной хирургии и корня аорты ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ МIRONENKO В.А.:

- Глубокоуважаемый Владимир Петрович! Члены Диссертационного совета. Я не могу не сказать о высокой практической значимости этой работы, потому что Геннадий Вячеславович – это один из основных анестезиологов, которые работают с нашим отделением, где концентрируются больные с расслоениями аорты, с аневризмами аорты. Это более 100 операций в год получается. Остальные больные приходят повторные, с многоклапанной коррекцией. Конечно, мы немало сделали, в том, чтобы значительно повысить уровень лактата, с которым данный анестезиолог успешно справляется. Я хочу отметить, что в процессе выполнения этой работы очень существенно изменились и подходы анестезиологические, что реализовалось в очень высокой надежности работы анестезиологической бригады. Это касается и Геннадия Вячеславовича и других анестезиологов, потому что мы на глазах видим (при том что тяжесть

больных увеличивается в последние годы) значительно сократилось количество сердечной недостаточности в послеоперационном периоде, уменьшилось время необходимое для активизации пациента. А сам по себе работа безусловно дает очень хорошую направленность и определенные заделы на будущее. Это все можно будет реализовать, и уже реализуется. Я думаю, что обязательно приведет к еще большему расширению наших возможностей. Я бы хотел поддержать эту работу. Спасибо.

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

- Спасибо, Владимир Александрович! Нет больше желающих? Тогда Геннадий Вячеславович, Вам предоставляется заключительное слово.

Юдин Г.В. (соискатель):

- Глубокоуважаемые члены Диссертационного Совета. Уважаемые коллеги! Я бы хотел сказать слова благодарности сотрудникам этого Центра и директору Центра – Лео Антоновичу Бокерия, который является и одним из моих научных руководителей за ту возможность работы в этом Центре, за ту помощь и возможность проведения научной работы, которой мы занимаемся и за ту поддержку, которую нам оказывает Лео Антонович в нашем повседневном нелегком труде. Я бы хотел сказать слова благодарности своим оппонентам Андрею Георгиевичу Яворовскому и Льву Анатольевичу Кричевскому за ту работу, которую они проделали анализируя мою диссертацию. Хотел бы поблагодарить сотрудников Центра им. Алмазова: В.А. Мазурка и А.Е. Баутина за тот немалый труд, который они приложили в анализе моей диссертации. Хотел бы отдельно поблагодарить сотрудников отделения анестезиологии-реанимации, отделения хирургии корня аорты и неотложной хирургии приобретенных пороков сердца за помощь, которую они оказали в реализации данной работы. И отдельные слова благодарности

моей семье за поддержку, которую они оказали в написании диссертации. Спасибо большое.

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

- Вопрос передается на тайное голосование. Нам необходимо избрать счетную комиссию. Предлагаются следующие кандидатуры:

- доктора медицинских наук, профессора - Муратов Р.М., Ким А.И., Купряшов А.А.

Кто за то, чтобы избрать данную счетную комиссию, прошу поднять руки. Кто «против», «воздержался»? Принято единогласно. Комиссию прошу приступить к работе.

Происходит процедура тайного голосования.

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

- Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Муратову Равилу Муратовичу для оглашения результатов тайного голосования.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Муратов Р.М. зачитывает протокол заседания счетной комиссии.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук, профессор Муратов Равиль Муратович.

Члены комиссии: доктор медицинских наук, профессор Ким Алексей Иванович, доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Юдина Геннадия Вячеславовича на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук по специальности «Анестезиология и реаниматология» - 14.01.20.

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 24 января 2017 года № 33/нк) в количестве 23 человек.

На заседании присутствовало 20 членов Совета из 23, в том числе по профилю «Анестезиология и реаниматология» - 14.01.20 – 7 докторов наук. Было роздано 20 бюллетеней, не розданных – 3. В урне бюллетеней оказалось – 20.

Результаты голосования по вопросу присуждения ученой степени кандидата медицинских наук Юдину Геннадия Вячеславовичу:

За	20
Против	нет
Недействительных бюллетеней	нет

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 20 человек (из них по специальности «Анестезиология и реаниматология» - 14.01.20 – 7 человек), участвовавших в заседании из 23 человек, входящих в состав Совета (3 члена Диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал «за» - 20, «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 поднять руки. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Протокол счетной комиссии утверждается единогласно.

Нам необходимо заслушать и утвердить проект заключения по диссертации. Слово предоставляется Ученому секретарю.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает проект заключения Диссертационного совета Д 001.015.01 по диссертации Юдина Геннадия Вячеславовича: Сравнительная оценка влияния анестезии севофлураном и тотальной внутривенной анестезии на течение раннего послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу приобретенных пороков сердца» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Анестезиология и реаниматология» - 14.01.20.

- Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований разработан метод предупреждения тяжелых метаболических расстройств и органной дисфункции у больных с приобретенными пороками сердца; предложено применение анестезии севофлураном на всех этапах оперативного вмешательства при коррекции клапанной патологии; доказаны преимущества севофлурановой анестезии перед тотальной внутривенной анестезией. Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: доказана возможность реализации органопротективных свойств севофлурана у больных с приобретенными пороками сердца; применительно к проблематике диссертации результативно использованы современные методы мониторинга состояния пациентов и статистического анализа; изучены и представлены литературные данные об имеющихся в данный момент разработках отечественных и иностранных авторов; проведена модернизация анестезиологического обеспечения у больных с приобретенными пороками сердца. Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: разработан и внедрен в работу отделения анестезиологии-реанимации ФГБУ «НМИЦ ССХ им А.Н. Бакулева» МЗ РФ протокол анестезии у больных с приобретенными пороками сердца; определены преимущества севофлурановой анестезии перед тотальной внутривенной анестезией; создана система практических рекомендаций

анестезиологического обеспечения коррекции приобретенных пороков сердца; представлены данные, обосновывающие эффективность севофлурановой анестезии в улучшении клинического течения раннего послеоперационного периода у больных с приобретенными пороками сердца.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: теоретические положения, изложенные в диссертации, согласуются с результатами статистического анализа, представляющими данные о современном подходе к анестезиологическому обеспечению коррекции приобретенных пороков сердца; идея базируется на доказательстве возможности проведения органопротекции севофлураном у больных с приобретенными пороками сердца; установлено качественное совпадение по полученным данным с мировыми исследованиями, основанными на схожих методиках, проводимыми на соответствующих группах пациентов; использованы современные методы сбора и обработки информации, достаточный объем клинического материала (100 пациентов с приобретенными пороками сердца) и конкретно выбранные методики исследования, вытекающие из задач диссертационной работы. Личный вклад соискателя состоит в сборе и анализе данных, обработке материала, анализе литературных данных, написании основных публикаций по выполненной работе.

На заседании 26 октября 2018 г. Диссертационный совет принял решение присудить Юдину Геннадию Вячеславовичу ученую степень кандидата медицинских наук по специальности «Анестезиология и реаниматология» - 14.01.20.

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» - 20, «против» - нет, «воздержался — «нет»)). Геннадий Вячеславович я Вас поздравляю с успешной защитой диссертации. Желаю дальнейших научных и практических успехов, и следующей работы.

Председатель

заместитель председателя

Диссертационного совета Д 001.015.01,

доктор медицинских наук,

академик РАН



Подзолков Владимир Петрович

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Диссертационного совета Д 001.015.01,

доктор медицинских наук



Газизова Динара Шавкатовна

26 октября 2018 года