

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

ЗАСЕДАНИЕ
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
28.09. 2016 года, протокол № 32 /2016- 15

Повестка дня:

Защита диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
КУЛУМБЕГОВА Олега Иналовича
на тему: «Реконструкция пути оттока из правого желудочка при процедуре Росса у взрослых пациентов различными типами кондуитов»,
научная специальность 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия

Научный руководитель:

д-р мед.наук, проф., академик РАН, КАРАСЬКОВ Александр Михайлович

Официальные оппоненты:

д-р мед. наук, проф. МУРАТОВ Равиль Муратович;

д-р мед. наук КОЗЛОВ Борис Николаевич

Ведущая организация:

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского»

Диссертация принята к защите 29.06. 2016 г.

Дата размещения автореферата и объявления о защите диссертации в сети Интернет:
01.07.2016.

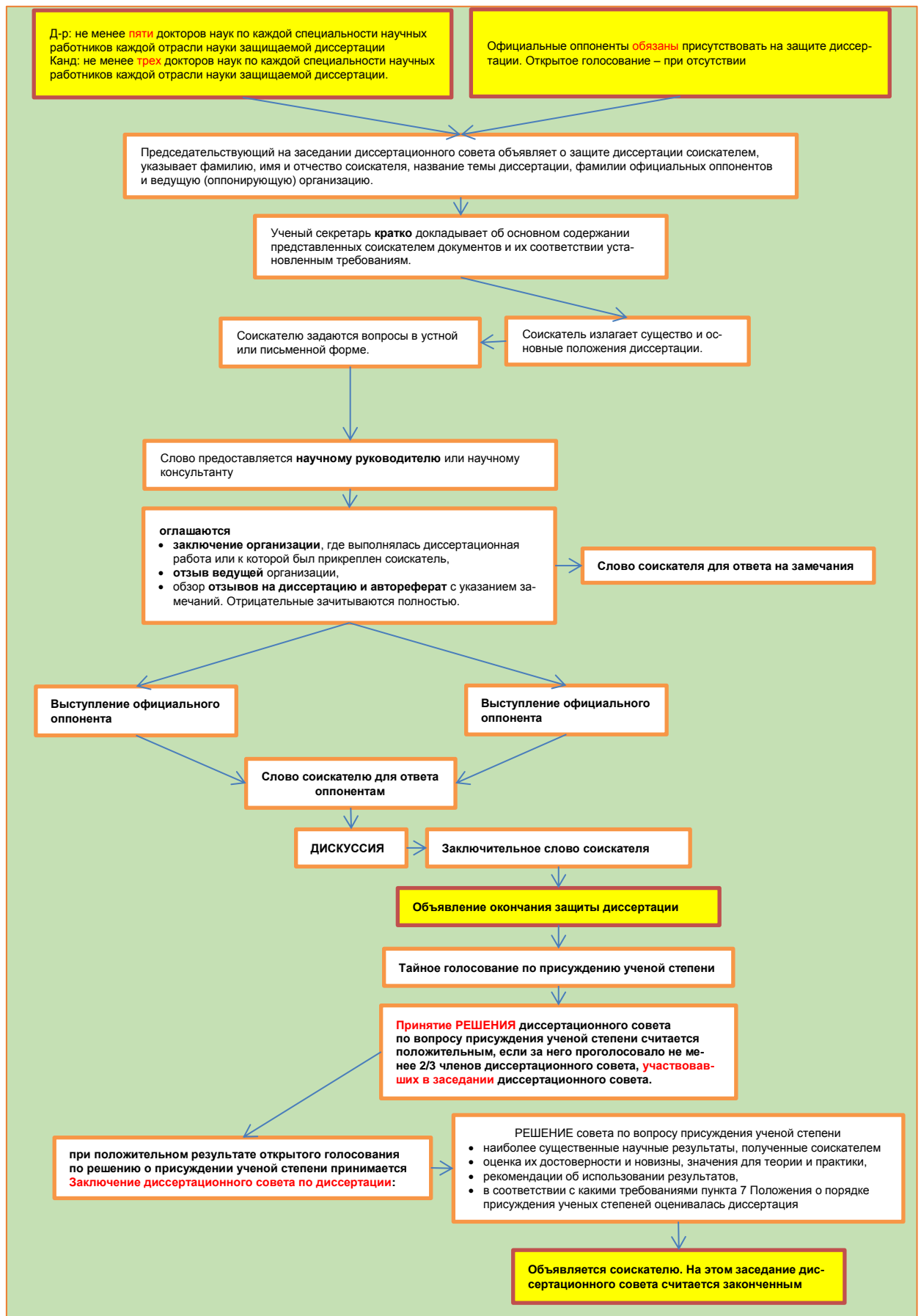


Рис. 1. Структура заседания диссертационного совета при защите диссертации

З А С Е Д А Н И Е
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
 28.09. 2016 года, протокол № 32 /2016- 15

По письменному распоряжению председателя Совета (приложено в аттестационное дело №2), заседание проводит заместитель председателя совета

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ – доктор мед. наук, профессор **ЛОМИВОРОТОВ Владимир Владимирович**

УЧЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ – доктор мед. наук, профессор **Ленько Е.В.**

На заседании диссертационного совета Д 208.063.01 присутствовали следующие члены совета:

Ломиворотов Владимир Владимирович	зам. председателя , д-р мед наук, профессор	14.01.20 (медицинские науки)
Покушалов Евгений Анатольевич	зам. председателя , д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицинские науки)
Ленько Евгений Владимирович	ученый секретарь , д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицинские науки)
Альсов Сергей Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.26 (медицинские науки)
Богачев-Прокофьев Александр Владимирович	член совета, д-р мед наук	14.01.26 (медицинские науки)
Горбатов Юрий Николаевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицинские науки)
Ефремов Сергей Михайлович	член совета , д-р мед наук	14.01.20 (медицинские науки)
Железнев Сергей Иванович	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицинские науки)
Иванов Сергей Николаевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицинские науки)
Карпенко Андрей Анатольевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицинские науки)
Ломиворотов Владимир Николаевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.20 (медицинские науки)
Мироненко Светлана Павловна	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05 (медицинские науки)
Непомнящих Валерий Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.20 (медицинские науки)
Постнов Вадим Георгиевич	член совета , д-р мед наук, старший научный сотрудник	14.01.20 (медицинские науки)
Романов Александр Борисович	член совета, д-р мед наук	14.01.26 (медицинские науки)
Струнин Олег Всеволодович	член совета, д-р мед наук	14.01.20 (медицинские науки)
Чернявский Александр Михайлович	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.26 (медицинские науки)
Широкова Наталия Васильевна	член совета, д-р мед наук	14.01.05 (медицинские науки)
– всего членов совета: 18, в том числе 7 докторов наук по специальности 14.01.26.		

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Уважаемые коллеги! Согласно письменному распоряжению директора Института, право председательствовать на заседании предоставлено...

Прошу членов совета расписаться в явочном листе (члены совета расписываются в явочном листе, подсчитывается кворум). Для правомочности заседания нашего диссертационного совета кворум должен быть не менее 15,33. Из 23 членов Совета на заседании присутствуют 18 человек, в том числе 7 докторов наук по специальности 14.01.26. Кворум присутствует, наше заседание правомочно принимать решения по повестке дня.

Соискатель присутствует, официальные оппоненты дали положительные отзывы о диссертации; по уважительной причине отсутствует официальный оппонент МУРАТОВ Равиль Муратович, но с ним имеется аудиовизуальный контакт (Skype), он может интерактивно принять участие, а его отзыв, согласно требованиям процедуры, будет полностью оглашен. Выношу на голосование предложение о продолжении защиты диссертации (результаты открытого голосования: единогласно «За продолжении защиты диссертации»). Начинаем работу Совета.

(Приглашение диссертанта занять место за трибуной, а всех участников - места в демонстрационном зале, напоминание, что во время заседания диссовета могут по требованию объявляться технические перерывы).

На повестке дня защита диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Кулумбегова Олега Иналовича на тему «Реконструкция пути оттока из правого желудочка при процедуре Росса у взрослых пациентов различными типами кондуитов». Научная специальность 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия.

Работа выполнена в Центре новых хирургических технологий ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» МЗ России

Научный руководитель: д-р мед.наук, проф., академик РАН, КАРАСЬКОВ Александр Михайлович.

Официальные оппоненты: д-р мед. наук; проф. МУРАТОВ Равиль Муратович, КОЗЛОВ Борис Николаевич

Ведущая организация: ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского»

Слово для краткого сообщения об основном содержании представленных соискателем документов и их соответствии установленным требованиям предоставляется ученому секретарю.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

Документы Кулумбегова Олега Иналовича поступили в Совет 17.06.2016 года. Кулумбегов Олег Иналович, 1984 года рождения, гражданин России, врач, диплом ВСГ 1387324 от 2007 года. В 2014 году закончил заочную аспирантуру при ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» МЗ России. Диссертант с 2010 года по настоящее время работает врачом - сердечно-сосудистым хирургом в кардиохирургическом отделении №4 ФБГУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ России (г.Хабаровск). Диссертация подготовлена в в Центре новых хирургических технологий ФГБУ

«Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» МЗ России за время обучения в аспирантуре .

Во исполнение пп.2, 10, 11 приказа Минобрнауки РФ от 16 апреля 2014 г. N 326 «Порядок размещения в информационно-телекоммуникационной сети... "интернет" информации, необходимой для обеспечения порядка присуждения ученых степеней, на сайте ННИИПК размещены: полный текст диссертации (16.06.2016); скриншот объявления ВАК о защите и размещении автореферата (01.07.2016); за 10 дней до дня защиты размещены все поступившие отзывы, включая сведения об оппонентах и ведущей организации. Все документы, представленные соискателем и поступившие в ходе подготовки к защите тщательно проверены и полностью соответствуют установленным требованиям процедуры. Комиссия диссертационного совета в составе:

- проф. Железнев Сергей Иванович, заведующий отделением-врач-сердечно-сосудистый хирург (КХО ППС) (ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России);
- д-р мед наук Богачев-Прокофьев Александр Владимирович, руководитель центра (Центр новых хирургических технологий) (ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России);
- д-р мед наук Альсов Сергей Анатольевич, заведующий отделением-врач-сердечно-сосудистый хирург (КХО аорты и коронарных артерий) (ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

провела регламентированные экспертизы, представила в Совет свое мотивированное заключение и проект заключения Совета по рассматриваемой диссертации. Таким образом, требования процедуры предварительного рассмотрения и принятия к защиты полностью соблюдены. Препятствий для проведения публичной защиты нет.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Есть ли вопросы к ученому секретарю? Нет.

Слово для изложения основных положений диссертационной работы предоставляется Кулумбегову Олегу Иналовичу. Пожалуйста.

КУЛУМБЕГОВ О.И. -

Уважаемые председатель и члены диссертационного совета, уважаемые оппоненты и присутствующие! Разрешите представить вашему вниманию работу «Реконструкция пути оттока из правого желудочка при процедуре Росса у взрослых пациентов различными типами кондуитов» (Зачитывает доклад).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

У кого возникли ВОПРОСЫ по ДОСТОВЕРНОСТИ результатов и ОБОСНОВАННОСТИ выводов и рекомендаций, содержащихся в диссертации? Прошу задавать в устной или письменной форме.

Вопросы д-ра мед. наук, проф. Горбатов Ю.Н.: Олег Иналович, скажите, пожалуйста, какое количество пациентов в процентном отношении обследовано в отдаленные сроки и где они обследовались? Это все пациенты обследовались в нашем учреждении или принимались к рассмотрению данные полученные по месту жительства? Спасибо. Ответы соискателя: Спасибо, Юрий Николаевич. В отдаленном периоде обследовано 211 пациентов. Это более 93% от общей выборки. В каждой группе более 90% пациентов было

обследовано. Большая часть из них обследована в клинике Мешалкина, но мы также рассматривали и данные полученные по почте от пациентов, т.е. эхокардиография выполненная по месту жительства.

Вопросы д-ра. мед. наук Ломиворотова В.В.: Олег Иналович, вот у меня такой вопрос: вы указали, что количество там осложнений, например фибрилляция предсердий, инфаркт были больше в группах БиоЛаб и АБ-Композит. Чем вы это можете объяснить? Ответы соискателя: Действительно в этих группах был более высокий процент осложнений и летальности, и коллегиально мы приняли решение, что это связано с более ранним этапом развития технологии.

- Т.е. больше этих протезов в ранние сроки применялось?

- Да.

- Вы это учитывали, когда делали сопоставимость групп?

- Да, учитывали. Т.е. исходно группы отличались по количеству, по возрасту, полу и хронической сердечной недостаточности, а также по сопутствующей патологии требующей хирургического вмешательства. И для того, чтобы преодолеть вот эту разницу в группах проводился анализ на фоне которого не было выявлено достоверных отличий в группах.

- Но вы же говорите, что у вас количество осложнений все таки зависело от того ранний это этап становления или нет. Или у вас количество пациентов с разными протезами в разное время было одинаковым, т.е. вы имплантировали как те, так и другие?

- Действительно, за весь период были оценены все эти кондуиты и БиоЛаб КБ/КЛ и АБ-Композиты относятся к более ранним этапам развития процедуры, но при анализе осложнений не было выявлено именно конduit-ассоциированных осложнений, которые бы влияли на течение послеоперационного периода

- Понятно, спасибо.

Вопросы д-ра мед. наук, проф. Горбатов Ю.Н.: ну вот смотрите, БиоЛаб КБ/КЛ и Композит в последние 10 лет...8, наверное, они не используются. И в эти же 8 лет у ваших пациентов уменьшилось количество осложнений. Вас не наводит это не на какую мысль? Т.е. вы «пропенсети скор» провели по другим критериям, а используете эти же группы. Т.е. получается так, что вы использовали «скор мэтчинг» по одним критериям, а в последующем анализировали другие? Спасибо.

Ответы соискателя: нет, на самом деле здесь приведен неполный список анализа, а лишь те факторы которые имели разницу.

- Тогда уже не говорите, о том, что это связано с тем, что эти больные оперированы в ранние сроки.

РЕДСЕДАТЕЛЬ -

Ученому секретарю предоставляется слово для зачитания заключения организации, где была выполнена работа.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

В аттестационном деле имеется Заключение, составленное в Центре новых хирургических технологий ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» МЗ России, где была выполнена работа, утвержденное руководителем организации. В указанном Заключении отражены: личное участие автора в получении результатов, изложенных в диссертации, степень достоверности результатов проведенных исследований, их новизна и практическая значимость, ценность научных работ соискателя, специальность, которой соответствует

диссертация, полнота изложения материалов диссертации в работах, опубликованных соискателем (зачитывается заключение). Организация, где была выполнена работа, проведя предварительную экспертизу диссертации, свидетельствует, что диссертационная работа соответствует установленным требованиям.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Ведущая организация - ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского» прислала положительный отзыв (зачитывается отзыв ведущей организации).

Слово для ответа предоставляется Кулумбегову Олегу Иналовичу.

КУЛУМБЕГОВ О.И. -

Я согласен с оценкой текста диссертации, указанной в отзыве ведущей организации.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет ученый секретарь для оглашения отзыва первого официального оппонента - д-ра мед. наук, проф. МУРАТОВА Равиля Муратовича.

(оглашается отзыв, приложенный к отчету. Принципиальных замечаний к работе нет).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Кулумбегову Олегу Иналовичу.

КУЛУМБЕГОВ О.И. -

Я хотел бы выразить благодарность за внимание уважаемого официального оппонента к моей работе.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет второй официальный оппонент, д-р наук КОЗЛОВ Борис Николаевич

– КОЗЛОВ Борис Николаевич оглашает отзыв, прилагаемый к отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Кулумбегову Олегу Иналовичу.

КУЛУМБЕГОВ О.И. -

Прежде всего, позвольте выразить благодарность уважаемому официальному оппоненту за внимание к моей работе и доброжелательное отношение к ней.

Замечание оппонента 1: При распространении аневризмы на дистальную часть восходящей аорты у ряда пациентов была выполнена редукционная пластика этого участка аорты, а у некоторых больных данный сегмент аорты был протезирован синтетическим протезом, который затем был анастомозирован с легочным аутографтом. Важно указать какая техника является предпочтительной и критерии выбора той или иной технологии. Повлияло ли различное завершение реконструкции восходящей аорты на непосредственные и отдаленные результаты. Возможно, подобный подход противоречит принципам радикальности при операциях на аорте, а незамещенная, ослабленная стенка аорты, является фактором риска прогрессирования аневризмы на этом уровне с рисками диссекции аорты в отдаленном периоде.

– Ответ: На самом деле, при распространении аневризмы аорты на восходящий отдел, наиболее частой процедурой является процедура Бенталл-ДеБоно, но существуют и альтернативные методики. В данном случае в нашей выборке было выполнено 6 операций протезирования или пластической редукции восходящей аорты. В данном случае выбор техники определялся выбором хирурга и принципами радикальности. В том случае, когда имела ме-

сто нормальная стенка аорты, не истонченная, в таком случае выполнялась редукция восходящей аорты. Когда имелось истончение, либо кальциноз восходящей аорты, тогда этот сегмент надставлялся синтетическим протезом. В нашей работе не было цели отследить именно результаты данных процедур, но насколько я знаю, в Институте есть подобные работы и в непосредственном и в ближайшем отдаленном периоде разницы среди операций протезирования синтетическим протезом или пластической редукцией не выявлено.

Замечание 2: При анализе непосредственных результатов хирургического лечения обращает на себя внимание тот факт, что кровотечение явилось причиной смерти у 4 пациентов. При этом указано, что, в основном источником кровотечения являлась скальпированная часть выводного отдела правого желудочка. Не совсем ясно, насколько типично такое осложнение для обсуждаемой хирургической технологии и был ли фатальным темп кровотечения после операции? Вероятней всего, автор некорректно указал причину смерти данных пациентов, поскольку в хирургическом стационаре в большинстве случаев удастся выполнить ревизию раны и остановить кровотечение, за исключением редких случаев. Таким образом, если пациенты умерли от последствий состоявшегося кровотечения, а не от самого кровотечения, целесообразно это указать в структуре осложнений и смертности.

- Ответ: У четверых пациентов имело место достаточно серьезное кровотечение и в двух случаях оно не позволило положительно окончить операцию. У двух оставшихся пациентов достаточно высокий темп кровотечения непосредственно повлиял на исход лечения. И в данном случае мы осознанно выделяли это как причину гибели этих пациентов, чтобы в очередной раз заострить внимание на такой серьезной проблеме как кровотечение при процедуре Росса.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Переходим к научной дискуссии О СПОРНЫХ ВЫВОДАХ И РЕКОМЕНДАЦИЯХ, которая, согласно требованиям должна быть посвящена «анализу их достоверности и обоснованности». Проведем дискуссию в обстановке требовательности и принципиальности, но соблюдения научной этики. Кто из членов совета или из присутствующих в зале хотел бы выразить свое мнение по поводу ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОБОСНОВАННОСТИ ВЫВОДОВ / РЕКОМЕНДАЦИЙ, содержащихся в диссертации?

Железнев С.И., д-р мед. наук, проф.: Глубокоуважаемые коллеги, на мой взгляд это трудное, тяжелое исследование, тяжелый клинический материал, уникальный, которого нет ни в одном учреждении. Все дело в том, что использование различных типов кондуитов, редко где применяется. Есть единичные публикации об использовании ксенокондуитов, есть единичные публикации об использовании синтетических кондуитов, и в основном используются легочные аллографты. Отсюда вытекает исследование, которое у нас выполнено. Я думаю, оно должно привлечь внимание специалистов которые интересуются процедурой Росса как в нашей стране так и зарубежом. Актуальность этого исследования состоит в том, что дефицит кондуитов для реконструкции пути оттока из правого желудочка существует, и ознакомившись с результатами этого исследования возможно, кто-то будет использовать кондуиты другого типа, не только легочный аллографт, но и ксенокондуиты в том числе. Это достаточно сложный материал для статистического анализа, даже после проведения так называемой псевдорандомизации «пропенсети скор мэтчинг» все равно

остались вопросы. Не связаны ли, например, те же летальность и осложнения с типом кондуита. У меня нет цифр доказать, но поскольку этот материал собирался у нас, в нашем учреждении, приходилось участвовать в анализе этого материала, одно могу сказать, что осложнения, которые приводили к летальности и сейчас тоже встречаются, просто научились бороться с ними, в частности с кровотечениями. Раннее выполнение коронарографий позволило нам исключить деформации коронарных артерий и отсюда результаты, которые получены в последние годы конечно лучше чем те результаты, когда использовались кондуиты: «БиоЛаб» и «Композит» при реконструкции пути оттока правого желудочка. Но, тем не менее, несмотря на все эти сложности, Олегу Иналовичу удалось сделать сопоставимые группы. Убедительно, может быть для кого то неубедительно доказать преимущества того или иного типа кондуита. По крайней мере, отслежено как ведет себя гемодинамика в отдаленном периоде на том или ином типе кондуита, что происходит с самим кондуитом? И в основном два фактора влияют, это возраст и тип кондуита которые являются основными влияющими на функцию кондуита. По большому счету он все-таки смог выполнить поставленные задачи в этом исследовании, и я думаю, что эту работу стоит поддержать.

Чернявский А.М., д-р мед. наук, проф.: На самом деле, мне бы хотелось сказать, что для диссертанта была поставлена задача непростая. Я хочу сказать, что в некоторой степени это не просто научная работа, а научно-историческая работа. Поскольку не зря же Юрий Николаевич сказал, что мы «БиоЛаб» не видели несколько лет, но тем не менее научную оценку этапов становления процедуры Росса в лечебном учреждении необходимо дать. И сейчас никому в голову не придет использовать «АБ-Композит» или «БиоЛаб» для реконструкции, но все это оценивалось с течением времени. И данная работа имеет такой исторический крен в плане, что же это были за кондуиты и вообще надо ли к ним возвращаться или конструировать, что-то подобное на современном уровне. И в процессе этой работы было доказано, что к этим кондуитам возвращаться не надо. Выбор стоит между двумя. Либо это легочный гомографт, либо это ксеноперикардальный кондуит типа «Пилон». Хочу сказать о том, что конечно имея на полочке в баночке этот «Пилон» хирург может чувствовать себя, более уверенно. Размерная линейка всегда стоит у вас за плечами, и вы можете ее всегда использовать, но в том случае, когда у вас есть легочный гомографт, нужно ориентироваться на него и стараться его использовать. В том случае, когда легочный гомографт по какой-то причине не подошел, у вас всегда есть почти равноценная замена в виде «Пилона». С этой точки зрения, мне кажется, работа достаточно хороша. Она в историческом плане дает хороший анализ отдаленного результата и дает уверенность хирургу о том, какие кондуиты нужно применять и мы из работы видим, что конечно группы где легочный гомографт и «Пилон» это самые лучшие кондуиты. Мне кажется, что работа как таковая состоялась. Мы можем долго спорить, что что-то уже устарело. Да в процессе работы, например при ретроспективном исследовании, за последние годы что-то у нас уже изменилось. Поэтому я думаю, что это не нужно сбрасывать со счетов, а только стоит по достоинству оценить. Я буду голосовать за эту работу и призываю всех.

Богачев-Прокофьев А.В., д-р мед. наук: Я тоже хочу призвать членов диссертационного совета поддержать эту работу. В чем-то я могу согласиться с Александром Михайловичем Чернявским в плане того, что она имеет научно-исторический аспект и в чем-то, собственно говоря, могу и не согласиться. Если убрать, о чем мы говорили с диссертантом два вот этих кондуита «БиоЛаб» и «Композит», то основная суть это сравнить эталонный кондуит и кондуит который на сегодняшний день существует. Проблема на самом деле актуальна и я могу

сказать, что даже за рубежом, несмотря на то, что на всех крупных конгрессах посвященных корню аорты говорится о том, что всегда нужно использовать легочный гомографт у данной категории пациентов и количество процедур Росса должно быть лимитировано количеством и доступностью аллографтов. Тем не менее, каждые три года в крупных серьезных журналах кардиохирургических и кардиоторакальных, выходят публикации и у американских коллег. Буквально одна из последних вышла в 2016 году, у немецких коллег, которые говорят, что они используют ксенокондуиты в частности не самые лучшие конструкции «Медтроник Фристайл», которые предназначены вообще для аортальной позиции. Они их используют в качестве альтернативы легочному графту, в частности у пациентов младше 50 лет. В этом году у нас вышла публикация в журнале «анналы торакальной хирургии». Действительно был большой интерес к этому кондуиту «Пилон», который применялся для реконструкции пути оттока из правого желудочка. Они просили, чтобы мы дали подробное описание конструкции этого кондуита, потому что на сегодняшний день в мире есть один аналог, собственно говоря «Медтроник Фристайл» который может быть использован для реконструкции выходного тракта правого желудочка. Я вижу достаточно большие перспективы для данного типа кондуитов. Учитывая, что мы могли предполагать 8-10 лет назад используя кондуиты «БиоЛаб» и «Композит», когда для нас были приемлемыми градиенты на операционном столе 20 и больше. Мы говорили сразу о турбулентном кровотоке в этом кондуите и вероятно раннем развитии дисфункции данного кондуита, то на сегодняшний день с использованием ксеноперикардального кондуита, не ксеноаортального, а именно ксеноперикардального кондуита, градиенты бывают даже ниже чем на легочном аутографте – 7-8, т.е. мы говорим о том, что действительно ламинарный поток и, что этот кондуит по временным показателям должен быть сопоставим с легочным аллографтом. Ну и конечно очень важный фактор это возраст пациента. Олег Иналович наглядно показал, что возраст младше 50 лет является, наверное, противопоказанием к использованию данного кондуита и по возможности у данных пациентов нужно планировать использование легочного гомографта. Спасибо.

Горбатов Ю.Н., д-р мед. наук, проф.: Я сразу скажу, что я, безусловно, поддерживаю эту работу потому, что это вообще итоговое исследование, которое подводит такую жирную черту над огромным пластом клинического материала, т.е. над развитием самой методологии процедуры Росса в нашей клинике. Учитывая те изменения, которые произошли в последнее время. Мы получили возможность использовать разные кондуиты, в том числе и гомографт и ксеноперикардальный кондуит. Это исследование на вполне приличном уровне проведено. Все-таки 6-ти летний срок наблюдения не позволяет на основании вот этих данных, которые были получены, столь категорично произносить все те выводы, которые были озвучены автором. Мне не совсем понятно, при пиковом градиенте 31 в отдаленные сроки вы обнаружили различную степень дисфункции правого желудочка. Чем тогда это обусловлено? Дисфункция при пиковом градиенте 31 мм рт.ст., с моей точки зрения это невозможный вариант, или очень натянутый вариант, поэтому на мой взгляд некоторые выводы не вполне доказываются тем материалом, которым вы получили, но тем не менее главное утверждение о том, что ксеноперикардальный кондуит типа «Пилон» у пациентов старше 50 лет вполне аналогичен по свободе от реопераций и свободе от дисфункций, этот вывод дорого стоит. Это позволяет нам говорить о том, что вполне достойной альтернативой гомографту является ксеноперикардальный кондуит типа «Пилон». Когда вы проанализируете этих пациентов, скажем «фоллоу ап» будет 12-15 лет, я убежден в том, что у вас

появится точно такое же мнение, какое у вас имеется сейчас о «БиоЛаб» и «Композит». Потому что у детей, которые являются как бы моделью для более быстрого течения этих процессов на ксеноперикардальных кондуитах, мы получили именно такие результаты, которые говорят, что именно гомографт является самым оптимальным кондуитом для правосторонней позиции при процедуре Росса. Спасибо.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ –

Если больше нет желающих выразить свое мнение по существу дискуссии, диссертанту предоставляю заключительное слово.

КУЛУМБЕГОВ О.И.

Разрешите выразить слова искренней признательности членам диссертационного совета, председателю совета за проводимую государственную аттестацию моей диссертации, за доброжелательное отношение и создание всех условий. Я также хотел бы поблагодарить моих уважаемых официальных оппонентов и ведущую организацию за внимание к моей работе и высказанные замечания и выразить глубокую благодарность моим научным руководителям за помощь и поддержку в работе, а также моему коллективу, в котором диссертация была подготовлена, и всем присутствующим в этом зале. Спасибо.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Объявляю окончание защиты диссертации. Переходим к процедуре выработки РЕШЕНИЯ диссертационного совета по вопросу присуждения ученой степени путем тайного голосования, для проведения которого предлагается счетная комиссия в следующем составе:

д-р мед. Непомнящих В.А., д-р мед. наук Широкова Н.В., д-р мед. наук Струнин О.В.

Кто за то, чтобы избрать счетную комиссию в названном составе? (Голосование). Кто против? – Нет. Кто воздержался? – Нет. Счетная комиссия избрана единогласно. Счетной комиссии приступить к работе. Обсудим проект ЗАКЛЮЧЕНИЯ по диссертации, которое, в случае положительного РЕШЕНИЯ примем открытым голосованием простым большинством голосов членов диссовета.

Напоминаю комиссии, что кворум - не менее 15,33 и что члены совета, опоздавшие к началу защиты диссертации, ушедшие до ее окончания или временно отсутствовавшие на заседании диссертационного совета, кроме времени объявленного перерыва, в определении кворума не учитываются и в тайном голосовании не участвуют!

(Ученый секретарь диссертационного совета готовит бланки бюллетеня. Счетная комиссия осматривает и опечатывает урну для тайного голосования. Получение бюллетеней экспертами совета под роспись, проведение тайного голосования. Члены счетной комиссии в присутствии членов диссертационного совета вскрывают урну для тайного голосования, подсчитывают бюллетени и составляют по итогам голосования протокол счетной комиссии. Не розданные бюллетени остаются у счетной комиссии с соответствующей пометкой, сделанной ими ДО НАЧАЛА ПОДСЧЕТА ГОЛОСОВ. Опечатывание бюллетеней в конверт и передача ученому секретарю).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ (председателю счетной комиссии): Во время оглашения результатов тайного голосования прошу Вас проинформировать совет о присутствии кворума на этапе тайного голосования - по числу розданных бюллетеней.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ - Слово для оглашения результатов тайного голосования имеет председатель счетной комиссии д-р мед. Непомнящих В.А.

Председатель счетной комиссии д-р мед. Непомнящих В.А. - (Оглашает протокол заседания счетной комиссии): Состав диссертационного совета Д 208.063.01 на данное заседание утвержден в количестве 23 экспертов. Присутствовало на заседании 18 членов совета, в том числе 7 докторов наук по специальности 14.01.26.

Количество подготовленных к защите бюллетеней 23. Роздано бюллетеней 18. Количество нерозданных бюллетеней 5. Все присутствовавшие члены совета приняли участие в тайном голосовании. В урне оказалось бюллетеней 18.

Результаты тайного голосования: за присуждение Кулумбегову Олегу Иналовичу ученой степени кандидата медицинских наук подано голосов: ЗА – 18, ПРОТИВ – 0, НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫХ бюллетеней – 0. Прошу утвердить протокол.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ – Есть ли вопросы к председателю счетной комиссии? – Нет. Выявлены ли какие либо нарушения процедуры защиты диссертации, в тайном голосовании или в работе счетной комиссии? – Нет. Есть предложение. Кто за то, чтобы открытым голосованием утвердить протокол счетной комиссии, прошу проголосовать. (Голосование) Кто против? – Нет. Кто воздержался? – Нет. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно. Кворум для правомочности вынесения Решения на нашем заседании - 15,33. Итак, на основании результатов тайного голосования членов диссертационного совета (за – 18; против – 0; недействительных бюллетеней – 0) и на основании открытого голосования по вопросу утверждению протокола счетной комиссии (за – 18; против – нет; воздержавшихся – нет) считать, что диссертационная работа Кулумбегова Олега Иналовича «Реконструкция пути оттока из правого желудочка при процедуре Росса у взрослых пациентов различными типами кондуитов» соответствует нормативным требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата мед. наук, и присудить Кулумбегову Олегу Иналовичу ученую степень кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия.

Принято положительное Решение о присуждении ученой степени. Какие будут замечания, дополнения по проекту Заключения диссертационного совета по диссертации? Нет замечаний.

Кто за то, чтобы принять Заключение? (Голосование). Кто против? – Нет. Кто воздержался? - Нет. Принимается единогласно.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ! Диссертационный совет провел государственную экспертизу диссертационной работы и решил присудить Кулумбегову Олегу Иналовичу ученую степень кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия. Ученая степень кандидата наук присуждается решением нашего Совета по результатам публичной защиты диссертации соискателем, имеющим высшее профессиональное образование. Решение о присуждении ученой степени кандидата наук является основанием для выдачи диплома кандидата наук и вступает в силу со дня принятия Министерством образования и науки Российской Федерации решения о выдаче диплома. Поздравляю с успешной защитой!

Секретарю: в течение 10 дней со дня заседания диссовета, pdf-файл Заключения диссовета по диссертации разместить на сайте Института. Копию выдать Соискателю в течение 1 месяца со дня защиты. На этом заседание диссертационного совета объявляю закрытым.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
ПО ДИССЕРТАЦИИ
НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА НАУК

О присуждении КУЛУМБЕГОВУ Олегу Иналовичу, гражданину России, ученой степени кандидата медицинских наук

Соискатель КУЛУМБЕГОВ Олег Иналович, 1984 года рождения. В 2007 году окончил ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (г. Хабаровск), выдавший диплом о высшем образовании. В 2014 году окончил заочную аспирантуру при ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» МЗ России. Работает в кардиохирургическом отделении №4 ФБГУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ России (г.Хабаровск) врачом - сердечно-сосудистым хирургом. Диссертация выполнена в Центре новых хирургических технологий ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» МЗ России.

Научный руководитель - д-р мед.наук, проф., академик РАН, КАРАСЬКОВ Александр Михайлович, работает в ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» МЗ России (г. Новосибирск), директор Института.

Официальные оппоненты:

МУРАТОВ Равиль Муратович, доктор медицинских наук, проф., гражданин России, основное место работы: Отделение неотложной хирургии приобретенных пороков сердца ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» МЗ России (г.Москва), заведующий отделением;

КОЗЛОВ Борис Николаевич, доктор медицинских наук, гражданин России, основное место работы: Отделение сердечно-сосудистой хирургии ФБГНУ «Научно-исследовательский институт кардиологии» (г. Томск), ведущий научный сотрудник,- дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация: ФБГНУ «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского», город Москва, в своем положительном заключении, подписанном доктором медицинских наук ЧАРЧЯНОМ Эдуардом Рафаэловичем (отделение хирургии аорты и её ветвей, заведующий отделением),- указала, что автор в качестве клапаносодержащих кондуитов рассматривает эпоксиобработанные ксенографты «Пилон» и «АБ-Композит», а также обработанные глутаровым альдегидом - «БиоЛаб КБ/КЛ». В диссертационной работе впервые проведен комплексный сравнительный анализ различных типов клапаносодержащих кондуитов, используемых для реконструкции пути оттока из правого желудочка при процедуре Росса у взрослых пациентов. Установлено, что альтернативой легочному аллогraftу может выступать эпоксиобработанный ксеноперикардальный кондуит «Пилон», продемонстрированы результаты непосредственного и отдаленного послеоперационного периодов. Замечаний нет. Основные положения и результаты следует

внедрить в работу профильных кардиохирургических учреждений с целью оптимизации подходов к реконструкции пути оттока из правого желудочка при процедуре Росса у взрослых пациентов. Теоретические положения диссертации рекомендуются к использованию в преподавательской деятельности в виде лекций, учебных пособий и методических рекомендаций студентам и курсантам факультетов усовершенствования врачей.

Соискатель имеет 5 опубликованных работ, из них по теме диссертации опубликовано 5 научных работ общим объёмом 2,52 печатных листов, в том числе 5 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций. Соискателем опубликована 1 работа в материалах всероссийских и международных конференций. Краткая характеристика научных работ: научных статей в соавторстве – 5. Опубликованные работы в достаточной мере отражают основные научные результаты, полученные автором. Авторский вклад в работах, написанных в соавторстве, по отношению к объёму научного издания оценен "в равных долях", по числу соавторов.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

Караськов А.М. Процедура Росса как этап сочетанного вмешательства при комбинированной кардиальной патологии / А.М. Караськов, С.И. Железнев, А.В. Богачев-Прокофьев, И.И. Демин, О.И. Кулумбегов // Журнал «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия». - №3, М. - 2010. – С. 64-67.

Караськов А.М. Различные типы кондуитов для реконструкции пути оттока из правого желудочка при процедуре Росса у взрослых: сравнительный анализ / А.М. Караськов, И.И. Демин, Р.М. Шарифулин, С.И. Железнев, А.В. Богачев-Прокофьев, А.Б. Опен, О.И. Кулумбегов. // Журнал Патология кровообращения и кардиохирургия. - №2 – Новосибирск. – 2013. - С. 23-28.

Караськов А.М. Сравнение кондуитов, используемых для реконструкции пути оттока из правого желудочка при процедуре Росса у взрослых / А.М. Караськов, А.В. Богачев-Прокофьев, С.И. Железнев, О.И. Кулумбегов, И.И. Демин, Р.М. Шарифулин // Дальневосточный медицинский журнал. - № 1. – Хабаровск. – 2016. - С. 27-30.

Выбор официальных оппонентов и ведущей организации обосновывается компетентностью в рассматриваемых научных вопросах и подтверждается известным научным вкладом в сфере исследования:

Результаты протезирования аортального клапана легочным аллогraftом (операция Росса) в различных возрастных группах / Бокерия Л.А., МУРАТОВ Р.М., Шаталов К.В.,

Скопин И.И., Титов Д.А., Соболева Н.Н., Бритиков Д.В., Хаммуд Ф.А. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2013. - №5. – С. 37-41;

Результаты радикальной реконструкции аневризм грудной аорты по методике НЕМІ-ARCH / Б.Н. КОЗЛОВ, Д.С. Панфилов, А.С. Горохов, М.С. Кузнецов, Г.Г. Насрашвили, В.М. Шипулин // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2015. – Т. 8. - №4. – С. 12-16;

Двадцатилетний опыт в хирургическом лечении «гигантских» аневризм восходящей аорты / Э.Р. ЧАРЧЯН, А.Б. Степаненко, А.П. Генс, А.А. Скворцов, Н.А. Галеев, Ю.В. Белов // Кардиология. - 2015. - Т. 55. - № 9. - С. 37-42.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований доказана перспективность использования новых идей в науке, в практике. Определены гемодинамические характеристики различных кондуитов при процедуре Росса у взрослых пациентов. Определен кондуит, не уступающий лёгочному аллографту по результатам после имплантации. Выявлены предикторы дисфункции кондуитов, при процедуре Росса у взрослых пациентов. Научные результаты соискателя отличаются от результатов, опубликованных другими авторами. Выявлена перспективная альтернатива лёгочному аллографту - ксенокондуит «Пилон».

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что проведена модернизация существующих алгоритмов, обеспечивающих получение новых результатов по теме диссертации. Полученные знания позволяют прогнозировать гемодинамические нарушения на кондуитах в отдаленном периоде. Результаты работы расширяют показания к выполнению процедуры Росса. Полученные результаты позволяют рекомендовать кондуит «Пилон» к использованию при реконструкции пути оттока из правого желудочка.

Наиболее ценными признаны следующие выводы. Лёгочный аллографт для реконструкции ВОПЖ при процедуре Росса обладает наилучшими гемодинамическими характеристиками: в непосредственном периоде ($\Delta p - 8,3 \pm 3,9$ мм рт.ст.), в отдаленном периоде ($\Delta p - 14 \pm 4,3$ мм рт.ст.). Среди ксенокондуитов в непосредственном и отдаленном периоде альтернативой аллографту выступает ксеноперикардальный кондуит «Пилон» в непосредственном периоде ($\Delta p - 11,8 \pm 7,6$ мм рт.ст.), в отдаленном периоде – ($\Delta p 19,5 \pm 9,2$ мм рт.ст.). Риск госпитальной летальности отличался в зависимости от типа кондуита: ГРУППА 1 - $2,2 \pm 0,7\%$, ГРУППА 2 - $5,4 \pm 3,2\%$ ($p=0,072$), ГРУППА 3 - $9,1 \pm 2,7\%$ ($p=0,001$), ГРУППА 4 - $8,2 \pm 3,5\%$ ($p=0,003$). Риск отдаленной летальности достоверно не отличался. Выживаемость в отдаленном периоде составила: ГРУППА 1 – $94,1 \pm 2,3\%$ (95% ДИ, 88,4–97,2), ГРУППА 2 – $97,7 \pm 1,7\%$ (95% ДИ, 89,4–98,8, $p=0,361$), ГРУППА 3 – $94,2 \pm 4,3\%$ (95%

ДИ, 87,7–98,5, $p=0,224$), ГРУПП4 – $95\pm 3,2\%$ (95% ДИ, 90,1–99,3, $p=0,121$). Основными предикторами дисфункции является тип имплантируемого кондуита ($p=0,005$, ОР 1,380 (0,21–4,32), 95% ДИ) и возраст реципиента менее 48 лет ($p=0,030$; ОР 1,01 (0,93–1,15), 95% ДИ). Наилучшие показатели свободы от дисфункции демонстрирует легочный аллографт (свобода от дисфункции через 5 лет – $99,8\pm 0,2\%$). Достойной альтернативой ему выступает ксеноконduit «Пилон» (свобода от дисфункции через 5 лет – $97,8\pm 2,2\%$ (95% ДИ, 85,1–99,8, $p=0,082$)).

Наиболее ценными (полезными) практическими рекомендациями из тех, что приводятся в диссертации, признаны следующие. При выборе кондуита для реконструкции пути оттока из правого желудочка целесообразно использовать лёгочный аллографт. В случае отсутствия такой возможности, следует отдавать предпочтение ксенокондуитам «Пилон».

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что результаты получены на сертифицированном оборудовании, показана воспроизводимость результатов исследования в различных условиях, а также эффективность внедрения авторских разработок в лечебную практику в Центре новых хирургических технологий ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» МЗ России. Концепция и вытекающая из неё гипотеза исследования базируются на известных, проверяемых фактах, согласуется с опубликованными клиническими данными по теме диссертации.

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии соискателя в получении исходных данных и клинических исследованиях, обработке и интерпретации полученных данных (обосновании выводов и основных положений), подготовке основных публикаций по выполненной работе.

Заместитель председателя
диссертационного совета

Ломиворотов Владимир Владимирович

Ученый секретарь
диссертационного совета

Ленько Евгений Владимирович

28.09. 2016 г.

М.П.