

федеральное государственное бюджетное учреждение «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

**З А С Е Д А Н И Е**  
**ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01**  
31.05. 2017 года, протокол № 41 /2017- 24

Повестка дня:

**Защита диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук**  
**ЭФЕНДИЕВА Видади Умудовича**

на тему: «Хирургическая коррекция митральной недостаточности у пациентов с ишемической кардиомиопатией», научная специальность 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия

*Научный руководитель:*

доктор медицинских наук, профессор ЧЕРНЯВСКИЙ Александр Михайлович

*Официальные оппоненты:*

доктор медицинских наук КОЗЛОВ Борис Николаевич;

доктор медицинских наук, профессор САКОВИЧ Валерий Анатольевич

*Ведущая организация:*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Диссертация принята к защите 29.03. 2017 г.

Дата размещения автореферата и объявления о защите диссертации в сети Интернет:  
29.03.2017.

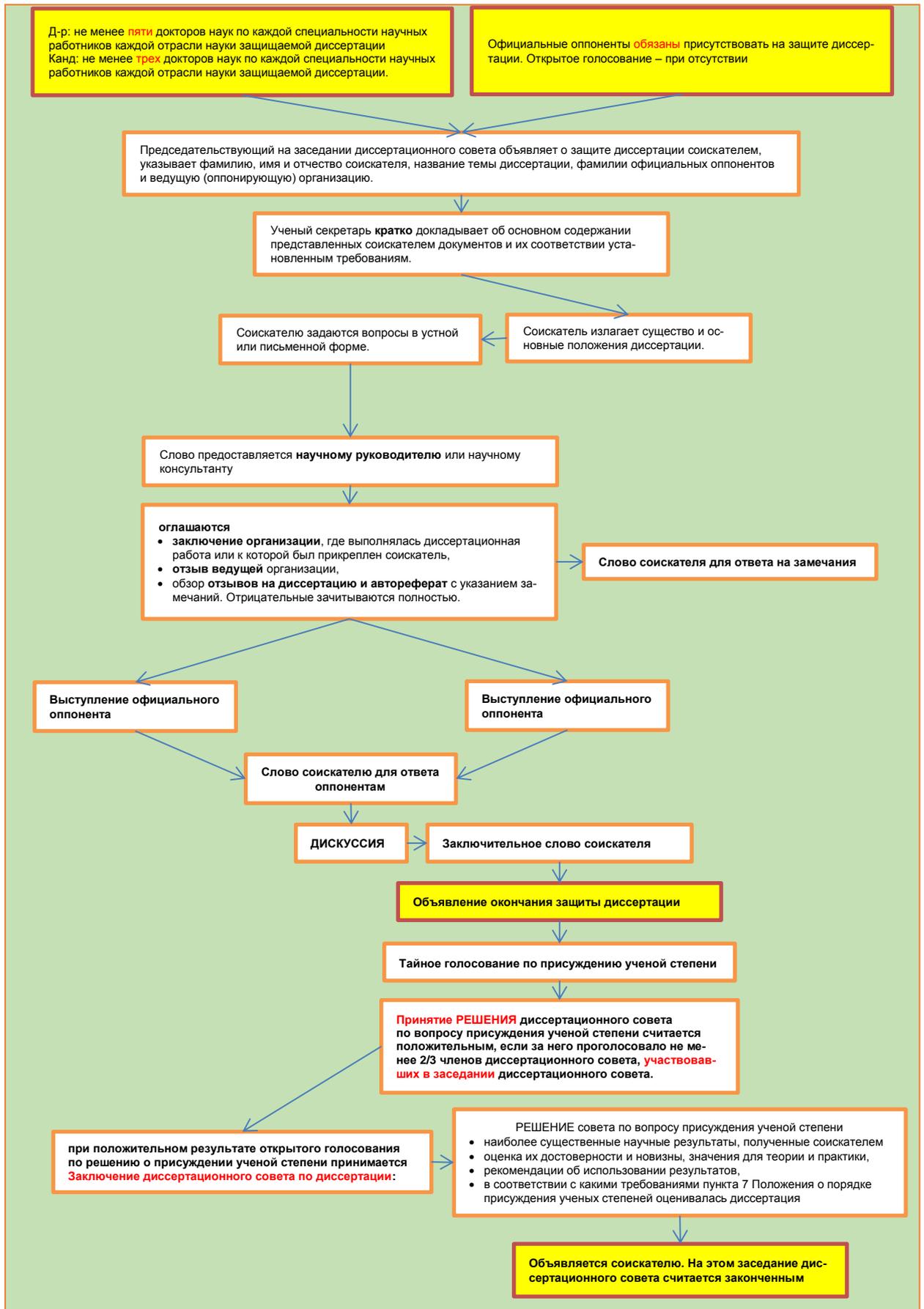


Рис. 1. Структура заседания диссертационного совета при защите диссертации

З А С Е Д А Н И Е  
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01  
31.05. 2017 года, протокол № 41 /2017- 24

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ – доктор мед. наук, профессор КАРАСЬКОВ Александр Михайлович

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ – доктор мед. наук, профессор Ленько Е.В.

На заседании диссертационного совета Д 208.063.01 присутствовали следующие члены совета:

Караськов Александр Михайлович	Председатель, д-р мед наук, профессор	14.01.20
Ломиворотов Владимир Владимирович	зам. председателя , д-р мед наук, профессор	14.01.20
Ленько Евгений Владимирович	ученый секретарь , д-р мед наук, профессор	14.01.26
Альсов Сергей Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Богачев-Прокофьев Александр Владимирович	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Ефремов Сергей Михайлович	член совета , д-р мед наук	14.01.20
Железнев Сергей Иванович	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05
Иванов Сергей Николаевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05
Ломиворотов Владимир Николаевич	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.20
Мироненко Светлана Павловна	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.05
Нарциссова Галина Петровна	член совета, д-р мед наук	14.01.05
Непомнящих Валерий Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.20
Постнов Вадим Георгиевич	член совета , д-р мед наук, старший научный сотрудник	14.01.20
Романов Александр Борисович	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Стародубцев Владимир Борисович	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Струнин Олег Всеволодович	член совета, д-р мед наук	14.01.20
Чернявский Александр Михайлович	член совета , д-р мед наук, профессор	14.01.26
Широкова Наталия Васильевна	член совета, д-р мед наук	14.01.05
– всего членов совета: 18, в том числе 6 докторов наук по специальности 14.01.26.		

## ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Уважаемые коллеги! 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 6 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 и все присутствуют. 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 Эфендиева Видади Умудовича на тему «Хирургическая коррекция митральной недостаточности у пациентов с ишемической кардиомиопатией». Научная специальность 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия.

Работа выполнена в центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор Чернявский Александр Михайлович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук Козлов Борис Николаевич, доктор медицинских наук, профессор Сакович Валерий Анатольевич

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

## УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

Документы Эфендиева Видади Умудовича поступили в Совет 09.02.2017 года. Эфендиев Видади Умудович, 1982 года рождения, Гражданин России, врач, диплом ВСВ 1322317 от 2005 г года. В 2012 году закончил заочную аспирантуру при ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Диссертация подготовлена в центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий ФГБУ за время обучения в аспирантуре. Диссертант с 2017 года работает сердечно-сосудистым хирургом в ГОБУЗ "Мурманская областная клиническая больница имени П.А. Баяндина".

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 (08.02.2017); скриншот объявления ВАК о защите и размещении автореферата (29.03.2017); 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:

- д-р мед наук Альсов Сергей Анатольевич, врач-сердечно-сосудистый хирург (КХО аорты и коронарных артерий) (ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России);
- проф. Железнев Сергей Иванович, заведующий отделением-врач-сердечно-сосудистый хирург (КХО ППС) (ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России);
- д-р мед наук Богачев-Прокофьев Александр Владимирович, руководитель центра (Центр новых хирургических технологий) (ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. 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 защите полностью соблюдены. Препятствий для проведения публичной защиты нет.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Есть ли вопросы к ученому секретарю? Нет.

Слово для изложения основных положений диссертационной работы предоставляется Эфендиеву Видади Умудовичу. Пожалуйста.

Эфендиев В.У. -

Уважаемые председатель и члены диссертационного совета, уважаемые оппоненты и присутствующие! Разрешите представить вашему вниманию работу «Хирургическая коррекция митральной недостаточности у пациентов с ишемической кардиомиопатией» (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, Богачева-Прокофьева А.В.:

Выполнялись ли какие-то дополнительные вмешательства на подклапанных структурах при имплантации опорного кольца митрального клапана; резекции хорд второго порядка или релокация папиллярных мышц? На слайде предикторов летальности Вы показали, что фракция выброса левого желудочка менее 25% не являлась предиктором летального исхода. Как Вы можете это обосновать? Ведь мы знаем, что низкая фракция выброса является показанием к кардиовертеру-дефибриллятору для профилактики внезапной смерти.

— Нет, эти методы при пластике митрального клапана не применяли. Выполнялась лишь имплантация опорного кольца и коронарное шунтирование. Сейчас, можно предположить, что возможно необходимо было дополнительное вмешательство. По результатам исследования разработан алгоритм тактики хирургического лечения, который возможно поможет выбрать правильный метод пластики.

(ответ соискателя) — Дело в том, что при оценке рисков Кокса фракция выброса оказалась не значимым предиктором отдельно в каждой группе, но в общей группе этот предиктор был близок к статистической значимости. Если бы выборка была большей, скорее

всего мы бы получили фракцию выброса левого желудочка как значимый предиктор летальности.

Вопросы д-ра. мед. наук Романова А.Б.: Вопрос по поводу внезапной сердечной смерти. Понятно, что Вы по ряду объективных причин не смогли имплантировать кардиовертер и CRT. По первичной конечной точке основная причина смерти — это прогрессирование сердечной недостаточности. Был ли проведён анализ выживаемости без пациентов с внезапной смертью? И сохранилась ли статистическая разница в выживаемости между группами?

— Отметив внезапную смерть как частую причину летальности, мы провели оценку выживаемости с исключением этих пациентов. При этом статистически значимых различий между кривыми выживаемости отмечено не было. Однако, кривые выживаемости расходились.

Вопрос д-ра. мед. наук Ломиворотова В.В.: Скажите пожалуйста, насколько Ваши результаты согласуются с данными зарубежных исследований?

— Большинство исследований, посвящённых оценке хирургического лечения пациентов с ишемической митральной недостаточностью склоняют мнение хирургов в сторону коррекции митральной недостаточности.

Вопрос д-ра. мед. наук Железнева С.И.: Скажите, в вашем исследовании не было пациентов с артериальной гипертензией или этот фактор оказался не значимым в структуре осложнений и летальности? Вы ввели комбинированную точку в структуре осложнений, что вошло в неё?

— В исследовании были пациенты с артериальной гипертензией, но их было немного и влияния этот фактор не оказал.

— Комбинированная точка осложнений в нашем исследовании — это любое осложнение, возникшее у пациентов. Для проведения факторного анализа необходимо достаточное количество случаев, чего не было по нескольким осложнениям. Для возможности оценить факторы риска осложнений мы взяли комбинированную точку.

Вопрос д-ра. мед. наук профессора, академика РАН Караськова А.М.: В вашем исследовании после операции отмечено увеличение фракции выброса левого желудочка. Может, не всем пациентам показана была имплантация кардиовертера дефибриллятора?

— Да, совершенно верно. Имплантацию дефибриллятора получили не все пациенты.

**ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -**

Слово о диссертации и диссертанте предоставляется научному руководителю.

— доктор медицинских наук, профессор Чернявский Александр Михайлович оглашает отзыв, прилагаемый к стенографическому отчету.

**ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -**

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

**УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -**

В аттестационном деле имеется Заключение, составленное в центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий ФГБУ, 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 - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,- прислала положительный отзыв (зачитывается отзыв ведущей организации).

Слово для ответа предоставляется Эфендиеву Видади Умудовичу.

Эфендиев В.У. -

Я согласен с оценками, указанными в отзыве ведущей организации.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет первый официальный оппонент - доктор медицинских наук КОЗЛОВ Борис Николаевич.

доктор медицинских наук КОЗЛОВ Борис Николаевич оглашает отзыв, прилагаемый к отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Эфендиеву Видади Умудовичу.

Эфендиев В.У. -

Я хотел бы выразить благодарность за внимание уважаемого официального оппонента к моей работе, указанные погрешности, имеющиеся в тексте диссертации, постараюсь учесть в дальнейшей работе.

Замечания оппонента: 1. Степень выраженности митральной недостаточности оценивается по ЭРО и в среднем в каждой группе этот показатель равен  $0,3 \text{ см}^2$ , но последние рекомендации 2012 года считают эту регургитацию - выраженной. Конечно, здесь играет роль фактор времени – начало исследования было до выхода рекомендаций. 2. В тексте диссертации указано, что доступ к митральному клапану выполнялся через левое предсердие параллельно борозде Ватерстоуна, а на снимке доступ к клапану через межпредсердную перегородку по Герадону. 3. Большинство ссылок в обзоре литературы старше 10 лет.

- Когда мы планировали исследование, митральная регургитация оценивалась по другим референтным значениям и считалась умеренной. Первые публикации вышли в свет еще до новых рекомендаций, где референтные значения ЭРО изменились.
- Как мне кажется, в тексте диссертации указано, что доступ к митральному клапану выполнялся через левое предсердие. Но техника использовалась как через левое предсердие, так и через межпредсердную перегородку.
- К сожалению, обзор литературы преимущественно описан до 2010 года. Обновление проводилось после 2012 года, но не по всем разделам диссертации.

Вопросы оппонента: 1. С чем связано увеличение времени пережатия аорты в группе с пластикой митрального клапана почти в два раза? 2. С чем связано осложнение: отрыв опорного кольца в 11% случаев?

– 1 Думаю, это связано с доступом к митральному клапану и не всегда хорошей визуализацией во время выполнения пластики клапана.

2 Такое осложнение описано и в других исследованиях. В частности, в исследовании «RIME» был проведен анализ этого осложнения и определена причина как выраженная дисторсия митрального клапана.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет второй официальный оппонент доктор наук, профессор САКОВИЧ Валерий Анатольевич

– доктор наук, профессор САКОВИЧ Валерий Анатольевич оглашает отзыв, прилагаемый к отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Эфендиеву Видади Умудовичу.

Эфендиев В.У. -

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

(замечаний нет)

Вопрос оппонента: Возможно ли было улучшить результаты исследования, дополнив пластику митрального клапана другими методами пластики или протезированием? Но этот вопрос уже задавали и Видади Умудович уже ответил на этот вопрос.

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?

КАРАСЬКОВ А.М., д-р мед. наук, профессор, академик РАН: Действительно, тема актуальна и, без сомнений, она пользуется очень и очень большим спросом. Много вопросов поднималось по теме ишемической митральной недостаточности в последней Бакулевской сессии. В механизме ишемической митральной недостаточности основными критериями являются изменения левого желудочка на фоне ишемической болезни сердца. И на фоне снижения насосной функции увеличивается объем левого желудочка, страдают папиллярные мышцы. Вмешательство на фиброзном кольце митрального клапана — это начальный этап хирургической реконструкции клапана. Механизм формирования не позволяет полностью устранить прогрессирование митральной недостаточности. Для части пациентов достаточно выполнить пластику митрального клапана опорным кольцом. Но в большинстве случаев из-за сниженной фракции выброса левого желудочка происходит прогрессирование митральной недостаточности. Поэтому работа имеет высокую ценность в определении показаний к дополнительным пластическим вмешательствам на митральном клапане и хордальном аппарате. Имплантировать сразу протез митрального клапана не совсем правильно по отношению ко всем пациентам. Это может привести и к дальнейшему изменению геометрии и функции левого желудочка. Поэтому, без сомнений, эта работа актуальна и выполнена она на очень высоком профессиональном уровне. Надеюсь, те замеча-

ния, которые предъявлены к ней, будут учтены соискателем. Думаю, что работа заслуживает признания и соискатель может претендовать на степень кандидата наук по сердечно-сосудистой хирургии.

Богачев-Прокофьев А.В., д-р. мед. наук: На самом деле, я хочу поддержать Видади Умудовича. Я с этой работой знаком уже дважды: в качестве рецензента. Сама тема очень актуальна. Об этом говорит то, что ежегодно все ведущие конгрессы обсуждают вопрос – что делать с ишемической митральной недостаточностью? Два крупных трайла выпущены двумя коллаборациями американских коллег в последние два года. Одно исследование, опубликованное в 2015 году, - об определении тактики в отношении пластики митрального клапана, а второе исследование оценивает протезирование и пластику митрального клапана. Это говорит о том, что тема находится на пике популярности и до сих пор обсуждается, потому что вопросы остаются, и нам приходится их решать. На самом деле, может был получен некий диссонанс, но, с другой стороны, и — «затравка» в исследовании Видади Умудовича. Действительно, получилась разница в выживаемости пациентов, в отличие от других исследований. Так, в дискуссии сегодня мы узнали с Александром Борисовичем, что на выживаемость могут влиять и отсутствие имплантации кардиовертера. Поэтому тема остаётся актуальной. Мне понравилось оформление, понравился дизайн. Несмотря на то, что работа проделана за достаточно длительное время, актуальности она не утратила, а только приобрела. Я хочу поддержать эту работу и призываю членов диссертационного совета позитивно отнестись к ней.

**ПРЕДСЕДАТЕЛЬ –**

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

Эфендиев В.У.

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 моему научному руководителю 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. наук 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 печатывает 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. наук Непомнящих В.А.

Председатель счетной комиссии д-р мед. наук 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 6 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 Эфендиеву Видади Умудовичу 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 Эфендиева Видади Умудовича «Хирургическая коррекция митральной недостаточности у пациентов с ишемической кардиомиопатией» соответствует нормативным требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата мед. наук, и присудить Эфендиеву Видади Умудовичу 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 Эфендиеву Видади Умудовичу 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 заседании диссертационного совета объявляю закрытым.

*решение диссертационного совета от 31.05. 2017 № 24*

О присуждении ЭФЕНДИЕВУ Видади Умудовичу, гражданину России,  
ученой степени кандидата медицинских наук

Диссертация «Хирургическая коррекция митральной недостаточности у пациентов с ишемической кардиомиопатией» по специальности 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия принята к защите 29.03.2017 г, диссертационным советом Д 208.063.01 на базе ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России,  
630055, Новосибирск, ул. Речкуновская, 15.

Совет Д 208.063.01 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук по следующим специальностям научных работников: 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия (медицинские науки); 14.01.20 - Анестезиология и реаниматология (медицинские науки); 14.01.05 - Кардиология (медицинские науки) создан приказом Минобрнауки России от 16 декабря 2013 г. № 974/нк. Количество членов Совета по приказу - 23.

Соискатель ЭФЕНДИЕВ Видади Умудович, 1982 года рождения. В 2005 году окончил ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» выдавший диплом о высшем образовании). В 2012 году окончил заочную аспирантуру при ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Работал в кардиохирургическом отделении хирургии аорты и коронарных артерий, сердечно-сосудистым хирургом. Диссертация выполнена в центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

*Научный руководитель* - доктор медицинских наук, профессор ЧЕРНЯВСКИЙ Александр Михайлович, работает в центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий Федерального государственного бюджетного учреждения «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес: 630055, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, 15; руководитель Центра.

*Официальные оппоненты:*

КОЗЛОВ Борис Николаевич, доктор медицинских наук, гражданин России, основное место работы: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии» 634012, Россия, Томск, ул Киевская 111а; ведущий научный сотрудник, заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии;

САКОВИЧ Валерий Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, гражданин России, основное место работы: ФГБУ «Федеральный Центр сердечно-сосудистой хирургии», 660020, г. Красноярск, Ул. Караульная, д 45; главный врач, -

дали положительные отзывы на диссертацию.

*Ведущая организация:* Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, в своем положительном заключении, подписанном доктором мед. наук, профессором ЦЕХАНОВИЧЕМ Валерием Николаевичем, профессором кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, - указала, что новизна и ценность данного исследования по сравнению с аналогичными несомненна: впервые проведено проспективное рандомизированное исследование по сравнению результатов изолированного коронарного шунтирования и коронарного шунтирования в сочетании с пластикой митрального клапана у пациентов с ишемической кардиомиопатией и умеренной митральной недостаточностью, follow-up 6 лет. Значимость для медицинской науки и практического здравоохранения несомненна: у пациентов с ИБС осложнённой сердечной недостаточностью исследовано нарушение диастолической функции ЛЖ как один из факторов развития и прогрессирования митральной регургитации и определены параметры анатомии митрального клапана и геометрии левого желудочка, позволяющие эффективно выполнить пластику митрального клапана при ишемической кардиомиопатии. Установлено, что сочетание аннулопластики митрального клапана с коронарным шунтированием позволяет уменьшить степень митральной недостаточности и улучшить выживаемость в отдалённом периоде наблюдения. При ишемической кардиомиопатии пластика митрального клапана в сочетании с коронарным шунтированием по количеству осложнений в ближайшем послеоперационном периоде сопоставима с изолированным коронарным шунтированием. По выживаемости после трёх лет наблюдения, полученные автором данные показали преимущество сочетания пластики митрального клапана с коронарным шунтированием перед изолированным коронарным шунтированием. Определены предикторы летальности в отдалённом послеоперационном периоде, научно обоснованы показания и противопоказания к выполнению пластики митрального клапана в сочетании с коронарным шунтированием при ишемической кардиомиопатии на основании ЭхоКГ параметров геометрии митрального клапана и левого желудочка, поэтому в комплексе диагностических мероприятий при определении показаний для реконструкции митрального клапана у пациентов с ишемической кардиомиопатией оценку степени регургитации необходимо дополнять комплексной оценкой геометрии митрального клапана: размера фиброзного кольца, дистопии папиллярных мышц, степени рестрикции створок. Оценены факторы риска рецидива митральной недостаточности в отдалённом послеоперационном периоде при пластике митрального клапана и прогрессирования её после изолированного коронарного шунтирования. Основные результаты диссертационной работы возможно применять в работе кардиохирургических учреждений. Теоретические положения диссертации

можно рекомендовать к использованию в образовательных курсах по сердечно-сосудистой хирургии. Принципиальных замечаний нет.

Соискатель имеет 39 опубликованных работ, из них по теме диссертации опубликовано 4 научные работы общим объёмом 162 печатных листов, в том числе 2 монографии и 11 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций, а также 3 работы в зарубежных научных изданиях. Соискателем опубликованы 18 работ в материалах всероссийских и международных конференций и симпозиумов; 2 публикации в электронных научных изданиях. Краткая характеристика научных работ: научных статей в соавторстве 4; монографий: в соавторстве 2. За рубежом издано 3 научные работы. 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:

Чернявский А.М., Эфендиев В.У., Рузматов Т.М. Пластика митрального клапана и изолированное коронарное шунтирование при ишемической кардиомиопатии и умеренной митральной недостаточности // Патология кровообращения и кардиохирургия. - 2015. - №: 1. - с. 15-20.

Чернявский А.М., Эфендиев В.У., Рузматов Т.М. Хирургическая коррекция митральной недостаточности у пациентов с ишемической кардиомиопатией // Медицина и образование в Сибири. – 2012. - №5.

Чернявский А.М., Рузматов Т.М., Эфендиев В.У. и др. Механизмы формирования ишемической митральной недостаточности // Сердце. -2015. -№2.

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

Шипулин В.М., КОЗЛОВ Б.Н., Евтушенко А.В. и др. Современные стратегии лечения сердечной недостаточности в кардиохирургии // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2010. №2-2. С.4-12.;

САКОВИЧ В. А., Чернявский А. М., Гринштейн Ю. И. Роль математического моделирования объемов резекции левого желудочка в прогнозировании результатов пластики при хирургическом лечении постинфарктной аневризмы сердца // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2002. №3 С.10-13.

ЦЕХАНОВИЧ В. Н., Морова Н. А., Ярославская Е. И. Влияние хирургической коррекции митральных, митрально-аортальных пороков, дефектов межпредсердной перегородки на течение ремоделирования правого желудочка сердца // ПКиК. 2007. №4 С.69-74.

Морова Н.А., ЦЕХАНОВИЧ В.Н., Файль И.Л. Оценка сосудисто-тромбоцитарного гемостаза для оптимизации антиагрегантной терапии у больных после коронарного шунтирования // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2014. №4 С.41-44.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований *доказана* перспективность использования новых идей в науке, в практике.

Отличительные особенности полученного соискателем нового научного результата (новых знаний), в сравнении с существующими подходами, заключаются в следующем: Определено влияние ремоделирования левого желудочка на прогрессирование митральной недостаточности. Определены *критерии применения изолированного коронарного*

шунтирования и анулопластики митрального клапана при ишемической кардиомиопатии. Оценка критериев прогрессирования митральной недостаточности позволит улучшить выживаемость. Научные результаты соискателя отличаются от результатов, опубликованных другими авторами. Впервые опубликовано проспективное рандомизированное исследование, сравнивающее методику пластики митрального клапана в сочетании с коронарным шунтированием и методику изолированного коронарного шунтирования. В отличие от исследования POINT (2009г) выявлено, что сердечная недостаточность, выживаемость и степень митральной недостаточности улучшаются при пластике митрального клапана. В отличие от Kron I.L (2015г) определены предикторы прогрессирования и возврата митральной недостаточности при пластике умеренной митральной недостаточности.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что проведена модернизация существующих алгоритмов, обеспечивающих получение новых результатов по теме диссертации: ЭхоКГ диагностика митральной недостаточности при низкой фракции выброса левого желудочка для показаний к пластике должна учитывать геометрию митрального клапана и левого желудочка. Для оптимального результата пластики клапана при умеренной митральной недостаточности с низкой фракцией выброса левого желудочка необходимо оценивать диастолическую функцию левого желудочка. Результаты исследования позволили создать алгоритм для пластики митрального клапана при умеренной митральной недостаточности и низкой фракции выброса левого желудочка.

*Наиболее ценными признаны следующие выводы.* При хирургическом лечении пациентов с ишемической кардиомиопатией и умеренной ишемической митральной недостаточностью установлен факт достоверно меньшего риска летального исхода после коронарного шунтирования в сочетании с пластикой митрального клапана, по сравнению с таким после изолированного коронарного шунтирования.

При ишемической кардиомиопатии отмечено, что умеренная митральная недостаточность прогрессирует после изолированного коронарного шунтирования при исходно умеренных изменениях геометрии митрального клапана.

После аннулопластики митрального клапана возврат митральной недостаточности отмечен через 36 месяцев после операции и был выявлен в 52% случаев (до 2 степени (32%), до 3 степени (21%)), что происходит при обратном ремоделировании левого желудочка, несмотря на её коррекцию. *Наиболее ценными (полезными) практическими рекомендациями из тех,*

*что приводятся в диссертации, признаны следующие.* Нарушение диастолической функции ЛЖ является одним из факторов развития и прогрессирования митральной регургитации у пациентов с ИБС осложнённой сердечной недостаточностью. Поэтому в комплексе диагностических мероприятий у пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ и МН необходимо также оценивать и диастолическую функцию ЛЖ.

Митральная регургитация имеет высокое распространение среди пациентов с ишемической кардиомиопатией. Эхокардиографические признаки ишемической митральной недостаточности включают в себя следующие критерии: структура створок митрального клапана не изменена, имеется расширение фиброзного кольца, рестриктивное положение створок относительно фиброзного кольца, что проявляется в виде изменения глубины коаптации створок, а также удлинения дистанции натяжения митрального клапана.

При определении показаний для реконструкции митрального клапана необходимо проводить не только оценку степени регургитации, но и комплексную оценку геометрии митрального клапана: размер фиброзного кольца, дистопию папиллярных мышц, степень рестрикции створок.

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 центра хирургии аорты, коронарных и периферических артерий ФГБУ «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

*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.

На заседании 31.05. 2017 г. диссертационный совет принял решение присудить ЭФЕНДИЕВУ Видади Умудовичу ученую степень кандидата медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 18 человек, из них 6 докторов наук по специальности 14.01.26 докторов наук, участвовавших в заседании, из 23 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за присуждение учёной степени - 18, против присуждения учёной степени - 0, недействительных бюллетеней - 0.

Председатель  
диссертационного совета

Караськов Александр Михайлович

Ученый секретарь  
диссертационного совета

Ленько Евгений Владимирович

31.05. 2017 г.

М.П.