

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

СТЕНОГРАММА № 18

заседания Диссертационного Совета Д 001.015.01
от 22 сентября 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

Шенгелия Лаши Давидовича на тему:

**«Отдаленные результаты коррекции клапанной недостаточности при
хирургическом лечении фибрилляции предсердий»**

по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26

Москва - 2017

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 Шенгелия Лаши Давидовича на тему: «Отдаленные результаты коррекции клапанной недостаточности при хирургическом лечении фибрилляции предсердий» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук проводит заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Владимир Петрович Подзолков.

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, 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	Аронов Давид Меерович	доктор мед. наук, 14.01.05	
6	Бокерия Ольга Леонидовна	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 Кахабар Энверович	доктор мед. наук, 14.01.20	

10	Ким Алексей Иванович	доктор мед. наук, 14.01.26	
11	Ключников Иван Вячеславович	доктор мед. наук, 14.01.05	
12	Купряшов Алексей Анатольевич	доктор мед. наук, 14.01.20	
13	Лобачева Галина Васильевна	доктор мед. наук, 14.01.20	
14	Маликов Виктор Евсеевич	доктор мед. наук, 14.01.05	
15	Муратов Равиль Муратович	доктор мед. наук, 14.01.26	
16	Никитин Евгений Станиславович	доктор мед. наук, 14.01.20	
17	Сигаев Игорь Юрьевич	доктор мед. наук, 14.01.26	
18	Сокольская Надежда Олеговна	доктор мед. наук, 14.01.20	

Уважаемые коллеги! Всего из 23 членов Совета, утвержденного приказом председателя ВАК Российской Федерации у нас присутствует 18 членов совета. Количественный кворум обеспечен. По специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 присутствует 5 членов совета. Таким образом качественный кворум также обеспечен. Разрешите заседание объявить открытым.

На повестке дня у нас защита диссертации Шенгелия Лаши Давидовича на тему: «Отдаленные результаты коррекции клапанной недостаточности при хирургическом лечении фибрилляции предсердий» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

Научный руководитель:

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

Официальные оппоненты:

Ковалев Сергей Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель кардиохирургического центра, заведующий кардиохирургическим отделением №2, Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная клиническая больница №1» (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26)

Попов Леонид Валентинович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением кардиохирургии, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26).

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.**

Слово предоставляется ученому секретарю для оглашения материалов аттестационного дела.

Ученый секретарь 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:

– Есть какие-нибудь вопросы по справке? Нет. Тогда Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений Вашей диссертации.

Шенгелия Лаша Давидович (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

Председатель заседания:

– Какие возникли вопросы у членов ученого совета по поводу данной работы? Пожалуйста, доктор медицинских наук Диасамидзе.

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

– В литературе ключевые данные. Все-таки Вы как считаете, какой клапан митральный или трикуспидальный подвержен дилатации при фибрилляции предсердий? Первый вопрос.

И второй вопрос. Какова свобода от повторной фибрилляции предсердий после операции?

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Кахабер Энверович, большое спасибо за вопросы!

Что касается первого вопроса, то действительно данный вопрос широко обсуждается в мировой литературе. Одни исследователи считают, что все-таки митральный клапан более подвержен по причинам, которые я указал на слайде: это взаимосвязь с мышечными волокнами левого предсердия, а также наличие жировой ткани в области заднего участка фиброзного кольца, что делает его уязвимым к дилатации. Однако, ситуация с трикуспидальным клапаном обстоит так, что фиброзное кольцо трикуспидального клапана оно выражено гораздо менее, оно имеет меньший фиброзный скелет, чем фиброзное кольцо митрального клапана. Поэтому по мнению ряда ученых именно он более подвержен дилатации при фибрилляции предсердий. Лично мое мнение, что все-таки первым страдает митральный клапан, и трикуспидальный клапан он также страдает, конечно же, но вторично, потому что изменения также опосредованы увеличением давления в малом круге.

Что касается свободы от фибрилляции предсердий, то как было показано в отдаленном периоде, свобода составила 92 %. И исходя из патогенеза, нужно понимать, что первые 3-6 месяцев после операции могут

быть пароксизмы фибрилляции предсердий по данным мировой литературы, и это нормальная ситуация, и это происходит из патогенеза самой фибрилляции предсердий.

Спасибо.

Председатель заседания:

– Еще, пожалуйста. Профессор Аронов Д.М.

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

– У Вас вообще в работе, как здесь выражаются, свобода от чего-то нехорошего, в данном случае это от аритмии. Каково значение медикаментозного лечения после операции, имеет ли роль оно или же незначительная роль у него? Хотелось бы узнать, каково соотношение в эффектах этой операции, послеоперационное состояние было – собственно излечение и возможно частично операционное вмешательство?

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Большое спасибо за вопрос!

Что касается медикаментозной терапии, то, конечно же, пациенты после операции, они должны получать медикаментозную терапию, это исходит также из патогенеза аритмии, потому что возможны в первое время (в первые 3-6 месяцев) какие-то рецидивы. Поэтому пациенты совершенно точно должны получать терапию, на первых этапах она необходима. В дальнейшем при отсутствии пароксизмов медикаментозную терапию многие пациенты прекращают.

Что касается вклада медикаментозной терапии, я считаю, что он велик, нельзя его уменьшать. И, конечно же, если пациент готов исходно и он получает медикаментозную терапию, это вносит важный вклад в его послеоперационный период.

Спасибо.

Председатель заседания:

– Еще, пожалуйста. Пожалуйста, конечно.

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

– Позвольте еще дополнить вопрос. Отмечается ли вообще отсутствие фибрилляции предсердий после операции?

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Конечно. Об этом же и говорится, это мы и показали, что у пациентов фибрилляция предсердий...

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

– Без медикаментозной поддержки?

Шенгелия Л.Д.:

Это я ответить не могу, потому что наши пациенты все получали в условиях стационара в раннем послеоперационном периоде медикаментозную терапию. Это такой протокол выписки пациентов, в соответствии с которым мы должны назначать им медикаментозную терапию.

Председатель заседания:

– Доктор медицинских наук, профессор Муратов Ренат Муратович.

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

– Лаша Давидович, Вы ведь знаете всю эту литературу, это хирургические журналы, которые мы в основном читаем. А вот интервенционные вмешательства при фибрилляции предсердий, если брать группу с умеренной митральной недостаточностью, пусть аритмогенной, но чаще всего аритмогенной, митральной, трикуспидальной недостаточностью, что говорит литература: при радиочастотном успешном излечении аритмии что происходит со степенью недостаточности митрального клапана и

трикуспидального в этой литературе? Как-то мало освещается в нашей литературе данный вопрос. Это первый вопрос.

А второй вопрос: Вы не показали, возможно, у Вас в диссертации это есть, насколько эффективно и как быстро происходит ремоделирование левого желудочка, левого или правого предсердия, правого желудочка при восстановлении и аннулопластике обоих клапанов? Как это выглядит вообще в отдаленные сроки – до нормы это доходит или все-таки остается патология? Потому что сократимость вроде исходная нормальная у этих больных. Что с ними происходит?

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Ренат Муратович! Спасибо за вопросы.

При ответе на первый вопрос я хотел бы немного пояснить. Потому что сама по себе фибрилляция предсердий и радиочастотная абляция устьев легочных вен она, как правило, в наши дни выполняется все-таки при начальных формах фибрилляции предсердий, при пароксизмальной форме. Потому что, как мы знаем из литературы, эффективность радиочастотной абляции нельзя назвать абсолютно высокой, потому что риск рецидива высок через полгода после вмешательства. И когда делается радиочастотная абляция, значит, вполне возможно, что у пациента не длительно текущая форма фибрилляции предсердий и степень изменений в самих клапанах, которая развилась, она не зашла так далеко в отличие от тех случаев, когда пациенты уже приходят на хирургическое лечение. Мне кажется, это и будет являться ответом на вопрос, потому что пациенты, подвергающиеся абляции, это категория пациентов с менее выраженной недостаточностью, с менее выраженным ремоделированием. Я считаю так.

А что касается левого желудочка, то, конечно же, это вопрос очень интересный. Но мы данную цель не ставили одной из задач нашей диссертации, потому что мы сделали акцент именно на клапанной патологии. Несомненно эти исследования ведутся у нас в отделении исследователями,

данная работа продолжается. И эти результаты мы, безусловно, приведем. Однако, в данной диссертации мы делали акцент в первую очередь на клапанной недостаточности и на хирургической коррекции. Что касается объема, то фракция выброса чуть-чуть увеличена, и ее можно связать с митральной недостаточностью и с регургитацией. А в отдаленном периоде ее уже как таковой не было, при этом фракция выброса оставалась высокой.

Спасибо.

Председатель заседания:

– Еще есть вопросы? Пожалуйста, доктор медицинских наук, академик РАН Елена Зеликовна Голухова.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Е.З.:

– Уважаемый Лаша Давидович!

Первый вопрос: была ли коррекция митральной недостаточности? Сопровождалась ли она какими-то анти НЕРАЗБОРЧИВО 00:23:17 процедурами? Это первый вопрос. Потому что Вы в своем докладе об этом ничего не сказали. Или Вы считаете, что этого достаточно для коррекции аритмии?

Второй у меня вопрос вот какой. Вы специально выделяли именно персистирующую форму/постоянную для того, чтобы провести водораздел между теми формами аритмии, которые можно лечить с точки зрения восстановления и сохранения синусового ритма и теми формами, которые не следует лечить? Считаете ли Вы, что такое деление оно должно быть сохранено и такой же принцип тоже должен быть сохранен, когда Вы берете больных на большие хирургические операции?

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Елена Зеликовна! Большое спасибо за вопросы.

Что касается первого вопроса, то, конечно же, у всех наших пациентов коррекция недостаточности сопровождалась комплексом антиаритмических

воздействий в левом и правом предсердиях. И наш подход заключается в том, что коррекция нарушений ритма в сочетании с ужиением, пластикой фиброзных колец, при этом за счет шовной пластики удастся сохранить геометрию и динамическое движение фиброзных колец, является наиболее эффективным и оптимальным подходом в лечении пациентов с фибрилляцией предсердий и с клапанной недостаточностью. Конечно же, эти 2 подхода они должны сочетаться в одной операции, и мы считаем это верным, потому что воздействие на предсердия не занимает большого временного этапа, несильно увеличивает время пережатия аорты.

Что касается разграничения пациентов по степени тяжести, то я считаю, что ситуация, и как мы описали в диссертации, должна в комплексе оцениваться, ситуация с ритмом, ситуация с клапанами и, конечно же, с использованием современных методов исследования (компьютерной томографии, исследования объема левого предсердия), и каждая клиническая ситуация должна оцениваться в комплексе и соответственно с клинической картиной.

Спасибо.

Председатель заседания:

– Еще есть вопросы?

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Е.З.:

– Спасибо за такой убедительный ответ. Но Вы сами вызвали следующий вопрос. В таком случае какие критерии по КТ, когда Вы считаете возможным восстановление аритмии или нет, если больной идет, например, с митральной недостаточностью на фоне длительно существующей фибрилляции предсердий, и как мы считаем, постоянной, и он попадает на стол к хирургу, когда хирург считает возможным восстановление синусового ритма, и таким образом, вновь оценивая всю концепцию, переводит больного

из постоянной формы мысленно или персистирующей? Где те конечные точки водораздела?

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Спасибо за вопрос. Пациенты, которых Вы описали, их было большое количество в нашей диссертации. Мы видим, что средняя длительность фибрилляции предсердий у пациентов, обследуемых нами, была 72 месяца, и большая часть, подавляющее большинство это были пациенты с длительной/персистирующей формой фибрилляции предсердий. Таким образом, всем пациентам выполнялась коррекция нарушений ритма и пластика клапанов. И мы видим у этих больных восстановление синусового ритма. Я считаю, что пациент, если он страдает фибрилляцией предсердий, если это клинически значимо для него, если он отправляется на операцию, то должна быть выполнена и коррекция нарушений ритма. Потому что, как показывают наши данные, как показывают данные мировой литературы, эта операция эффективна.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Е.З.:

– Вот только что Вы упомянули, что для этого нужны данные КТ.

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– КТ мы использовали, потому что, во-первых, мы обследовали левое предсердие, мы оценивали объем левого предсердия, оценивали анатомию устьев легочных вен.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Е.З.:

– Пограничные значения?

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Объема?

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Е.З.:

– Да, при которых возможно достижение хорошего результата.

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Четкий диапазон, я считаю, что назвать в принципе очень сложно. Но мы видим, и на одном из слайдов я продемонстрировал пациента с объемом левого предсердия 238 мл, там была очень показательная компьютерная томограмма с увеличенным предсердием, оно было увеличено в несколько раз. Каждую неделю в отделении ОХЛИП проводятся операции коррекции нарушений ритма в сочетании с пластикой клапанов, и мы видим множество пациентов с предсердиями, даже еще превышающими это. А эффект, который мы описали, когда мы вызывали пациентов в отдаленном периоде, мы уже увидели совершенно другую картину: во-первых, свобода от фибрилляции предсердий, хоть это и не являлось основной целью нашей работы, нашей целью являлась оценка пластики, но, конечно же, мы посмотрели и на ритм, потому что знали, что будут вопросы. И данные мировой литературы на самом деле показывают аналогичную картину. И также множество случаев пациентов с увеличенными предсердиями и положительным эффектом от терапии.

Председатель заседания:

– Еще вопросы есть? Фадеев А.А., пожалуйста.

Кандидат технических наук, заведующий лабораторией по применению полимеров в сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России Фадеев А.А.:

– Скажите, Лаша Давидович, как бы Вы сформулировали требования к выполнению шовной аннулопластики или какие-то ограничения назвали? То есть как хирург может сориентироваться и быть уверенным в выполнении шовной аннулопластики или нет?

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Во-первых, большое спасибо за вопрос. Конечно же, интересный вопрос.

Я считаю, что если это клапанная недостаточность, которая связана с фибрилляцией предсердий, это значит, что первичной патологии нет, створки структурно неизменны, и значит, возможно выполнить их пластику, потому что, как я показал на слайдах, и это связано с патогенезом данной патологии, недостаточность связана в первую очередь с дилатацией фиброзных колец. И если восстановить и устранить этот фактор, то можно добиться хорошего результата.

Спасибо.

Председатель заседания:

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

Научный руководитель, доктор медицинских наук, академик РАН

Бокерия Л.А.:

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович, глубокоуважаемые коллеги! Мне очень приятно представлять сегодня ученому совету нашего диссертанта, нашего аспиранта. Он закончил очень престижный медицинский институт с отличием, вы слышали это. Он свободно владеет английским языком, поэтому он невероятно свободно обращается со специальной литературой. Человек невероятно целеустремленный, человек, который готов день и ночь быть в операционной и параллельно с этим человек, который, я считаю, очень профессионально проник в основы диагностики современных методов исследования, что крайне важно для проблемы, которой мы сегодня коснулись.

В действительности до наших работ со времен Джеймса Какса отождествлялось 3 признака, сопутствующих фибрилляции предсердий. Основной из них это, конечно, вероятность, возможность тромбоэмболии, нарушение гемодинамики и т.д. И совершенно ни в одной работе никогда не упоминалась значимость вот этой кардиомиопатии от фибрилляции

предсердии, которая сегодня все больше и больше осознается, в том числе, благодаря, наверно, тем работам, которые много лет проводятся в нашем центре. И это была наша доктрина, что этих больным надо изменять внутрисердечную анатомию, иначе, когда мы делаем, например, радиочастотное воздействие, то таким образом мы устраняем очаг, но сам по себе источник возможного продолжения не устраняем, потому что продолжается струя регургитации с вытекающими отсюда последствиями. Другое дело, что мы также являемся противниками того, чтобы вообще делалось радиочастотное воздействие, поскольку вот у меня через несколько дней предстоит доклад на очень таком большом съезде японских кардиохирургов и торакальных хирургов как раз с этой темой – «Хирургическое лечение фибрилляции предсердий: почему и как» называется мой доклад. И там мы демонстрируем случай, когда пятикратное воздействие и там нет фактически миокарда левого предсердия. И Джеймс Какс по этому поводу любит очень шутить, он говорит так, что там нечему фибриллировать, конечно. Соответственно фибрилляция уходит, но синхронность всякая пропадает. Я на эти вопросы стал отвечать тоже, потому что много было вопросов, и вероятней всего, кто-то не получил ответа на свой вопрос. Но реально, если мы хотим человеку обеспечить нормальную качественную жизнь, то мы должны, конечно, убирать не три, а все 4 компонента, которые сопутствуют фибрилляции предсердий и кардиопатии, которая в результате этого возникает.

Я был на очень большом мероприятии в сердце нашей родины, когда там происходило награждением государственными премиями, и слышал такое выражение, что у нас доказано, что фибрилляция предсердий это функциональное состояние. Ну, знаете, я думал, что со мной будет шок. Потому что совершенно очевидно, весь мир потратил на это десятки – сотни миллионов рублей, и много жизней унесло, чтобы доказать, что фиброзы являются источником развития этого макро-реентри.

И диссертация Лаши Давидовича она для скрупулезного, для внимательного человека открывает очень много страниц для понимания этого почти такого же распространенного заболевания, как варикозная болезнь сердца. Поэтому я очень доволен, конечно, этой диссертацией, мы очень довольны самим исполнителем диссертации. Еще раз повторяюсь, что он очень активный, действующий хирург. И я думаю, что не за горами его следующие интересные работы.

Спасибо большое.

Председатель заседания:

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

Ученый секретарь зачитывает:

1. **Заключение организации**, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного научного 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 военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации (отзыв положительный, содержит замечание и 2 вопроса, прилагается).

В ходе ознакомления и изучения разделов диссертационной работы к автору возникли следующие замечания и вопросы:

1. В автореферате и диссертации встречаются единичные опечатки и стилистические неточности.

2. Включались ли в исследование пациенты с гемодинамически незначимыми стенозами коронарных артерий?

3. Во всех ли случаях диагноз тромбоз ушка левого предсердия, поставленный по данным инвазивных методов исследования, подтверждался в ходе операции?

3. Отзывы на автореферат от:

- руководителя кардиохирургического отделения № 2 НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Немкова Александра Сергеевича**;

- кандидата медицинских наук, заведующего кардиохирургическим отделением для взрослых больных с нарушениями ритма сердца ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского» **Бения Роланда Мушниевича**.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

Председатель заседания:

– Прошу Вас ответить на те замечания, которые были сделаны.

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Во-первых, я бы хотел поблагодарить представителя ведущей организации академика Российской академии наук Хубулава Геннадия Григорьевича за тщательный анализ диссертации и за положительный отзыв.

Что касается нюансов, которые были отмечены, то там есть некоторые стилистические особенности, которые у каждого автора свои и могут быть при работе с большими объемами литературы.

Что касается вопроса по включению пациентов с гемодинамически незначимыми стенозами в исследование, то мы старались пациентов включать, хоть и условием является это лишь незначимый стеноз, но мы старались включать пациентов с чистыми коронарными артериями, чтобы в

динамике исключить в дальнейшем компоненты ишемической и митральной недостаточности, например, в случае нарастания бляшек у пациентов с бляшками, допустим, 20 или 30 %.

Что касается второго вопроса, это вопрос о том, подтвердился ли тромбоз, выставленный с помощью компьютерной томографии, на операции и во всех ли случаях, то я отвечу, что во всех случаях он подтвердился, расхождений никаких интраоперационных с данными обследования не было. И мы считаем, что компьютерная томография это очень эффективный, информативный метод предоперационной диагностики пациентов.

Большое спасибо!

Председатель заседания:

– Присаживайтесь, пожалуйста. Теперь мы можем перейти к обсуждению. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Ковалеву Сергею Алексеевичу.

Доктор медицинских наук, профессор Ковалев Сергей Алексеевич (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

В ходе выступления были высказаны следующие замечания и вопросы:

Я хочу остановиться на некоторых моментах, которые, в общем-то, вызывают вопросы, мне кажется, не только у оппонентов, но и уже у членов диссертационного совета, что вызвало определенную дискуссию.

В первую очередь, когда автор описывает большое количество методов коррекции фибрилляции предсердий и пластических вмешательств, нигде не написано об авторской методике пластики митрального клапана по де Вега, пластика митрального клапана нигде не представлена как методика. Но мне кажется, я этот вопрос задавал соискателю, мне был дан ответ о том, что оформляется патент на этот метод. Но, тем не менее, это публичная диссертация, это публичная защита, и методика должна быть представлена. Это раз.

Два. Мне бы, конечно, хотелось еще услышать от соискателя второй момент: каким образом можно говорить об эволюции ремоделирования предсердий и желудочков, если Вы не предоставляете данные об этом? Да, у Вас достаточно длинный период наблюдения от 13 до 54 месяцев, если бы Вы дали в своем исследовании хотя бы данные через год, через два, через три, и эти данные были бы достоверно неразличимы после года, двух, трех, мы говорим, что, например, обратное ремоделирование прошло тогда-то, и оно остается неизменным, но у части пациентов, у которых, Вы говорите, свобода от фибрилляции предсердий 92 %, в какой срок – в срок 54 месяца или в срок 13 месяцев? То есть, конечно, современный анализ, который всегда есть и в Ваших статьях он присутствует, он бы дал возможность не задавать многие вопросы и членам совета. То есть актуарные кривые свободы от фибрилляции предсердий; дальше, динамика ремоделирования предсердий и желудочков было бы очень показательно и только украсило диссертацию.

И третий момент, на котором мне хотелось бы заострить внимание. Все-таки были у Вас пациенты, которым проводилась шовная пластика, которую Вы сравнивали, а аннулопластика либо жестким, либо полужестким кольцом? И были ли различия в динамике митральной регургитации и дальнейшей свободе от фибрилляции предсердий в сроки, которые Вы определяете в диссертации?

Председатель заседания:

– Спасибо, Сергей Алексеевич. Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

- Глубокоуважаемый Сергей Алексеевич! Большое спасибо за детальный анализ этой диссертационной работы.

Отвечая на вопросы, я скажу следующее. Что касается методики, то для нас важно то, за что мы сражаемся, является принцип шовной пластики,

сама уникальность подхода, этого метода, как я уже приводил ранее на слайдах, состоит в сохранении систолической функции фиброзного кольца. Таким образом, благодаря шовной пластике удастся сохранить динамическое движение створок фиброзного кольца в разные фазы сердечного цикла.

Что касается опорных колец, Вы знаете, вообще изначально, когда мы начинали эту работу, мы как и в любой работе столкнулись с рядом подводных камней, которые Вы сразу же с высоты профессорского взгляда вычленили, увидели и обозначили в отзыве.

Что касается наблюдения в динамике пациентов, то мы вызывали пациентов и оценивали их текущую ситуацию, чтобы отразить, что является на данный момент. Первой нашей целью являлся анализ результатов пластики. Что касается левого предсердия, что касается ритма, мы, конечно же, это все смотрели, потому что знали, что будут вопросы по этому поводу и для нас это тоже, безусловно, интересно посмотреть. Но работа по данной теме у нас ведется, потому что у нас в нашем отделении выполняется большое количество таких вмешательств, большое количество исследователей занимается этими вопросами. И, конечно же, в нашей диссертации стоит акцент на пластике, в ряде других работ, проводимых в нашем отделении, стоит акцент на тех или иных аспектах, которые Вы озвучили. Поэтому мы их косвенно отразили в нашей диссертации, но внимание на них не акцентировали.

И я бы отдельно хотел сказать по поводу опорных колец. Что касается опорных колец, то я скажу, что сама идея этой диссертации, сама идея этой пластики – это именно то, что мы противопоставляем ее пластике с помощью опорных колец. Потому что как мы считаем, при использовании опорных колец нарушается систолическое (динамическое) движение фиброзного кольца, и при использовании опорных колец, особенно жестких опорных колец притягиваются, фиксируются базальные участки левого желудочка к опорному кольцу. И поэтому мы выступаем за принцип шовной

аннулопластики, который я и пытался обосновать в литературном обзоре и в практической части своей диссертации.

Но в завершение я хочу Вам выразить свою огромную благодарность за очень детальный анализ этой работы, за то, что Вы приехали из другого города, несмотря на большую занятость. И я искренне признателен Вам! Спасибо.

Председатель заседания:

– Вы удовлетворены ответом?

Доктор медицинских наук, профессор Ковалев Сергей Алексеевич (официальный оппонент):

– Да. Позвольте, я все-таки прокомментирую. Никто не сомневается в функциональности этой пластики, и я понимаю, что есть авторские права. Но если, например, опубликовать эту методику в автореферате, который расходуется тиражом 100 экземпляров, я, может быть, согласен, и страницы ограничены. Но когда Вы делаете диссертацию, которая называется книга и это Ваше дитя, то там методику, наверно, можно было описать и хотя бы нарисовать. Поэтому понятна функциональность, и это тоже замечательно. И как сказала тоже Елена Зеликовна, из первого вопроса и Вашего ответа вытекает ответ на второй вопрос. Вы сказали, поэтому хоть и поставили аннулопластику к шовной пластике, поэтому если бы Вы показали еще, что шовная пластика лучше, и я с Вами согласен, она, конечно, будет лучше, потому что это вторичная митральная недостаточность, это не первичная митральная недостаточность, это не НЕРАЗБОРЧИВО 00:58:40, это ни какие-то другие митральные регургитации, связанные с органикой, а это именно функциональные. Поэтому вот это, мне кажется, было бы очень хорошо.

А вообще я удовлетворен не только ответами, но и работой. Спасибо!

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Большое спасибо! Я лишь скажу, что то, что Вы говорите, это, безусловно, очень интересно, но я считаю, что это тема для нового

исследования, для новой работы, потому что в нашей работе стояли другие цели.

Большое спасибо!

Председатель заседания:

– Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Попову Леониду Валентиновичу

Доктор медицинских наук, профессор Попов Леонид Валентинович
(официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

В ходе выступления был сделан ряд замечаний и вопросов:

Я хотел диссертанту задать вопрос. У него очень хорошо отобрана группа с относительной митральной недостаточностью, где исключена различная патология (миксоматоз, ИБС, ревматизм). Тогда встает вопрос: а во всех ли этих случаях митральная недостаточность имела характерную локализацию? Если механизм нам известен, значит, тогда, получается, мы в принципе знаем, какая локализация будет митральной недостаточности, и можем даже не смотреть дооперационную эхокардиографию, а идти в операционную и делать уже по стандарту, по заложенной методике делать операцию. Однако, мы знаем, когда мы работаем на митральном клапане и делаем пластические операции, всегда до операции хочется знать локализацию недостаточности, ее причину увидеть именно по первичной эхокардиографии, определить все-таки характер этой недостаточности. Например, диссертант показал один пример, там, где створка задняя не прикрывается, создает такой карман. Это что характерно для всей этой группы или все-таки недостаточность имела центральный характер? Если это аннулодилатация, и в большинстве случаев она носит центральный характер, значит, тогда Вы подтверждаете. В диссертации, кстати, я не нашел этого момента – такой детальной характеристики именно степени недостаточности. Вопрос такой в связи с этим: а шовная аннулопластика она может быть

стандартной для всех видов недостаточности на митральном клапане? Поскольку методик много, но почему-то в разных случаях бывает, что приходится применять разные методики, именно исходя из анатомии митрального клапана и локальной ситуации, когда мы интраоперационно при ревизии вначале рассматриваем митральный клапан и все-таки для себя анализируем – а как сформировалась эта митральная недостаточность, точно ли она в этом месте связана? Если мы воздействуем на митральном клапане на заднюю створку – это один механизм; если мы воздействуем на обе створки – это уже другой механизм, и там уже идет разное воздействие на коаптацию.

Очень хороший вопрос затронули и спросил как раз первый рецензент – о сравнительной группе с опорными кольцами. Мягкие опорные кольца в принципе можно рассматривать по аналогии, насколько я понимаю – мягкое опорное кольцо по аналогии с шовной аннулопластикой. Там фиброзное кольцо подвижное, оно не становится жестким и оно сохраняет свои функции. Вопрос следующий. Пластика митрального клапана при различных состояниях, например, ишемической митральной недостаточности, в основу шовной аннулопластики заложен элемент гиперкоррекции, всегда об этом говорили. Например, опорные кольца ставятся, как правило, малого размера (28, 26 и меньше), именно чтобы сделать, максимально сузить фиброзное кольцо и максимально сааптировать створки. Вопрос такой: каких критериев придерживались Вы в своей методике при выполнении шовной аннулопластики митрального клапана? Вы использовали шаблон, тогда шаблон каких размеров? Или это просто шовная пластика просто вдоль фиброзного кольца на случай страховки от дальнейшей дилатации митрального клапана?

Критерии интраоперационные проверялись, например, гидравлической пробой помимо уже того момента, когда заканчивали операцию и выполняли чреспищеводную эхокардиографию? Понятно, что уже когда операция

закончена, ее, как правило, уже не переделывают, оставляю ту митральную операцию, которая есть. И она у Вас есть в принципе – I степени она и оставалась.

Поэтому эти вопросы относительно митральной недостаточности, конечно, это значительный опыт хирурга, выполняющего эти виды пластик, точно для себя понимающего анатомию, точно понимающего конкретную патологию в данном конкретном случае, то есть вот эту митральную недостаточность и владение, конечно, методикой шовной аннулопластики, которая в принципе при неизменном фиброзном кольце она иногда носит и травматичный характер – прорезываются швы, мы это знаем, мягкие ткани. И чтобы сузить кольцо и чтобы сузить митральное отверстие, иногда приходится дотягивать, и мы видим, насколько это бывает иногда травматично.

Председатель заседания:

– Спасибо, Леонид Валентинович. Вам слово, Лаша Давидович, для ответа официальному оппоненту.

Шенгелия. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Леонид Валентинович! Большое спасибо за подробный анализ диссертации, большое спасибо за Ваши, на мой взгляд, дельные замечания, за кардиохирургический взгляд.

Что касается вопросов, то я скажу, что, конечно же, мы проводили всем пациентам детальный анализ клапана. Мы описывали многое в самой работе. Конечно же, учитывая ограничение во времени, мы все картинки, все рисунки не можем привести в этом докладе. Но в целом я скажу, что расширение фиброзного кольца, конечно же, имеется у всех пациентов. Можно сказать, что усредненный вариант приведен был в докладе. Конечно, нужно понимать, что какие-то особенности могут быть у каждого больного, и не у всех больных это центральная регургитация. И именно поэтому, на чем мы акцентировали внимание в диссертации, необходимо проведение

детального предоперационного анализа пациента с помощью эхокардиографии, 2D, 3D эхокардиографии, чреспищеводной эхокардиографии, что позволяет получить для хирурга очень важную информацию с точки зрения анатомии клапана, с точки зрения локализации недостаточности, с точки зрения именно характера регургитации.

Что касается интраоперационных моментов, то я скажу, что в диссертации я описал основные принципы операции, потому что именно они для нас важны. Я скажу, что, конечно же, каждая пластика сопровождается гидродинамической пробой, и оценивалась адекватность работы замыкательных функций клапана в каждой операции. Пластика выполнялась на буже № 28.

Спасибо.

Председатель заседания:

– Вы удовлетворены ответом?

Доктор медицинских наук, профессор Попов Леонид Валентинович (официальный оппонент):

– Да, удовлетворен.

Председатель заседания:

– Спасибо. Присаживайтесь. Кто хочет обменяться мнениями по поводу данной работы среди членов ученого совета? Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Елена Зеликовна Голухова.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Е.З.:

– Уважаемые коллеги! Действительно это интересная очень работа и интересная не только для хирургов, но и для кардиологов. Действительно это очень широкий контингент пациентов с фибрилляцией предсердий и действительно это неутешительные варианты их лечения.

Здесь прозвучало много вопросов. И с каждым ответом диссертант погружался глубже, это естественно рождало еще серию вопросов. А

ситуация такова, что на сегодняшний день не столь очевидной кажется тактика обязательного восстановления синусового ритма, его реставрации и удержания. В попытках сделать это мы иногда допускаем увеличение риска тромбоэмболических осложнений. И разные исследования об этом говорят по-разному. Действительно результаты самого большого исследования SABANA они еще никак не опубликованы, и только в этом году опубликованы. Вы знаете наверняка, именно у больных с сердечной недостаточностью доказано, что удержание синусового ритма, в том числе и с использованием аблации позволяет снизить частоту осложнений в виде прогрессирования сердечной недостаточности и даже кардиальную смертность. Поэтому это первая рекомендация, когда мы лечим таких больных. Но действительно это определенное ремоделирование, и иногда мы говорим об аритмогенной кардиопатии, как Вы сегодня тоже это говорили, но мне понравилось, что Вы ведь используете другой термин, Вы используете термин «аритмогенное ремоделирование кольца» митрального клапана. Вот это очень важно понимать, не всегда это ведь больные как с таковой кардиопатией, потому что фракция выброса пациентов из Вашей группы в среднем составила 61 % до операции. Но это уже такое, видимо, предсостояние со снижением последующим фракции, когда увеличивается кольцо, может быть это один из предвестников. И вот в этом, с моей точки зрения, конечно, определенный интерес, потому что вот такой поэтапный вариант ремоделирования он мало где анализируется. Термин «кардиопатия» используется, а ремоделирование самого фиброзного кольца используется реже. В этом, с моей точки зрения, безусловно, Ваша заслуга и это интересно, поскольку Вы анализируете в основном анатомическую часть впоследствии.

С моей точки зрения аккуратно всё очень проделано. И даже то обилие вопросов и ответов, которые мы сегодня заслушали, это, конечно, в пользу нашего соискателя, безусловно. Потому что проблема очень живая, она ведь

порождает массу всяких спекулятивных суждений. Иногда и предложения по поводу лечения фибрилляции предсердий – иногда создается впечатление, что чем они будут более парадоксальны, тем легче они будут восприняты общественностью для своего, по крайней мере, экспериментального внедрения – такая удивительная ситуация иногда складывается. Но это большая проблема – проблема диагностики фиброза, понимания, насколько это критическое значение для поддержания ритма или для возможности восстановления и удержания синусового ритма. И в этом смысле, я думаю, что Ваши дальнейшие усилия по оценке этих функциональных этапов ремоделирования от дилатации кольца к дилатации полости и обратимости этих изменений это было бы очень здорово.

Мои маленькие рекомендации, если Вы будете это делать, а я уверена, что будете в будущем:

Первая: Ваша вступительная часть из слайда она содержала ссылку на иностранные источники. Уверяю Вас, что касается трехмерных кардиографий, у нас это сделано, и более того, доложено на Европейском съезде в качестве устных докладов и письменных всяческих выступлений о вариантах ремоделирования с позиций, которые Вы сегодня приводили, это вполне мы можем ссылаться сами на себя и это только наша привычка, что за рубежом всё намного лучше.

И второе. Если Вы говорите о смешанной группе больных, а это все-таки смешанная группа больных, которая объединяет по единым критериям включения (это дилатация кольца и отсутствие органического поражения другого митрального клапана), и Вы говорите, что у части больных есть кардиопатия, то лучше, конечно, ее выделить отдельно. Потому что когда мы видим среднюю фракцию выброса 61 %, то естественно, что ты понимаешь, что это не совсем одинаковые группы пациентов.

В отношении возможности подробного представления техники хирургического вмешательства – я от этого дела далека, но понимаю только

одно достаточно ясно, что это такая парадоксальная ситуация – как только ты это публикуешь, ты не можешь это патентовать. Поэтому здесь может быть нужно было это показать но это тоже вполне разумно.

Моя просьба к членам ученого совета работу поддержать, она интересная и главное, что она может быть чрезвычайно перспективная для дальнейшего исследования.

Спасибо.

Председатель заседания:

– Спасибо, Елена Зеликовна. Еще желающие есть? Профессор Муратов Ренат Муратович, доктор медицинских наук.

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

– Чем дольше существует подход к ликвидации фибрилляции предсердий как интервенционный, так и хирургический, хирургическому в последние годы все больше уделяется внимания после какого-то некоторого охлаждения к этим методикам и, конечно, вопрос именно участия атриовентрикулярных клапанов в поддержании фибрилляции предсердий и улучшения отдаленных результатов при ликвидации фибрилляции предсердий, конечно, это очень важная штука.

И меня очень заинтересовала сама по себе стабильность результатов при шовной пластике при достаточно выраженной митральной недостаточности и трикуспидальной. И я думаю, что если говорить о хирургии, я думаю, что вот эта работа, она в значительной степени касаясь трикуспидальной недостаточности, сдвигает нас в сторону более агрессивного подхода к функциональной недостаточности именно этого клапана. И я думаю, что тут совсем недавно вышла работа из авторитетной группы, касающаяся необходимости вмешательства на правых отделах при открытой операции ликвидации фибрилляции предсердий. И было обращено внимание на отсутствие необходимости при нормальной функции

трикуспидального клапана. В то же время наличие дилатированного фиброзного кольца и митрального, и трикуспидального клапана все больше требует и привлекает внимание, и отдаленные результаты показывают положительное влияние этих простых методик. И вот в данном диссертационном исследовании, я считаю, что очень серьезный шаг сделан в отношении трикуспидальной недостаточности и ее участия в дальнейшем в получении стабильных результатов.

Я думаю, что на будущее стоит обратить внимание вот на эту часть правых отделов, поскольку методика, которая принята у нас в институте, она обязательно предусматривает вмешательство на правых отделах, соответственно и судьба трикуспидальной недостаточности она в значительной степени поможет и нам определить точную тактику в отношении подходов к ликвидации функциональной трикуспидальной недостаточности вторичной к порокам и поражению левых камер сердца.

Я целиком поддерживаю эту диссертацию и считаю, что диссертант заслуживает присуждения искомой степени.

Спасибо.

Председатель заседания:

– Спасибо, Ренат Муратович. Лео Антонович Бокерия, академик РАН.

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

– Я думаю, что Лаша Давидович не нуждается ни в каких защитах. Я хочу сказать о другом. На самом деле это очень принципиальный вопрос, который сегодня задела, вообще-то это превратилось в настоящую научную дискуссию сегодняшняя защита диссертации, что, конечно, очень приятно, и большое вам спасибо. Я хотел сказать вот о чем. В действительности сегодня очень много литературы, согласно которой первичным признаком сердечной недостаточности является минимальное повышение давление в системе легочной артерии. Это первая позиция.

Второе. Когда мы ставим кольцо в позицию митрального клапана или трикуспидального клапана, мы фактически делаем то же самое, что когда мы делаем механический клапан – мы его фиксируем. И это было нашим основным побуждением не фиксировать клапанное кольцо вот при этой форме митральной недостаточности. И мы испробовали несколько методик, я могу сказать как человек, который занимался этим с самого начала. Мы делали шовную аннулопластику, например, на трехстворчатом клапане – 2 пальца хирурга и на этих 2 пальцах ассистент и хирург завязывают этот самый шов раньше. В данной работе для этой процедуры использовались специально изготовленные бужи разных размеров, они такие длинные, круглые, и это позволяло иметь совершенно точную эту самую.

Второй момент – какой взять номер нитки? У нас было несколько случаев в отдаленных результатах, когда чем тоньше нитка, тем более подвижным будет клапанное кольцо после операции, это совершенно понятно, но у нас было несколько случаев, когда 4/0 нитка порвалась, и нам приходилось потом повторно оперировать. Поэтому мы перешли на 3/0, а потом перешли на 2/0. Но 2/0 это уже как проволока и она фактически не дает вот этой подвижности, которую вы можете получить при 4/0. Сегодня мы это делаем ниткой 3/0.

Наша методика, и вы правильно подчеркнули, что это должно быть *under size*, поэтому мы никогда не применяем буж более 28 мм. Туго очень затягивается для того, чтобы иметь одинаковые размеры. А что касается трикуспидального клапана, это не совсем Де Вега. Потому что из своего опыта устранения дефектов межжелудочковой перегородки я знаю, как избежать блокады в той зоне, которую Де Вега избегает. Поэтому наша пластика она начинается от левого края коронарного синуса вдоль основания створок, затем она проходит поверху, приходит к латеральному краю коронарного синуса, возврат наверх, и затем другой иглой вы приходите туда, а это делается там наверху для того, чтобы было удобно завязывать.

Вот и всё. И очень приятно было слышать комментарии, естественно очень профессиональные, очень грамотные. Но посмотрим, что нам скажут японцы и другие гости, которым мы будем это показывать.

Спасибо.

Председатель заседания:

– Спасибо, Лео Антонович. Нет желающих больше? (Нет). Тогда Вам предоставляется заключительное слово.

Шенгелия Л.Д. (соискатель):

– Я хотел бы выразить огромную искреннюю личную благодарность директору Центра Лео Антоновичу Бокерия. Лео Антонович, Вы выдающийся человек! Лично для меня как аспиранта, как для выпускника медицинского института это колоссальная возможность большая и большая честь иметь возможность заниматься научной работой под Вашим руководством в стенах этого центра, заниматься клинической деятельностью. Я хочу выразить Вам огромную свою благодарность. Огромное Вам спасибо и низкий Вам поклон!

Я хочу сказать спасибо диссертационному совету за возможность защититься и за возможность защитить диссертацию, большое спасибо! И большое спасибо Динаре Шавкатовне за понимание!

Хочу выразить благодарность сотрудникам центра, с которыми мы работали в процессе написания диссертации.

Я хочу выразить огромную благодарность главному научному сотруднику центра, члену-корреспонденту Российской академии наук Ольге Леонидовне Бокерия. Ольга Леонидовна, большое Вам спасибо! Я хочу сказать, что работая под Вашим началом, я значительно спрогрессировал, я считаю, как ученый, как врач и как личность. Большое Вам спасибо!

Я хочу выразить благодарность руководителю лаборатории обучающих симуляционных технологий Сослану Георгиевичу Хугаеву, во-первых, за возможность в условиях лаборатории развивать свои хирургические навыки

и работая также на симуляторах, клапанах тех же. Для молодого хирурга это она не только позволяет совершенствовать навыки, но и улучшить свое понимание о патогенезе той же недостаточности. И большое спасибо за поддержку!

Я хочу поблагодарить всех сотрудников отделения хирургического лечения интерактивной патологии, с кем мы работаем. Но в отдельности я хочу выразить благодарность своему старшему товарищу, коллеге, кардиохирургу, одному из наиболее ярких представителей среди третьего поколения учеников хирургической школы Лео Антоновича – это Фатулаеву Замику Фахрудиновичу, кардиохирургу с очень высоким уровнем хирургических навыков и нравственных ценностей. Большое спасибо!

Хочу поблагодарить все отделения, с которыми мы взаимодействовали, с которыми мы работали, за помощь, за отзывчивость, за содействие.

Хочу поблагодарить еще раз оппонентов, которые анализировали диссертацию, которые помогли направить, может быть, свои дальнейшие некоторые мысли по поводу этих исследований. Большое спасибо!

И хочу выразить также благодарность своим родителям и семье за большую поддержку.

Спасибо.

Председатель заседания:

– Хорошо. Вопрос передается на тайное голосование. Нам необходимо избрать счетную комиссию. Предлагаются следующие кандидатуры, доктора медицинских наук: Сигаев Игорь Юрьевич, Купряшов Алексей Анатольевич и Диасамидзе Кахабер Энверович. Кто за то, чтобы избрать данный состав, прошу голосовать (голосуют). Кто против? Воздержался? (нет). Принято единогласно. Прошу комиссию приступить к работе.

Происходит процедура тайного голосования.

Председатель заседания:

– Слово предоставляется председателю счетной комиссии Сигаеву Игорю Юрьевичу для оглашения результатов тайного голосования.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю. зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 18 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом Д 001.015.01 от 22 сентября 2017 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук, профессор Сигаев Игорь Юрьевич.

Члены комиссии – доктор медицинских наук Диасамидзе Кахабер Энверович; доктор медицинских наук, профессор Купряшов Алексей Анатольевич.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Шенгелия Лаша Давидовича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

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 18 членов Совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 – 5 человек. Роздано бюллетеней 18, осталось не розданных 5, оказалось в урне 18.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Шенгелия Лаша Давидовичу:

За	- 18,
Против	- нет,
Недействительных бюллетеней	- нет.

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 18 человек (из них по специальности – «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 – 5 человек), участвовавших в заседании из 23 человек, входящих в состав Совета (5 членов Диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – 18, «против» – нет, недействительных бюллетеней нет.

Председатель заседания:

– Кто за то, чтобы утвердить протокол счетной комиссии, прошу голосовать. Против? Воздержались? (нет). Принято единогласно. (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

Прошу Динару Шавкатовну зачитать проект заключения по диссертации, который мы должны утвердить.

Ученый секретарь зачитывает проект заключения Диссертационного совета Д 001.015.01 по диссертации Шенгелия Лаши Давидовича на тему: «Отдаленные результаты коррекции клапанной недостаточности при хирургическом лечении фибрилляции предсердий» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26:

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

разработана оптимальная тактика хирургической коррекции аритмогенной клапанной недостаточности; предложен новый подход к предоперационной диагностике; доказано, что шовная пластика является эффективным методом коррекции клапанной недостаточности согласно отдаленным результатам.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: доказано, что наличие статистически значимого улучшения функции клапана в отдаленном периоде согласно данным эхокардиографии свидетельствует об

эффективности выполненной пластики; применительно к проблематике диссертации результативно использованы современные методы обследования пациентов и статистического анализа; изложены причины летальности пациентов в раннем и отдаленном послеоперационном периоде; раскрыты основные хирургические аспекты выполненных операций коррекции клапанной недостаточности; изучены и структурированы показатели летальности и свободы от осложнений за период динамического наблюдения.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: разработана и внедрена (в практику ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России (г. Москва)) новая тактика хирургического лечения пациентов с аритмогенной клапанной недостаточностью, проведена модернизация алгоритма предоперационной диагностики и обследования пациентов с аритмогенной клапанной недостаточностью; создана система практических рекомендаций для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с фибрилляцией предсердий и клапанной недостаточностью.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: что идея базируется на многолетнем опыте хирургического лечения больных с фибрилляцией предсердий и клапанной недостаточностью в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н.Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации; использованы современные методы сбора и обработки информации, достаточный объем клинического материала (88 пациентов) и корректно выбранные сроки наблюдения.

Личный вклад соискателя Шенгелия Л.Д.. состоит в сборе архивного материала для диссертационной работы, в непосредственном участии в хирургическом лечении, до- и послеоперационном ведении пациентов,

обследовании 88 пациентов и статистической обработке материала, написании основных публикаций по выполненной работе.

Таким образом, Диссертационный Совет на заседании от 22 сентября 2017 года принял решение о присуждении Шенгелия Лаше Давидовичу ученой степени кандидата медицинских наук по специальности сердечно-сосудистая хирургия (14.01.26).

Председатель заседания:

– Кто за то, чтобы утвердить данное заключение по диссертации, прошу голосовать. Кто против? (нет). Воздержался? (нет). Принято единогласно. (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 18, «против» - нет, «воздержался» - нет). Я поздравляю Вас, Лаша Давидович, с успешной защитой диссертации. Желаю дальнейших успехов в науке, в практике и во всех аспектах нашей жизни.

Спасибо всем!

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

22 сентября 2017 г.