

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

СТЕНОГРАММА № 15

заседания Диссертационного Совета Д 001.015.01

от 28 сентября 2018 года

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЗАСЕДАНИЯ:

заместитель председателя
Диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
академик РАН

Подзолков Владимир Петрович

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации
на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Чрагяна Ваге Ашотовича на тему:

«Эволюция хирургии аневризм левого желудочка»

по специальности 14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия

Москва - 2018

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

– По письменному поручению председателя диссертационного совета, доктора медицинских наук, академика РАН Лео Антоновича Бокерия заседание Совета по защите диссертации Чрагяна Ваге Ашотовича на тему: «Эволюция хирургии аневризм левого желудочка» на соискание ученой степени доктора медицинских наук проводит заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Подзолков Владимир Петрович.

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

– Уважаемые коллеги, на заседании Диссертационного совета присутствуют:

№	Ф.И.О.	Учёная степень, шифр специальности в совете	
1	Бокерия Лео Антонович	доктор мед. наук, 14.01.26	Председатель Диссертационного совета
2	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук, 14.01.26	Заместитель председателя Диссертационного совета, председатель заседания
3	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук, 14.01.20	Заместитель председателя Диссертационного совета
4	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук, 14.01.05	Ученый секретарь Диссертационного совета
5	Аракелян Валерий Сергеевич	доктор мед. наук, 14.01.26	
6	Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук, 14.01.05	

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

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 9 членов совета – качественный кворум обеспечен. Разрешите заседание объявить открытым.

На повестке дня у нас защита диссертации Чрагяна Ваге Ашотовича на тему: «Эволюция хирургии аневризм левого желудочка» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

Научные консультанты:

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;

Суханов Сергей Германович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Пермь), директор.

Официальные оппоненты:

Попов Леонид Валентинович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения кардиохирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26);

Баяндин Николай Леонардович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения кардиохирургии Городской клинической больницы № 15 имени О.М. Филатова г. Москвы (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26);

Попов Вадим Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения кардиохирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26).

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова»** Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Слово предоставляется ученому секретарю.

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

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

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

Чрагян Ваге Ашотович (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

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

– Кому угодно задать вопросы в связи с докладом среди членов Ученого совета? Пожалуйста, доктор медицинских наук Сокольская Надежда Олеговна.

Член диссертационного совета, доктор медицинских наук Сокольская Н.О.:

– Спасибо большое за очень интересный доклад. У меня вопрос очень простой. Вы в своем докладе указали и в диссертации это, видимо, тоже

отражено, но расскажите подробнее, какие технологии Вы использовали при расчете максимального объема левого желудочка в результате реконструкции. Это первый вопрос.

И второй вопрос. Вы показали, что идет улучшение насосной функции миокарда в результате выполненной операции. Но цифры, в общем-то, не очень – было 34, стало 36, 38. Вот этот вопрос прокомментируйте, пожалуйста.

Чрагян В.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Надежда Олеговна! Спасибо большое за вопросы. По первому вопросу, как мы рассчитывали. Мы делали каким образом? Мы сопоставили все методики: это эхокардиография как трансторакальная, так и чреспищеводная эхокардиография; большинству больных мы выполняли также МРТ сердца и вентрикулографию. И сопоставив все эти методики, и посмотрев на чреспищеводную эхокардиографию вместе со специалистом ультразвуковой диагностики, мы принимали решение, какой придерживаться методики реконструкции левого желудочка и в основном митрального клапана.

Второй вопрос по поводу фракции выброса левого желудочка. Сразу после операции получается хороший результат в отношении фракции выброса левого желудочка. Но в отдаленном периоде фракция выброса снижается. Видимо, объем левого желудочка становится больше, и за счет этого фракция снижается. Потому что сразу после коррекции и КДО маленький получается и фракция выброса за счет этого больше. И в отдаленном периоде такое снижение фракции выброса я только с этой причиной связываю.

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

– Спасибо большое.

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

– Еще, пожалуйста. Профессор К.В. Шаталов.

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

– У Ваге Ашотовича очень большой материал. У меня есть пара вопросов. Вопрос № 1 касательно названия диссертации. Если можно, кратко, в чем же состоит эволюция хирургии аневризм левого желудочка? Так называется Ваша диссертация.

И второй вопрос: какое место в Вашей лечебной тактике занимает клапанное протезирование митрального клапана у больных с ишемической митральной недостаточностью?

Чрагян В.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Константин Валентинович! Спасибо большое за вопросы. Первый вопрос касательно эволюции хирургии аневризм левого желудочка. Здесь мы рассмотрели как эволюционные методы все методики реконструкции левого желудочка, так и реконструкции на митральном клапане. То есть как Вы видели, есть методики и по Dor, по Cooley, по Stoney, и здесь использовали и предсердный доступ, и через левый

желудочек. То есть мы, сопоставив все эти методики, получили эволюцию, с чего все начиналось, и в настоящий момент какими методами мы пользуемся.

И второй вопрос по протезированию митрального клапана. У нас у троих больных было протезирование после неудачной пластики, но их мы не включили в исследование.

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

– Еще вопросы, пожалуйста, есть? Профессор Алшибая Михаил Михайлович.

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения хирургического лечения ИБС ФГБУ «НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева» Минздрава России Алшибая М.М.:

– В продолжение дискуссии и вопроса Константина Валентиновича. Были ли неудачи в пластике, когда приходилось протезировать клапан, и какой процент?

Чрагян В.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Михаил Михайлович! Спасибо большое за вопрос. У трех больных была такая ситуация, когда наша пластика оказалась неэффективной, и тогда мы вынужденно шли на протезирование.

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения хирургического лечения ИБС ФГБУ «НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева» Минздрава России Алшибая М.М.:

– Тогда я так задам вопрос: вообще существуют показания к первичному протезированию у больных с ишемической митральной недостаточностью? Или Вы считаете, что всегда можно обойтись пластикой? Все же есть критерии, появляется в последнее время большое количество публикаций, которые показывают преимущество протезов именно при ишемической митральной недостаточности, поскольку они обеспечивают надежную запирательную функцию. Как Вы считаете, есть показатели к первичному протезированию у этих больных митрального клапана?

Чраган В.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Михаил Михайлович! Спасибо за вопрос. Мы учитывали все параметры, и я их перечислил. И когда уже есть структурные изменения створок подклапанных структур, и когда при комплексной оценке мы смотрим, что...

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения хирургического лечения ИБС ФГБУ «НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева» Минздрава России Алшибая М.М.:

– Показания есть конкретные?

Чраган В.А. (соискатель):

– Показания: фиброзное кольцо больше 40 мм и натянутость подклапанных структур, хорд и большой объем операции. Здесь, к сожалению, нельзя ошибаться, потому что после неудачной пластики делать протезирование это больные очень плохо переносят.

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения хирургического лечения ИБС ФГБУ «НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева» Минздрава России Алшибая М.М.:

– Был такой критерий глубина коаптации больше 1 см. Есть ли все-таки какие-то четкие признаки?

Чрагян В.А. (соискатель):

Четких критериев, чтобы четко сказать, что здесь надо делать протезирование, нет, к сожалению.

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

– Есть, пожалуйста, вопросы. Может у присутствующих? Нет больше вопросов? (Нет). Спасибо, присаживайтесь.

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

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

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного 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 учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (отзыв положительный, не содержит замечаний, прилагается).

3. Отзывы на автореферат от:

- главного врача ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Минздрава России (г. Калининград), заслуженного врача России, доктора медицинских наук, профессора Шнейдера Юрия Александровича;

- директора клиники аортальной и сердечно-сосудистой хирургии, профессора кафедры госпитальной хирургии № 1 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Комарова Романа Николаевича;

- заведующего научным отделением неотложной кардиохирургии, вспомогательного кровообращения и трансплантации сердца ГБУЗ г. Москвы «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы», доктора медицинских наук Соколова Виктора Викторовича;

- заведующего отделением кардиохирургии № 1 ФГБУ «Российский научный центр хирургии имени Б.В. Петровского», доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАН Чарчяна Эдуарда Рафаэловича;

- главного врача ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», доктора медицинских наук Горячева Владимира Владимировича;

- заведующего кардиохирургическим отделением Городской больницы № 81 им. В.В. Вересаева ДЗ г. Москвы, доктора медицинских наук Цыгельникова Станислава Анатольевича;

- профессора кафедры сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», доктора медицинских наук, профессора Авалиани Виталия Мемедовича;

- заведующего кафедрой кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии института последипломного образования ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктора медицинских наук, доцента Хохлунова Сергея Михайловича;

- профессора кафедры кардиологии и кардиохирургии с курсом скорой медицинской помощи института непрерывного профессионального образования ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Горбатикова Кирилла Викторовича;

- заведующего кафедрой госпитальной хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Северо-Кавказской государственной гуманитарно-технологической академии, руководителя регионального сосудистого центра Карачаево-Черкесской Республики, заведующего отделением сердечно-сосудистой хирургии, доктора медицинских наук Темрезова Марата Бориспиевича.

Все отзывы положительные, замечаний не содержат (прилагаются).

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

– Поскольку замечаний нет, мы можем перейти к обсуждению. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Попову Леониду Валентиновичу.

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

В ходе выступления и в том числе в самом отзыве оппонентом был задан ряд вопросов и высказано пожелание:

– Диссертант взял хорошие группы, хороший материал, достаточный для сравнения. Группы выделены достаточно четко: это группа с конструкцией на митральном клапане через левое предсердие; вторая группа это доступ через левый желудочек; и третья группа аортокоронарное шунтирование и реконструкция левого желудочка без вмешательств на митральном клапане. Здесь у меня возник ряд вопросов, может быть, сомнений. Диссертант, возможно, мне потом ответит. Как указано и в диссертации, и в автореферате, во всех 3 группах больным выполнялось уменьшение расстояния между папиллярными мышцами во избежание остаточного избыточного натяжения хордального аппарата и нарушения коаптации митрального клапана. Опять же возвращаясь к первоначальному делению групп, в третьей группе вмешательств на митральном клапане не было. Если мы оговорим, а что такое митральный клапан – это комплексная структура по анатомии, куда входит фиброзное кольцо, створки, хорды и папиллярные мышцы. И если мы вмешиваемся на папиллярных мышцах, сближая их, мы тем самым уже выполняем реконструкцию на митральном клапане. Уже идет реконструкция. И есть виды вмешательств при аортальной недостаточности, докладываемые в Вашем центре, где именно выполнялось

это вмешательство. Поэтому здесь возможно Вы поясните мне, почему этот аспект компонент реконструкции митрального клапана, Вы считаете, что это не является непосредственным вмешательством на самом клапане?

Следующий момент. При коррекции аневризмы опять же по Вашему материалу, по Вашим данным Вы использовали наложение кисетного шва на основание аневризматического мешка, после использования внутрисердечного шаблона для определения остаточного объема конечного диастолического объема. Я сейчас перейду немножко попозже к этому вопросу, потому что я как раз хотел задать тоже аналогичный вопрос, это был один из первых вопросов по поводу показателей гемодинамики, объемов в послеоперационном периоде. Какой шаблон Вы использовали? И на какие параметры этого шаблона Вы ориентировались? Потому что даже на европейском съезде, когда там проходила конференция, и спрашивали зал: «Кто использует шаблон?», оказалось, что процентов 80 или 90 работают без шаблона. Но, несмотря на это, все-таки на какие показатели шаблона Вы ориентировались и на какой остаточный конечный диастолический объем, если Вы вообще ориентировались, тоже какие цифры для этого Вами применялись?

Чем определялась тактика выбора доступа в первой и второй группе? В Вашем резюме Вы показали, что основной выбор методики определялся уже после вскрытия, то есть интраоперационного этапа. Получается так, что в принципе уже только после вентрикулотомии определялся доступ к вмешательству на митральном клапане (или через желудочек, или через предсердие). А все-таки есть ли критерии, по которым уже изначально можно сказать, каким доступом Вы пойдете – предсердным или чресжелудочковым? Или это такой стихийный вариант, который Вы также рекомендуете решать

вопрос интраоперационно на усмотрение хирурга, его опыта и знаний и т.д. и т.д.?

Дальше у Вас достаточно большой материал идет по оценке результатов данных видов вмешательств с точки зрения оценки параметров эхокардиографии и параметров гемодинамики. Здесь тоже возникал ряд вопросов. Возможно, они были связаны с какими-то особенностями, но я тоже обратил внимание на то, что ряд параметров между первой, второй и третьей группой в динамике особо не менялся. И здесь не только показатели фракции выброса, а, например, показатель размеров динамики левого предсердия. Если мы возьмем первую группу, то до и после вмешательства размеры левого предсердия были 45 и 43 мм, то есть практически одинаковые. Ваш бывший шеф С.Г. Суханов, когда-то выступая на съезде, докладывал результат о пластиках митрального клапана – 1500 случаев, где перечислял в том числе, какие компоненты пластики левого предсердия туда входят, кроме перевязки ушка левого предсердия это, в том числе и ушивание межпредсердной перегородки при атриальном доступе. По сути дела, выполняя коррекцию митрального порока, Вы выполняли одновременно и пластику левого предсердия. И в то же время никаких изменений по размерам нет. Чем бы Вы могли бы объяснить отсутствие подобной динамики?

Динамика конечного диастолического объема по группам тоже для меня это очень интересно, поскольку и группы интересные. Но в то же время, смотрите, первая группа конечный диастолический объем до вмешательства – 247 мл, после вмешательства – 187 мл. Опять возвращаясь к началу своих вопросов, когда Вы говорили о шаблоне, на какой шаблон Вы ориентировались, что после того, как Вы смоделировали левый желудочек, у Вас конечный диастолический объем остался в пределах практически 190

мл? 190 мл конечный диастолический объем после пластики левого желудочка. Вы ориентировались на шаблон или это было ситуационно? И разница между показателями КДО до и после вмешательств получилась где-то около 60 мл, хотя это группа, где были максимальные размеры левого желудочка (практически 250 мл), то есть там, где можно наоборот смело выполнять большой объем резекции, уменьшая там как минимум 100-150 мл убирать, оставляя до 100 мл. У нас больше возникает проблем, когда КДО остается меньше 100 мл, 70 мл – вот тогда уже начинаешь думать – не стоит ли перешивать? А здесь остаточный объем 190 мл. И как бы Вы тоже объяснили такую динамику в первой группе? Но во второй группе тоже 170 мл, тоже достаточно большой конечный диастолический объем.

Во всех группах также было статистически недостоверно увеличение ударного объема. Но здесь можно думать о том, что изначально ударный объем у пациентов с митральной недостаточностью, которую Вы корректировали, он был непоказательный, потому что он складывался из выброса в аорту и выброса в левое предсердие. Поэтому здесь ожидать значительного увеличения, возможно, было и нельзя.

Достаточно хорошо у Вас в диссертации показана динамика всех показателей эхокардиографических критериев, которые определены для контроля за оценкой коррекции митральной недостаточности и показателей гемодинамики. Конечно, это интересно посмотреть, как происходит в отдаленные сроки моделирование левого желудочка. Потому что интраоперационно, да, мы создаем оптимальную ситуацию, создаем, формируем оптимальную форму левого желудочка, но в послеоперационном периоде в отдаленные сроки все-таки моделирование происходит. И здесь, конечно же, интересно будет, и на Вашем материале это видно, я и думаю, что и дальше это можно будет посмотреть, в какие сроки все-таки

происходит формирование этого моделирования, когда начинают появляться признаки сердечной недостаточности. Они все равно в отдаленные сроки потихоньку появляются.

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

– Пожалуйста, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Чрагян В.А. (соискатель):

- Глубокоуважаемый Леонид Валентинович! Спасибо большое за столь детальное изучение моей работы. Я постараюсь ответить на все вопросы, которые у Вас возникли.

По поводу того, что в третьей группе не было вмешательств на митральном клапане. Здесь мы учли вмешательства именно на створках, фиброзном кольце митрального клапана. А в третьей группе, как я указал в докладе, всем пациентам мы делали пликацию папиллярных мышц и накладывали кисетный шов, тем самым сближая эти структуры, чтобы в дальнейшем не прогрессировала митральная недостаточность.

Что касается использования шаблона. У нас в исследовании пациенты с 2009 года. Шаблоны используются только в последние годы, раньше их не было, мы ориентировались, как уже сказали, на опыте хирургов, понимании геометрии, рубцовых зон левого желудочка.

По поводу критериев доступа к митральному клапану. Здесь мы, конечно же, ориентировались на конечный диастолический объем. Потому что чем больше объем левого желудочка, тем больше и лучше визуализация, рассмотрение подклапанных структур, створок, фиброзного кольца

митрального клапана. И уже интраоперационно решали. После вентриколотомии все равно нельзя изначально четко сказать, что, да, у этого пациента я буду делать реконструкцию митрального клапана через левый желудочек – так, наверно, на 100 % сказать нельзя. Такой подход.

Касательно вопроса по размерам левого предсердия. Да, есть у нас работы, которые вышли из нашего центра (г. Пермь), где выполняли работы по циркулярной редукции левого предсердия. Но у нас не стояла такая задача, чтобы уменьшить левое предсердие. Есть группа больных, у которых была фибрилляция предсердий, то есть этот механизм, который запустил увеличение предсердий, мы этих больных не включили в исследование.

И по поводу конечного диастолического объема в послеоперационном периоде. Мы смотрели этот показатель сразу после операции и в отдаленном периоде и отметили этот факт, что конечный диастолический объем в отдаленном периоде все равно увеличивается, и здесь также идет прогрессирование умеренной митральной недостаточности вследствие увеличения объема.

В целом я хотел поблагодарить Вас за детальный анализ моей работы, положительный отзыв. Спасибо большое?

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

– Вы удовлетворены ответом?

**Доктор медицинских наук, профессор Попов Л.В. (официальный
оппонент):**

– Да, спасибо.

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

– Тогда слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору Баяндину Николаю Леонардовичу.

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

В ходе выступления оппонентом был задан ряд вопросов и сделаны замечания:

– У меня вопрос: сколько хирургов выполняет эти операции? Потому что эти операции носят абсолютно эксклюзивный характер и пациенты представляют собой самый тяжелый контингент, что отражено в статистическом материале.

Замечания по обзору литературы:

- Когда Вы даете в работе иллюстрации, не совсем понятно, это иллюстрации автора, либо они заимствованы из других журналов. И тогда внизу все-таки надо писать, что из другого журнала, либо что свои иллюстрации;

- Очень подробный исторический экскурс, например, даже автор говорит по поводу малоинвазивного забора аутовенозных трансплантатов при обсуждении ишемической болезни сердца, хотя в диссертации пациентов с малоинвазивным забором аутовенозных трансплантатов нет; может быть, не имело смысл говорить так углубленно, обсуждать этот вопрос.

- В литобзоре говорится, что аутоартериальное шунтирование преимущество перед аутовенозным. 10-15 % от общего количества пациентов, прооперированных по поводу ишемической болезни сердца, используются множественные аутоартериальные трансплантаты. Ничего не имею против них, но это так.

По хронологии все-таки есть вопросы по диссертации. В начале идут показания, диагностика.

Потом вопрос по анестезиологии и кардиоплегии. У них вообще результаты, я просто снимаю шляпу: за 60 минут это надо сделать резекцию аневризмы, поставить 3 шунта и сделать пластику клапанов, на все уходит 60 минут. Это рекомендация не для всех, я не знаю, сколько хирургов за такое время сделает. Кардиоплегия выходит на одно из первых мест у этих пациентов. Кроме того, Вы говорите, что у 30 с лишним процентов пациентов идут аритмогенные осложнения после этих операции – это тоже вопрос кардиоплегии и вопрос: какой клапан ставить механический, либо пластику делать у этих больных. Потому что мы прекрасно понимаем, что механический клапан при нарушениях ритма у тяжелого пациента, да еще нарушение ритма на 2-е-3-и сутки, да еще механический клапан – проблем будет достаточно много, мне кажется. Это по поводу того, что предпочитать: аннулопластику или клапан.

По поводу кардиоплегии еще раз. Кровяная плегия, я так понял, это постоянное введение теплового раствора или прерывистое введение? Холодовая плегия это кустодиол или что? Нет этой четкости. Но за час можно работать и на холодовой, и на кровяной плегии, это будет нормально.

По поводу трансвентрикулярной пластики из предсердия в первой группе, 55 больных – это опять эксклюзив. У каждого хирурга, кто хорошо владеет методикой, пусть делает трансвентрикулярную пластику. Но мне

кажется, это очень сложно, это должна быть большая вентрикулотомия, большой левый желудочек. Для меня, например, намного проще сделать двухпредсердный доступ, тем более, если увеличено предсердие. Конечно, Сергей Германович был очень хорошим мануальщиком. Но рекомендовать для широкого круга врачей использование трансвентрикулярной пластики я бы не решился.

В основном Вы используете пластику левого желудочка по Dor. В принципе это оправдано, хотя говорят, что линейная пластика (по мнению Новосибирского центра) не сильно отличается от пластики по Dor. Хотя для того контингента, который вы приводите для пластики по Dor в количестве 100 человек, вероятно, данная пластика предпочтительнее. Тогда вопрос по данной пластике по заплате: Вы многослойные заплаты используете, какой материал используете в качестве заплаты при выполнении пластики по Dor?

Касаясь дискуссии, вопроса по поводу того, надо делать трансвентрикулярную пластику или не надо? Какие критерии, размеры предсердия? Мне кажется, мы забываем один из критериев – это давление в легочной артерии, это достаточно объективный фактор. Все больные, как правило, имеют недостаточность кровообращения, скрытая, компенсированная, но она точно присутствует. Степень недостаточности кровообращения это важный критерий помимо размеров. Как только повышается легочное давление за 40-50 мм, эти пациенты крайне опасны в плане послеоперационного периода, потому что с левожелудочковой недостаточностью можно справиться тониками, баллонами, вы ставите баллоны где-то около 20 %, все нормально. А вот с легочной гипертензией и митрализацией левожелудочковой недостаточности бороться очень сложно. И еще хочу отметить, что у данных пациентов все-таки чего мы боимся кроме легочной гипертензии – мы боимся нарушения ритма. Потому что, как

правило, Вы сами говорите, что более чем у 30 % наджелудочковые и желудочковые нарушения ритма, и у пациентов с митральной недостаточностью даже после пластики и с компрометированным левым желудочком это их убивает, как правило. Если удастся избежать нарушения ритма, то результаты совершенно отличаются от тех больных, у которых появляются нарушения ритма (как правило, это происходит на 2-е-3-и сутки), и бороться с этими нарушениями ритма достаточно сложно.

По выводам есть замечания. Там «плывет» материал, потому что сначала идет диагностика, потом часть какая-то хирургия, потом результаты, потом снова что-то из другой части и т.д.

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

– Спасибо, Николай Леонардович.

Чрагян В.А. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Николай Леонардович! Спасибо за столь подробное изучение моей работы. По поводу вопросов, которые Николай Леонардович задал.

Я хотел приобщить весь материал как методики развития и коронарной хирургии реконструктивных операций на левом желудочке и на митральном клапане.

По кардиоплегии. Последние 5 лет мы пользуемся кровяной кардиоплегией по методике Калафиори, используем как антеградное введение селективное, и ретроградное то же. И до этого пользовались как

кустодиолом, так и Сергей Германович внедрил в нашу клинику раствор Святого Томаса, и мы этим раствором пользовались.

По поводу заплат. Мы используем заплату из декрона.

И по поводу параметров легочной гипертензии и размеров левого предсердия это тоже мы все учли. И во всех последующих выводах, какой методики придерживаться, эти параметры тоже там присутствуют.

И хотел поблагодарить Николая Леонардовича за столь подробный анализ, за положительный отзыв. Спасибо большое.

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

– Вы удовлетворены ответом, Николай Леонардович?

**Доктор медицинских наук, профессор Баяндин Н.Л. (официальный
оппонент):**

– Да, спасибо.

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

– У нас отсутствует по уважительной причине еще один официальный оппонент – это Попов Вадим Анатольевич. Но в Ученом совете есть его письменный отзыв. Динара Шавкатовна, зачитайте, пожалуйста.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает отзыв официального оппонента, доктора

медицинских наук, профессора Попова В.А. (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

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

– Вам слово для ответа.

Чрагян В.А. (соискатель):

– Поскольку Вадим Анатольевич не присутствует здесь, хотел поблагодарить за положительный отзыв. Мы все эти вопросы обсуждали. Все рекомендации будут в последующих работах учтены. Спасибо большое.

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

– Теперь можем перейти к обсуждению. Кто хочет обменяться мнением по поводу данной работы среди членов Ученого совета? Профессор Алшибая Михаил Михайлович.

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения хирургического лечения ИБС ФГБУ «НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева» Минздрава России Алшибая М.М.:

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович, глубокоуважаемый Лео Антонович, члены Ученого совета! Вы слышали из справки, которую дала Динара Шавкатовна, что Ваге Ашотович работал в нашем отделении, защитил диссертацию в нашем отделении, кстати, по теме довольно близкой

к тому, что мы сегодня слышали, касающейся ишемической митральной недостаточности.

Я давно знаю этого человека и могу вам сказать, что он с самого начала, как только появился в нашем институте, отличался целеустремленностью, такой жаждой, или даже я бы сказал, страстью к хирургии, к тому, чтобы выполнять самостоятельно хирургические вмешательства. Успешно, повторяю, защитил кандидатскую диссертацию. Конечно, он не мог получить в нашем отделении в полном объеме хирургию. И вот он принял такое решение, отражающее его личностные характеристики и переехал в город Пермь и начал работать в клинике, которой руководил мой близкий друг и наш замечательный хирург, все вы его прекрасно знаете, к сожалению, безвременно нас покинувший, Сергей Германович Суханов.

И вот какой он сделал замечательный прогресс – он заведует отделением, делает большое количество операций. И мне очень приятно, что наше отделение стояло где-то у истоков этой такой карьеры в хорошем значении этого слова.

Теперь что касается проблемы. Я вообще должен сказать так, что, конечно, выраженная ишемическая митральная недостаточность у пациентов с постинфарктным ремоделированием левого желудочка это может быть самая большая или одна из самых больших проблем коронарной хирургии. И действительно, как подчеркнули и все оппоненты, и как это указано во введении диссертации, нет сегодня единого взгляда на эту проблему. Это крайне тяжелые больные. У меня даже есть такое, но это не научно обоснованное положение, но все-таки когда мы видим выраженную митральную регургитацию больного с большими рубцовыми полями постинфарктными, это в каком-то смысле даже может быть признаком вообще неоперабельности этого больного, невозможности выполнить

реконструкцию. Мы часто видим митральную недостаточность такую выраженную при наличии двух рубцов в передней и задней стенке левого желудочка. Короче говоря, это действительно очень сложная проблема.

И приятно, что нам были продемонстрированы такие хорошие результаты. Конечно, я понимаю, что они в полной мере не отражают материал. Потому что больные, у которых не получилась пластика, или в отношении которых с самого начала было ясно, что нужно делать протезирование клапана, они не вошли в эту группу, соответственно мы не знаем, какие там были результаты.

Как вы видели уже из выступлений официальных оппонентов, вопросов к диссертации много. И я задавал вопросы. Но это ни в коей мере не снижает ее ценность и ее значение. И вообще абсолютно понятно, что докторская диссертация даже самая прекрасная не может дать ответы на все вопросы, тем более, в такой глобальной проблеме.

Но я считаю, что эта работа, то, что я сегодня здесь услышал, это очень важный шаг в нашем понимании этой проблемы на пути к ее разрешению. Я просто поздравляю Ваге Ашотовича с этой работой и думаю, что все члены Ученого совета поддержат эту работу.

Спасибо за внимание.

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

– Спасибо, Михаил Михайлович. Кто еще хочет обменяться мнением по поводу данной работы среди членов Ученого совета? Присутствующих? Нет желающих. Тогда Вам предоставляется заключительное слово.

Чрагян В.А. (соискатель):

– Спасибо большое. Хотел бы поблагодарить Центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева в лице его директора Лео Антоновича Бокерии за поддержку, всяческую помощь и напутствия, Диссертационный совет Бакулевского центра, членов Диссертационного совета.

Также хотел поблагодарить своих оппонентов, ведущую организацию за положительный отзыв.

И в лице Лео Антоновича Бокерии как близкого друга Сергея Германовича Суханова, к сожалению, не могу ему спасибо сказать, в лице их спасибо Сергею Германовичу Суханову тоже.

Хотел поблагодарить свою семью за поддержку, понимание.

Спасибо всем!

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

– Вопрос передается на тайное голосование. Нам необходимо избрать счетную комиссию. В нее предлагаются доктора медицинских наук, профессора: Ключников Иван Вячеславович, Камбаров Сергей Юрьевич и Маликов Виктор Евсеевич. Кто за то, чтобы именно выбрать данную счетную комиссию избрать, прошу поднять руки (голосуют). Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. Прошу тогда комиссию приступить к работе.

Происходит процедура тайного голосования.

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

– Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Маликову Виктору Евсеевичу для оглашения результатов тайного голосования

**Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук,
профессор Маликов В.Е.** зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 15 заседания счетной комиссии, избранной
Диссертационным советом Д 001.015.01 от 28 сентября 2018 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук, профессор
Маликов Виктор Евсеевич.

Члены комиссии – доктор медицинских наук Камбаров Сергей
Юрьевич; доктор медицинских наук Ключников Иван Вячеславович.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по
диссертации Чрагяна Ваге Ашотовича на соискание ученой степени доктора
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 – 9 человек. Роздано бюллетеней 18, осталось не розданных – 5, оказалось в урне – 18.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени доктора медицинских наук Чрагяну Ваге Ашотовичу:

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

– Кто за то, чтобы утвердить протокол счетной комиссии, прошу поднять руки. Кто против? (Нет). Воздержался (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно).

Нам необходимо также утвердить проект заключения диссертации. Зачитайте проект, пожалуйста, Динара Шавкатовна.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает проект заключения Диссертационного совета Д 001.015.01 по диссертации Чрагяна Ваге Ашотовича на тему: «Эволюция хирургии аневризм левого желудочка» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26:

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: впервые в стране на большом клиническом материале изучены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения сочетанной патологии, больных с аневризмой левого желудочка с сопутствующей ишемической митральной недостаточностью. Показано, что разработка и клиническое применение хирургической тактики, основанной на одномоментной коррекции аневризмы левого желудочка, устранении ишемической митральной недостаточности, и реваскуляризации миокарда имеет хорошие непосредственные и отдаленные результаты и огромное значение для науки и практики. Впервые проведено сравнение эффективности трансвентрикулярного и левопредсердного доступов к митральному клапану у пациентов с постинфарктной аневризмой левого желудочка, осложненной митральной недостаточностью. В ходе исследования сопоставлены эволюционная этапность как методов устранения митральной недостаточности, так и методов реконструкции левого желудочка, что позволило обеспечить максимально возможную физиологичность и эффективность предлагаемых методов коррекции. Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: приведено патофизиологическое обоснование влияния объема сочетанных хирургических вмешательств, время ишемии миокарда на выживаемость у пациентов высокого риска. Раскрыты отрицательные и положительные

стороны каждого из изученных методов реконструкции левого желудочка, пластики митрального клапана и коронарного шунтирования, у пациентов высокого хирургического риска. Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: разработан и внедрен в ряде отделений ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России хирургический подход обследования и лечения пациентов с осложненными формами ИБС. Изложены теоретические положения, согласно с отечественными и зарубежными клиническими исследованиями, посвященными изучению у пациентов высокого хирургического риска с аневризмой левого желудочка и сопутствующей митральной недостаточностью и проблемы одномоментной реваскуляризации миокарда, реконструкции левого желудочка и митрального клапана. Оценка достоверности результатов исследования выявила, что автором использованы современные и высокоинформативные функционально-диагностические и статистические методы исследования, современные методики инструментальных исследований, сбора и статистической обработки информации, достаточный большой объем клинического материала (139 пациентов с осложненными формами ИБС высокого хирургического риска). Все это позволило сформулировать и обосновать выдвигаемые научные положения, выводы и практические рекомендации которые обоснованы и соответствуют поставленным задачам исследования и отражают главные итоги научного труда. Они могут быть использованы в работе кардиохирургических центров, занимающихся лечением больных с осложненными формами ИБС. Личный вклад соискателя состоит в сборе и в анализе данных ретроспективного и проспективного материала, полученных при непосредственном участии в проведении оперативного лечения у данной категории пациентов с аневризмой сердца и

митральной недостаточностью, обработке материала с применением статистических методов исследования, анализе литературных данных, написании основных публикаций по выполненной работе.

Таким образом, на заседании 28 сентября 2018 года диссертационный совет принял решение присудить Чрагяну Ваге Ашотовичу ученую степень доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия».

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

– Кто за то, чтобы утвердить данный проект заключения, прошу поднять руки. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 18, «против» - нет, «воздержался» - нет). Ваге Ашотович, я поздравляю Вас с успешной защитой диссертации, желаю Вам дальнейших научных 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

28 сентября 2018 г.