

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой
хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

СТЕНОГРАММА №3

заседания Диссертационного Совета Д 001.015.01
от 03 февраля 2017 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

Фарзутдинова Артура Фаргатовича на тему:
**«Использование высокой грудной эпидуральной анестезии при операции
геометрической реконструкции левого желудочка в сочетании с АКШ»**

Специальность
«анестезиология и реаниматология» – 14.01.20

Москва - 2017 год

3 экз.

По письменному поручению председателя Диссертационного Совета, доктора медицинских наук, академика РАН Бокерия Л.А. председателем заседания назначен заместитель председателя Диссертационного Совета, доктор медицинских наук, академик РАН Подзолков Владимир Петрович.

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

Уважаемые коллеги! Всего из 23 членов Совета, учрежденных приказом председателя ВАК Российской Федерации, у нас присутствуют 19 членов Совета. Количественный кворум обеспечен. По специальности «анестезиология и реаниматология» (14.01.20) присутствуют 6 членов Совета. Качественный кворум обеспечен. Разрешите заседание Диссертационного совета объявить открытым. На заседании Диссертационного совета присутствуют:

Ф.И.О.	Ученая степень, шифр специальности в совете	
Бокерия Лео Антонович	доктор мед. наук 14.01.26.	Председатель Диссертационного совета
Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук 14.01.26.	Заместитель председателя Диссертационного совета – председатель заседания
Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук 14.01.05.	Ученый секретарь Диссертационного совета
Бокерия Ольга Леонидовна	доктор мед. наук 14.01.05.	
Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук 14.01.05.	

Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук 14.01.05.	
Еременко Александр Анатольевич	доктор мед. наук, 14.01.20.	
Камбаров Сергей Юрьевич	доктор мед. наук, 14.01.26.	
Ким Алексей Иванович	доктор мед. наук 14.01.26.	
Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук 14.01.05.	
Лобачева Галина Васильевна	доктор мед. наук, 14.01.20.	
Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук, 14.01.20.	
Маликов Виктор Евсеевич	доктор мед. наук 14.01.05.	
Муратов Равиль Муратович	доктор мед. наук, 14.01.26.	
Никитин Евгений Станиславович	доктор мед. наук 14.01.20.	
Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук 14.01.26.	
Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук 14.01.20.	
Скопин Иван Иванович	доктор мед. наук, 14.01.26.	
Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук 14.01.20.	

На повестке дня защита диссертации Фарзутдинова Артура Фаргатовича на тему: «Использование высокой грудной эпидуральной анестезии при операции геометрической реконструкции левого желудочка в сочетании с АКШ» 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 науч-

но-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор Центра.

Затевахина Марина Вадимовна – кандидат медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение анестезиологии-реанимации Института коронарной и сосудистой хирургии, главный научный сотрудник.

Официальные оппоненты:

Яворовский Андрей Георгиевич – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра анестезиологии и реаниматологии, заведующий кафедрой (специальность «анестезиология и реаниматология» – 14.01.20).

Кричевский Лев Анатольевич – доктор медицинских наук, заведующий отделением анестезиологии-реанимации №4 Городской клинической больницы №15 им. О.М. Филатова Департамента здравоохранения г. Москвы (специальность «анестезиология и реаниматология» – 14.01.20).

Ведущая организация – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».

Разрешите предоставить слово ученому секретарю для оглашения представленных документов.

Ученый секретарь – доктор медицинских наук Газизова Д.Ш.:

Зачитывает документы, содержащиеся в личном деле соискателя. Отмечается, что материалы личного дела и документы предварительной экспер-

тизы соответствуют требованиям положения Высшей аттестационной комиссии при Министерстве образования и науки Российской Федерации.

Председатель:

Есть какие-нибудь вопросы по справке? Вопросов нет. Тогда, Артур Фаргатович, вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений Вашей работы.

Фарзутдинов А.Ф. (соискатель):

Излагает материал диссертации (доклад прилагается).

Председатель:

Спасибо. У кого возникли вопросы среди членов ученого совета в процессе доклада? Пожалуйста, доктор медицинских наук, Купряшов Алексей Анатольевич.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич:

Артур Фаргатович, первый вопрос – как рассчитывали доставку кислорода во время перфузии? Второй вопрос, чем обусловлен прирост центрального венозного давления в 2,5 раза после перфузии? Третий вопрос – Вы показываете увеличение сердечного выброса и снижение общего периферического сосудистого сопротивления, т.е. в принципе благотворные показатели центральной гемодинамики, но при этом отмечается рост лактата. С чем Вы связываете этот рост и почему этот рост был меньше в группе больных с перидуральным блоком?

Фарзутдинов А.Ф. (соискатель):

Спасибо, Алексей Анатольевич, за вопросы.

Отвечая на первый вопрос, доставка кислорода во время перфузии рассчитывалась, как и на других этапах исследования, по формулам, приведенным Marino. За сердечный выброс была принята объемная скорость перфузии.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич:

То есть методики отличались?

Фарзутдинов А.Ф. (соискатель):

Да.

Второе – повышение центрального венозного давления после искусственного кровообращения связано, вероятно, со смещением остаточного объема крови из кардиотомного резервуара через аортальную канюлю в организм пациента. В последующем, расправление пациента и улучшение микроциркуляции способствовало нормализации центрального венозного давления.

Третье – наиболее вероятной причиной повышения лактата крови явилось применение адреналина как основного препарата для лечения левожелудочковой сердечной недостаточности после геометрической реконструкции левого желудочка. Это и привело к росту лактата.

Председатель:

Еще, пожалуйста, вопросы. Доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Еременко Александр Анатольевич.

Доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Еременко Александр Анатольевич:

Артур Фаргатович, что бы Вы рекомендовали практическим врачам, когда у больного с низкими резервами миокарда на фоне начала эпидуральной анестезии происходит снижение артериального давления?

Фарзутдинов А.Ф. (соискатель):

Спасибо за вопрос, Александр Анатольевич. Так как эти пациенты исходно имели низкую фракцию выброса левого желудочка менее 40% (средняя фракция составляла порядка 35% по обеим группам), для улучшения контрактильности миокарда, что способствует увеличению сердечного выброса после начала эпидурального блока я бы рекомендовал использовать добутамин.

Доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Еременко Александр Анатольевич:

А если чисто сосудистый компонент?

Фарзутдинов А.Ф. (соискатель):

Если сосудистый, то адекватную волемическую нагрузку.

Доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Еременко Александр Анатольевич:

А потом возникает гиперволемиа?

Фарзутдинов А.Ф. (соискатель):

Тогда надо сочетать волемию и инфузию добутамина. Но в нашем исследовании не было случаев, сопровождавшихся снижением артериального давления и повышения центрального венозного давления.

Председатель:

Еще вопросы. Пожалуйста, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Ярустовский Михаил Борисович.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Ярустовский Михаил Борисович:

Мой первый вопрос – визуально представленные Вами графики выглядели примерно одинаковыми. Скажите, какая статистическая значимость между группами по представленным показателям? И второй вопрос – адреналин применялся в больших дозировках в группе, где не использовали высокую грудную эпидуральную анестезию. Какая тенденция была дальше, хотя бы в первые сутки?

Фарзутдинов А.Ф. (соискатель):

Спасибо, Михаил Борисович за вопрос. На графиках звездочками были обозначены этапы исследования, где отмечалась достоверная разница и было $p < 0,05$ или $p < 0,01$.

Адреналин в 100% случаев, для каждого пациента, т.к. это было обусловлено исходно тяжелым состоянием пациентов, большими рубцовыми полями, низкой контрактильностью миокарда, а также объемом и характером проведенной операции. Подбор дозировок осуществлялся определением достаточности сердечного выброса, т.е. обеспечения тканей кислородом, адекватностью диуреза (1 мл/кг/час). В отделении реанимации терапию продолжали. Многие пациенты переводились в профильное отделение с продолжающейся инфузией адреналина. Так как отмечались некоторые метаболические сдвиги, начинавшиеся уже в стенах операционной, то к пациентам была применена тактика седации, расправления, улучшения микроциркуляции, стабилизации биохимических, общеклинических показателей перед последующим переводом в профильное отделение.

Председатель:

Еще есть вопросы? Нет. Присаживайтесь пожалуйста. Слово предоставляется одному из научных руководителей, доктору медицинских наук, академику РАН Лео Антоновичу Бокерия.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Лео Антонович Бокерия:

Глубокоуважаемые председатель, члены Ученого Совета, коллеги, гости. По согласованию со вторым научным руководителем, Мариной Вадимовной Затевахиной, я бы хотел, чтобы вы выслушали и ее эмоциональный рассказ о нашем сегодняшнем диссертанте. Он появился у нас, если это слово применимо к данному случаю, ровно пять с половиной лет назад и за это время проделал очень большой путь и превратился в настоящего профессионала, человека, обеспечивающего безопасность и защиту организма пациента при самых сложных операциях, о чем свидетельствует тот контингент больных, который сегодня был продемонстрирован. Мы связываем с нашим специалистом определенное будущее, потому что человек, который сумел за относительно короткий срок овладеть этими сложнейшими пособиями ведения больных фактически критического уровня, имеет большой потенциал для того, чтобы проблему выхаживания интраоперационно пациента поднять на новый уровень. Я часто повторяю эту фразу, что самой большой гордостью V. Dog, который предложил цитируемую здесь сегодня операцию, было то, что у него выжил больной с фракцией выброса 13%. Если покопаться в нашей истории, то такой больной наверняка тоже найдется. И эта тема никуда не ушла. И я хочу сказать, что нам нужен образованный специалист, который вырастает сегодня на том уровне знаний и опыта, которым располагает Центр для того, чтобы мы могли прогнозировать более точно результаты наших операций. Выскажу наше общее мнение с Мариной Вадимовной, что мы имеем дело сегодня с молодым специалистом, который находится в высокой стадии развития и у которого есть большие возможности развиваться дальше. Что касается диссертации – это дело Ученого Совета, но у меня есть

большая уверенность в том, что он на этом не остановится и будет продолжать эту очень важную работу для клинической практики. Спасибо.

Председатель:

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

Ученый секретарь:

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, рекомендующее диссертацию к защите.

2. Отзыв ведущей организации – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (отзыв положительный, не содержащий замечаний, прилагается).

3. Отзывы на автореферат: от доктора медицинских наук, профессора, полковника медицинской службы, начальника отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Центра кардиохирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «3 Центральный Военный Клинический Госпиталь им. А.А. Вишневого» Министерства обороны Российской Федерации **Корниенко Андрея Николаевича**; от кандидата медицинских наук, главного внештатного специалиста по анестезиологии и реаниматологии Министерства здравоохранения республики Саха (Якутия), заведующего отделением анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии Клинического центра Государственного автономного учреждения Республики Саха (Якутия) Республиканской национальной больницы №1 – Национального

центра медицины **Булатова Алквиада Валентиновича**; от кандидата медицинских наук, руководителя симуляционного центра Автономной некоммерческой организации дополнительного последипломного образования «Пермского института повышения квалификации работников здравоохранения» **Вотякова Андрея Леонидовича** (отзывы положительные, замечаний не содержат, прилагаются).

Председатель:

Поскольку замечаний нет, мы можем перейти к обсуждению. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту доктору медицинских наук, Кричевскому Льву Анатольевичу.

Доктор медицинских наук Кричевский Лев Анатольевич (официальный оппонент):

Зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

Мне как клиницисту, а не как оппоненту интересно, все-таки может не на уровне статистических тенденций, а на уровне единичных наблюдений может быть были какие-то неблагоприятные эффекты десимпатизации или не было? А если было, то как выходили из этой ситуации у такой тяжелой категории больных? А может это вопрос для последующих исследований?

Никаких других замечаний у меня нет. Надеюсь на решение Диссертационного Совета. Теперь дело за ним. Спасибо.

Председатель:

Спасибо, Лев Анатольевич. Вам предоставляется слово для ответа официальному оппоненту.

Фарзутдинов А.Ф. (соискатель):

Глубокоуважаемый Лев Анатольевич, я благодарю вас за скрупулезную оценку моей диссертации, положительный отзыв. На Ваш вопрос я бы хотел ответить, что ознакомившись с мировой литературой и литературой, выпущенной в стенах нашего Центра, мы пришли к мнению, что использование растворов местных анестетиков в той концентрации, которую мы использовали, а это был 0,2%-ый Ропивакаин, является безопасным и не приводит к десимпатизации и нарушению ауторегуляции организма. Спасибо большое.

Председатель:

Вы удовлетворены ответом?

Доктор медицинских наук Кричевский Лев Анатольевич (официальный оппонент):

Да.

Председатель:

Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Яворовскому Андрею Георгиевичу.

Доктор медицинских наук, профессор Яворовский Андрей Георгиевич (официальный оппонент):

Зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

Ну и вопрос уже такой в плане, может быть, дискуссии. Ваше мнение я хотел бы все-таки узнать в отношении лактатацидоза? Те данные, которые представлены. Цифры, о которых Вы говорите – 6, потом в послеоперационном периоде они достигают 12, а в группе многокомпонентной общей анестезии 16?.. Я для себя в общем не понял причину лактатацидоза. Если можете, Вашу точку зрения на это? А так все замечательно.

Председатель: спасибо, Андрей Георгиевич. Вам предоставляется слово для ответа официальному оппоненту.

Фарзутдинов А.Ф. (соискатель):

Спасибо, Андрей Георгиевич, за оценку моей работы. На ваш вопрос я хотел бы ответить таким образом, что в работе была предпринята попытка найти причину столь высоких цифр лактата крови, которые для некоторых клиницистов являются, может быть даже пугающими, с помощью оценки показателей транспорта кислорода. В нашей дальнейшей работе предполагается разработка и оценка критериев, по которым можно будет уменьшить показатели лактата среди пациентов, которым выполняют геометрическую реконструкцию левого желудочка. А наиболее вероятной причиной считается гипоперфузия, обусловленная сердечной недостаточностью, высокие дозы кардиотонических препаратов.

Доктор медицинских наук, профессор, Яворовский Андрей Георгиевич (официальный оппонент):

Спасибо.

Председатель:

Кто хочет обменяться мнением по поводу данной диссертации среди членов Ученого Совета? Пожалуйста, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Еременко Александр Анатольевич.

Член Диссертационного Совета, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Еременко Александр Анатольевич:

Глубокоуважаемые Владимир Петрович, Лео Антонович, Артур Фаргатович. Поскольку здесь мое имя упомянул уважаемый оппонент профессор

Яворовский, считаю нужным выступить. Но он поскромничал в своем выступлении, т.к. десять лет назад сам защитил докторскую диссертацию как раз по использованию высокой грудной эпидуральной анестезии у кардиохирургических больных. Но это не означает того, что тема давно уже решена, известна и т.д. Во-первых я хочу признать, что в то время было излишнее увлечение этой методикой и зачастую те, кто ее использовал, получали довольно серьезные осложнения. Среди них – кровотечения в зону установки эпидурального катетера, что является серьезным осложнением, приводящим зачастую к инвалидизации пациента, потому что это, по сути, кровотечение в спинной мозг. А предпосылки – это высокая степень гипокоагуляции во время искусственном кровообращении, использование антикоагулянтов в послеоперационном периоде и т.д. Далее – симпатолитический эффект, мы знаем, приводит к вазодилатации, что тоже может иметь неблагоприятные последствия и т.д.

Но нужно сказать, что при более трезвой оценке этой методики, что и показала представленная сегодня работа, оказалось, что ее можно применять у очень тяжелой категории пациентов, в частности, у тех больных, которым выполняют хирургическое ремоделирование левого желудочка и аортокоронарное шунтирование (это большая и сложная операция). И в этом достоинство этой работы.

Ведь какие положительные есть эффекты эпидуральной анестезии? Прежде всего – снижение постнагрузки. Сердце работает в лучших условиях. Это первый и очень важный эффект. За счет этого улучшение гемодинамический профиль. Второе – это улучшение работы кишечника. И эти больные не имеют того осложнения, которое мы называем абдоменкомпартмент синдром – синдром повышенного внутрибрюшного давления, когда больные после операции не могут толком дышать, особенно, если у них большой живот. Еще одним важным моментом является меньшее использование наркотических анальгетиков интраоперационно. А после операции, мы тоже проводили такие исследования, вообще не нужно использовать наркотические анальге-

тики, потому что эпидуральная анальгезия обеспечивает 100% обезболивание у этой категории больных.

И то, что автор показал, как нужно применять эту методику в интра- и постоперационном периоде... Сейчас стоит вопрос о ранней активизации. Ведь этих больных хочется рано поставить на ноги, чтобы он ходил. От этого тоже зависит результат операции в целом. А эта методика дает такую возможность, позволяет рано их поставить на ноги. Поэтому я очень положительно оцениваю эту работу и призываю всех голосовать «за» эту диссертацию. Спасибо.

Председатель:

Спасибо, Александр Анатольевич. Кто еще хочет обменяться мнением среди членов Ученого Совета? Доктор медицинских наук Никитин Евгений Станиславович.

Член Диссертационного Совета, доктор медицинских наук Никитин Евгений Станиславович:

Уважаемые Владимир Петрович, Лео Антонович, члены ученого совета, коллеги. Позвольте свою точку зрения по этой работе высказать. Мне показалось, что сегодня диссертант решил доказать преимущество данной методики, а именно высокой грудной эпидуральной анестезии перед другими пособиями у наиболее сложного, или у одного из наиболее сложного контингента больных, а именно у больных ишемической болезнью сердца, осложненных аневризмой левого желудочка и сниженной фракцией выброса до 35%.

Не является большим секретом, что даже довести такого пациента до включения аппарата искусственного кровообращения является большой сложностью и при таких операциях должны присутствовать только высокие профессионалы, потому что повышенный тонус симпатической нервной системы может привести к учащению сердечных сокращений, усилению ише-

мизации и получить довольно сложные нарушения ритма в виде желудочковой тахикардии или фибрилляции. И вход в искусственное кровообращение уже будет осложнен, будет поспешным и нам, реаниматологам, в ближайшем постоперационном периоде придется бороться с многими осложнениями, которые больной получит за тот период, пока придется включить искусственное кровообращение.

Что бы хотелось сказать положительного о данной работе, а именно о тех преимуществах, которые она дает? Мы увидели, что высокая грудная эпидуральная анестезия позволяет снизить тонус симпатической нервной системы и войти с более редким ритмом, т.е. хорошим диастолическим компонентом наполнения левого желудочка. Данный контингент, как мы видим, имеет снижение преднагрузки как по правому и по левому желудочку, так и снижение постнагрузки. И на фоне этих прекрасных условий увеличивается ударный объем.

Высокий профессионализм заключается в том, что доза настолько оттитрована, что не получили столь губительного снижения диастолического давления, чтобы опять же получить те же нарушения ритма. Но наибольшего внимания заслуживает тот момент, что проведение больных с высокой грудной эпидуральной анестезией во время искусственного кровообращения позволяет иметь должный уровень доставки кислорода (но это было и у того, и у другого контингента), но более раскрытое и правильно функционирующее микроциркуляторное русло было получено именно у этого контингента, что и было показано уровнем лактата у этой категории больных – он оказался гораздо ниже. Это показывает, что все ткани и органы во время искусственного кровообращения достаточно хорошо перфузировались и получали должное количество кислорода. Поэтому анаэробный гликогенолиз там отсутствовал. А ведь это довольно сложный контингент больных, он изначально имеет полиорганную недостаточность на фоне сниженной фракции выброса и добавление ему еще и сниженной доставки приведет к осложнению в ближайшем послеоперационном периоде либо печеночной, либо почечной недостаточности.

стью, либо легочной недостаточностью, либо отеком центральной нервной системы. А здесь мы видим, что и снижение доз анестетиков, и небольшие дозы кардиотонической поддержки, и начало активизации больного довольно раннее. Около 94% больных экстубированы в первые сутки и на вторые сутки переведены в подразделение. Здесь даже не использовались антиаритмические препараты, а я знаю, что Михаил Михайлович как на дооперационном, так и интра- и постоперационном этапе использует Кордарон для стабилизации сердечного ритма. Здесь это даже не было применено. Поэтому я, как реаниматолог очень приветствую данную работу, призывал бы коллег пользоваться данной методикой, чтобы мы имели благоприятное течение ближайшего постоперационного периода, что позволило бы и экономии достаточно значимой быть, да и пациентам быстро и эффективно поправляться без всяких осложнений. Поэтому прошу коллег проголосовать положительно за данную работу. Спасибо.

Председатель:

Спасибо, Евгений Станиславович. Кто еще хочет обменяться мнением? Пожалуйста, Михаил Борисович Ярустовский, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН Ярустовский Михаил Борисович:

Уважаемые Владимир Петрович, Лео Антонович, члены Ученого совета. Я хотел бы так же поддержать эту работу, поскольку на моей памяти, особенно в отделении анестезиологии на Ленинском проспекте, это не первая работа, которая посвящена высокой грудной эпидуральной анестезии. А началось все банально. Я помню, когда уважаемый Владимир Семенович Работников этой работой занимался, оперировал больных с осложнениями ишемической болезни сердца. Ну, будем говорить очень тяжело шло. И я помню прекрасно каким трудом и, наверное, и не наверное, а точно, сыграла

практика Лео Антоновича, которая улучшила хирургическую тактику ведения этих больных. Потом подхватил Михаил Михайлович Алшибая и хирургические проблемы как-то потихоньку стабилизировались. Не так тяжело они в конце концов сейчас идут. Тяжелая группа больных, с низкой фракцией выброса исходно, с многососудистым поражением. А вот, что касается анестезиологического пособия, как-то это все было достаточно сложно, но постепенно... Работа Вотякова, которая посвящена была высокой грудной эпидуральной анестезии и защищалась в нашем Центре, докторская диссертация Диасамидзе. Но каждый раз в новых работах все тяжелее и тяжелее контингент больных, которым она применялась. Я думаю, что безусловно автор показал и объективно доказал, что лучше и какие есть особенности. Но все-таки, я согласен с доктором Кричевским, что не так все просто, как кажется. Конечно, эта методика должна быть в очень опытных руках, очень аккуратно проводилась. Хорошо, что вазодилатация, снижение общего периферического сосудистого сопротивления, но эти больные и так приходят с нулевым центральным венозным давлением и очень аккуратно надо анестезиологу подойти и к предперфузионному периоду, и, особенно, к постперфузионному периоду. Здесь мне кажется, в дальнейшем исследовании в этой работе надо показать, что не все так просто как кажется. Не зря же профессор Еременко задал вопрос: «Будете ли Вы «доливать» больного или будете применять симпатомиметики?..» Здесь вопросов на самом деле больше. Особенно у этой крайне тяжелой категории больных. А в целом я считаю, что работа достойная. Эта работа для крайне тяжелого контингента больных. И думаю, что диссертант заслуживает искомой степени кандидата медицинских наук.

Председатель:

Спасибо, Михаил Борисович. Слово предоставляется доктору медицинских наук Купряшову Алексею Анатольевичу.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук Купряшов Алексей Анатольевич:

Уважаемые коллеги, к слову о собственно методике. Я воспитывался в тех клиниках изначально, в которых перидуральный блок был распространен и, если не 90%, то 70% операций в составе изолированной или комбинированной анестезии включали перидуральные блоки. И надо сказать, что частота осложнений была меньше, чем при классических наркозах. И скажем, этапные были ситуации, когда операции начинались только в условиях перидурального блока, а в дальнейшем, на следующих этапах операции проводилась индукция в наркоз и т.д. Под перидуральными блоками проводились операции на сонных артериях и гипокоагуляция не была фатальным препятствием к проведению этих операций. И в этом плане я, как и многие предыдущие ораторы, поддерживаю эту работу.

Но меня очень интересует вопрос лактата. Фактически автор показал, что тем или иным способом, фармакологически ли или не важно как, до- и послеоперационная доставка кислорода не изменяется, но при этом не изменяется и потребление кислорода. Т.е. экстракция кислорода в тканях не меняется. Но фактически ткани находятся в условиях анаэробного гликолиза. И отсюда, глядя на показатели центральной гемодинамики, единственный фактор, который существенно меняется в ходе операции и в послеоперационном периоде и существенно отличается у больных с классическим наркозом и перидуральным блоком является центральное венозное давление. И у меня складывается впечатление, что стабилизация гемодинамики у этих больных преимущественно достигается (и при чем тяжелее сердечная недостаточность, чем больше необходимо участие анестезиолога-реаниматолога в стабилизации гемодинамики), тем больше она достигается за счет увеличения объема циркулирующей крови, за счет инфузионной терапии, которая в свою очередь приводит к нарушению кислородного и прочего транспорта на периферии и усугубляет тканевую гипоксию. Это и является обоснованием лакта-

тацидоза у этих больных. Поэтому я призываю разобраться в этом вопросе и, возможно, пересмотреть вопрос инфузионной терапии. Спасибо за внимание.

Председатель:

Спасибо, Алексей Анатольевич. Есть ли еще желающие обменяться мнением? Доктор медицинских наук, профессор Алшибая Михаил Михайлович.

Доктор медицинских наук, профессор Алшибая Михаил Михайлович:

Глубокоуважаемый Лео Антонович, глубокоуважаемый Владимир Петрович, члены Ученого совета, оппоненты, коллеги. К сожалению, как уже сказал Лео Антонович, Марина Вадимовна Затевахина не может здесь присутствовать и я может быть в какой-то степени восполню, хотя и не могу так как она говорить, но я очень хорошо знаю нашего сегодняшнего диссертанта, хотя бы потому, что все эти операции с высокой эпидуральной анестезией и с обычной мультикомпонентной анестезией сделали мы вместе, эти операции выполнены в нашем отделении.

Я действительно с точки зрения как врача, как клинициста, как практического анестезиолога могу характеризовать Артура по самому высокому разряду. За эти пять с лишним лет, которые он у нас работает, он очень вырос, освоил все виды анестезии у тяжелейших больных и мы работаем достаточно успешно. Это один аспект проблемы, который его характеризует.

А второй аспект, я хочу сказать несколько слов по поводу этой работы. Здесь были замечательные выступления, очень тонкие и точные вещи были сказаны. Я скажу мое впечатление хирурга. Первое, и это очень радует, мы на всю эту группу мы не получили ни одного сколько-нибудь серьезного осложнения: не было резких падений давления за счет вазодилатации, не было геморрагических осложнений, о которых здесь говорилось. Правда мне Ренат Муратович сказал, что если бы даже на тысячу эпидуральных анесте-

зий будет одно кровоизлияние в спинной мозг, то это уже может заставить отказаться от этой методики. Но нам повезло. Осложнений не было.

С другой стороны, я бы сказал так, что автору этой работы как и другим молодым исследователям, характерен некоторый избыточный энтузиазм по отношению к тем методам, которые они используют и апробируют. Я думаю, что здесь есть такие невольные, неосознанные или, может быть, преувеличения, не совсем правильно оцененная разница в использовании контрпульсаций. И все же, по моим впечатлениям, позитивный эффект этой процедуры есть. Ну, что тут говорить, мы получаем действительно качественную нейровегетативную блокаду и естественно это влияет на очень многие моменты. А я должен вам сказать абсолютно искренне, это действительно были исходно очень тяжелые больные, которые не с низким центральным венозным давлением, Михаил Борисович, а с высоким поступают. Потому что у них есть высокая легочная гипертензия. Это застойная сердечная недостаточность, это ишемическая кардиомиопатия. Понимаете? И как только адекватно проведена эта высокая эпидуральная анестезия, у них снижается давление в легочной артерии. Тут же увеличивается сердечный выброс и так далее, и так далее. И, в общем, я думаю, что не стоит этот метод рекомендовать для широкого круга, и очень точно было сказано Михаилом Борисовичем, что это должен делать очень опытный человек и это должно быть сосредоточено в одних руках, но я думаю, что в целом, по крайней мере с научной точки зрения, эта работа имеет большую ценность. Вот все, что я хотел сказать. Спасибо за внимание.

Председатель:

Спасибо, Михаил Михайлович. Нет больше желающих? Вам предоставляется заключительное слово.

Фарзутдинов А.Ф. (соискатель):

В первую очередь я хотел бы поблагодарить дирекцию Центра во главе с Лео Антоновичем Бокерия, Диссертационный Совет за возможность учиться, работать и выполнить эту диссертацию. Большое спасибо Марине Вадимовне Затевахиной за тот опыт, который она попыталась мне привить. Спасибо сотрудникам отделения анестезиологии-реанимации, которые поддерживали всячески меня на протяжении этих пяти лет работы и которые всегда помогали мне. Спасибо Михаилу Михайловичу Алшибая, с которым мы выполнили все эти операции и за его теплые слова. Спасибо Галине Васильевне Лобачевой за терпеливое отношение и своевременную критику. Огромное спасибо Льву Анатольевичу Кричевскому и Андрею Георгиевичу Яворовскому за скрупулезное отношение к моей диссертации и положительные отзывы. А также хотел бы поблагодарить мою семью за поддержку. Спасибо большое.

Председатель:

Вопрос передается на тайное голосование. Нам необходимо избрать счетную комиссию. Предлагаются следующие кандидаты – это доктора медицинских наук, профессора Муратов Р.М. (председатель), Ключников И.В. и Маликов В.Е. Кто за то, чтобы избрать данную счетную комиссию, прошу проголосовать. Кто против? Воздержался? (нет). Принято единогласно. Прошу комиссию приступить к работе.

Происходит процедура тайного голосования.

Председатель:

Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Муратову Р.М. для оглашения результатов тайного голосования.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Муратов Равиль Муратович:

Зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 3 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным Советом Д 001.015.01 от 3 февраля 2017 года.

Состав избранной комиссии:

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

Члены комиссии – доктор медицинских наук, профессор Ключников Иван Вячеславович; доктор медицинских наук, профессор Маликов Виктор Евсеевич.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Фарзутдинова Артура Фаргатовича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «анестезиология и реаниматология» – 14.01.20.

Состав Диссертационного совета утвержден приказом Министерства образования и науки РФ о Советах по защите докторских и кандидатских диссертаций №714/нк от 02.11.2012 года с изменениями в приказ от 15.12.2015 года № 1597/нк. в количестве 23 человек.

На заседании присутствовало 19 членов совета, в том числе, по специальности «анестезиология и реаниматология» (14.01.20) докторов наук – 6. Роздано бюллетеней 19, осталось не розданных 4, оказалось в урне 19. Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук **Фарзутдинову Артуру Фаргатовичу:**

«За» – 19,

«Против» – нет,

Недействительных бюллетеней – нет.

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный Совет в количестве 19 человек (из них по специальности «анестезиология и реаниматология» 14.01.20 – 6 человек), участвовавших в заседании из

23 человек, входящих в состав Совета (4 члена Диссертационного Совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – 19, «против» – нет, недействительных бюллетеней нет.

Председатель:

Кто за утверждение протокола счетной комиссии, прошу голосовать (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

На основании результатов тайного голосования («за» – 19, «против» – нет, недействительных бюллетеней – нет) Диссертационный Совет считает, что диссертация Фарзутдинова А.Ф. «Использование высокой грудной эпидуральной анестезии при операции геометрической реконструкции левого желудочка в сочетании с АКШ» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «анестезиология и реаниматология» (14.01.20) соответствует требованиям п.9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней» Высшей аттестационной комиссии РФ от 24 сентября 2013 года, №842, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и присуждает Фарзутдинову Артуру Фаргатовичу ученую степень кандидата медицинских наук по специальности «анестезиология и реаниматология» – 14.01.20.

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

Ученый секретарь:

Зачитывает проект заключения Диссертационного совета.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: впервые в стране предложено проведение модифицированной высокой грудной эпидуральной анестезии при геометриче-

ской реконструкции постинфарктных аневризм левого желудочка, что способствует более гладкому завершению искусственного кровообращения и лучшему гемодинамическому профилю в периоперационном периоде.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: приведено патофизиологическое обоснование гемодинамического профиля пациентов с постинфарктной аневризмой левого желудочка в периоперационном периоде; **раскрыты** отрицательные и положительные стороны каждого из изученных методов анестезии при хирургической коррекции данной патологии.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что разработаны практические рекомендации по проведению высокой грудной эпидуральной анестезии при геометрической реконструкции постинфарктных аневризм левого желудочка и дано патофизиологическое обоснование эффективности данной методики у больных с высокой и критической степенью анестезиологического риска.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что автором **использованы** современные методики инструментальных исследований, сбора и статистической обработки информации, достаточный объем клинического материала (57 пациентов с постинфарктной аневризмой левого желудочка и фракцией выброса менее 40%). Все это позволило сформулировать и обосновать выводы и разработать практические рекомендации. **Теоретические положения,** изложенные в диссертации, согласуются с опубликованными отечественными и зарубежными клиническими исследованиями, посвященными изучению влияния высокой грудной эпидуральной анестезии на центральную гемодинамику при кардиохирургических операциях.

Личный вклад соискателя состоит в сборе и анализе данных, полученных при непосредственном участии в проведении анестезии 57 пациентам и статистической обработке материала, участии в написании публикаций по выполненной работе.

На заседании 3 февраля 2017 года Диссертационный Совет принял решение присудить Фарзутдинову А.Ф. ученую степень кандидата медицинских наук.

При проведении тайного голосования Диссертационный Совет в количестве 19 человек, из них – 6 докторов наук по специальности «анестезиология и реаниматология» (14.01.20), участвовавших в заседании из 23 человек, входящих в состав Совета, проголосовал: за присуждение ученой степени – 19, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель:

Кто за то, чтобы утвердить данный проект заключения, прошу поднять руки? (проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» – 19, «против» – нет, «воздержался» – нет). Принято единогласно.

Я Вас поздравляю с успешной защитой диссертации, желаю дальнейших творческих и практических успехов.

Председатель заседания:

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



03 февраля 2017 года