

СТЕНОГРАММА

заседания диссертационного совета Д 208.124.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации по присуждению ученой степени доктора наук Тарасову Роману Сергеевичу
г. Москва, 05 февраля 2015 года

На заседании присутствуют члены диссертационного совета:

Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, шифр специальности в совете
1. КУБЫШКИН В.А.	док.мед.наук, 14.01.17
2. МОРОЗ В.Ю.	док.мед.наук, 14.01.26
3. ШАРОВАРО В.И.	док.мед.наук, 14.01.17
4. АЛЕКСЕЕВ А.А.	док.мед.наук, 14.01.17
5. ГАЛЬПЕРИН Э.И.	док.мед.наук, 14.01.17
6. ДАН В.Н.	док.мед.наук, 14.01.26
7. ЖУРАВЕЛЬ С.В.	док.мед.наук, 14.01.20
8. ЗВЯГИН А.А.	док.мед.наук, 14.01.20
9. ЗОТИКОВ А.Е.	док.мед.наук, 14.01.26
10. КАЗЕННОВ В.В.	док.мед.наук, 14.01.20
11. КОРОСТЕЛЕВ А.Н.	док.мед.наук, 14.01.26
12. КРИГЕР А.Г.	док.мед.наук, 14.01.17
13. ОРУДЖЕВА С.А.	док.мед.наук, 14.01.20
14. ПОКРОВСКИЙ А. В.	док.мед.наук, 14.01.26
15. САПЕЛКИН С.В.	док.мед.наук, 14.01.26
16. ФЕДОРОВ А.В.	док.мед.наук, 14.01.17
17. ЧЖАО А.В.	док.мед.наук, 14.01.17
18. ЧЕРНОВА Т.Г.	док.мед.наук, 14.01.17
19. ЧУПИН А.В.	док.мед.наук, 14.01.26
20. ВИШНЕВСКИЙ В.А.	док.мед.наук, 14.01.17
21. САЛТАНОВ А.И.	док.мед.наук, 14.01.20

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ - Кубышкин Валерий Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, председатель диссертационного совета

СЕКРЕТАРЬ - Шаробаро Валентин Ильич - доктор медицинских наук,
ученый секретарь диссертационного совета

Повестка дня: защита диссертационной работы Тарасова Романа Сергеевича «Эндоваскулярная реваскуляризация у больных инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST при многососудистом поражении коронарного русла», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия.

Председатель: «Уважаемые члены диссертационного совета, уважаемые гости! Позвольте сообщить, что у нас есть кворум, значит наше заседание легитимно. Заседание диссертационного совета фиксируется видеозаписью. Позвольте объявить начало заседания. На повестке дня сегодня защита диссертации Тарасова Романа Сергеевича на тему: «Эндоваскулярная реваскуляризация у больных инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST при многососудистом поражении коронарного русла», на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности сердечно-сосудистая хирургия. Особо хочется подчеркнуть, что работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательском институте комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, лаборатория интервенционных методов диагностики и лечения. Это один из лидирующих центров сердечно-сосудистой хирургии в нашей стране, и работа из этого института, безусловно, представляет для нас огромный интерес. Научный консультант этой работы доктор медицинских наук Владимир Иванович Ганюков, он здесь присутствует. Официальные оппоненты: Игорь Юрьевич Сигаев, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением хирургии сочетанных заболеваний коронарных и магистральных артерий Института коронарной и сосудистой хирургии Научного центра имени Бакулева, Сергей Александрович Абугов, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела рентгенохирургии и аритмологии Российского научного центра хирургии имени Петровского, и Виктор

Владимирович Демин, доктор медицинских наук, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Государственного учреждения «Оренбургская областная клиническая больница». Ведущая организация – Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии», город Томск».

Ученый секретарь: «Тарасов Роман Сергеевич, 1978 года рождения, гражданин России. В 2002 году с отличием окончил Новосибирскую государственную медицинскую академию. Далее, по 2003 год проходил интернатуру. В 2003-2004 гг. – врач анестезиолог-реаниматолог Центральной клинической больницы Сибирского отделения Российской академии наук города Новосибирска. С 2004 по 2009 год работал врачом отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Новосибирского областного клинического кардиологического диспансера. С 2009-2010 года – старший научный сотрудник. С 2010 года и по настоящее время – ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. Диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Отсроченная эндоваскулярная реваскуляризация миокарда в лечении больных, перенесших инфаркт миокарда с выраженной дисфункцией левого желудочка» защитил в 2009 году в Новосибирском Научно-исследовательском институте патологии кровообращения имени Мешалкина. Соискатель имеет 107 опубликованных работ, из них по теме диссертации 61, в том числе 3 монографии, 19 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень Российских научных изданий, рекомендованных для опубликования научных результатов диссертаций. Вклад автора составляет от 60 до 100%. Апробация настоящей диссертации состоялась в июне 2014 года на заседании Проблемной комиссии Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. Диссертация получила положительную оценку и была рекомендована к защите. Комиссия членов нашего

диссертационного совета, рассмотрев эту диссертацию вынесла положительное заключение и приняла к официальной защите. Документы, имеющиеся в деле диссертанта, соответствуют требованиям ВАК».

Председатель: «Пожалуйста, какие будут вопросы к ученому секретарю? Хорошо. Роман Сергеевич, вам предоставляется слово для изложения существа вашей работы».

Соискатель, Тарасов Роман Сергеевич: В течение 20 минут изложил основные материалы диссертационного исследования, иллюстрируя свой доклад слайдами.

Председатель: «Спасибо, Роман Сергеевич. Достаточно необычная, но хорошая презентация. Пожалуйста, какие вопросы? Академик Анатолий Владимирович Покровский, пожалуйста».

Покровский А.В., д.м.н., профессор, академик РАН: «У меня несколько практических вопросов. Имеются данные, что покрытые стенты имеют более высокий процент тромбоза после двух лет. Какова у вас была доля больных, которые наблюдались дольше двух лет? И второй вопрос, с вашей точки зрения, увеличилось ли в вашей клинике количество полной одномоментной реваскуляризации? Пока два вопроса».

Соискатель: «Спасибо за вопрос. Действительно, существуют данные литературы, что помимо всех преимуществ, которые имеют стенты с лекарственным покрытием, что выражается в частности снижением частоты рестеноза и необходимости повторной реваскуляризации, у пациентов, которым имплантируются стенты с лекарственным покрытием, имеется большой риск развития так называемого позднего тромбоза стента, который происходит спустя год и более после чрескожного коронарного вмешательства. Несмотря на эти данные, ряд метаанализов позволил в современных рекомендациях по реваскуляризации, Европейского общества кардиологов и Американских, все-таки отдавать приоритет стентам с лекарственным покрытием для лечения пациентов с острым инфарктом миокарда, в том числе и с элевацией сегмента ST. То есть, эти показания

имеют высокий класс доказательности. Тем не менее, эти больные требуют высокой настороженности и оптимальных сроков приема двойной антитромбоцитарной терапии, которая может уменьшить риск позднего тромбоза стента. В любом случае, хоть показатели позднего тромбоза стента и выше по сравнению с пациентами, которые получают стенты без лекарственного покрытия, тем не менее, это не влияет глобально на результаты реваскуляризации при использовании стентов с лекарственным покрытием. Тем более, что существуют «on-label» показания к имплантации стентов с лекарственным покрытием, когда их использование необходимо, например: при сахарном диабете, при сосудах малого диаметра, при хронических окклюзиях, при бифуркационных поражениях. Хотя этот факт, безусловно, следует учитывать. И по поводу второго вопроса. С накоплением опыта мы глобально пришли к двум основным выводам. Во-первых, многососудистое стентирование является опцией лечения, которая должна иметь свое место в лечении в реальной клинической практике. Но она не должна превалировать. Я не стремлюсь доказать, что одномоментное многососудистое стентирование является оптимальной опцией лечения всех пациентов с инфарктом миокарда и элевацией сегмента ST. Одним из результатов работы, посвященному данному вопросу является дифференцированный выбор стратегии реваскуляризации на основании объективной оценки ряда клинико-демографических и ангиографических факторов. Доля таких пациентов в условиях реальной клинической практики не превышает 30% от общего количества больных. Превалировать должны поэтапные вмешательства, но в оптимальные временные интервалы, а именно в течение госпитального периода».

Покровский А.В., д.м.н., профессор, академик РАН: «Я хочу, чтобы вы уточнили, с вашей точки зрения, каков оптимальный срок для второго этапа реваскуляризации, если первым этапом было выполнено вмешательство только на одном сосуде?»

Соискатель: «На первом этапе при анализе данного вопроса были получены данные, свидетельствующие о том, что временной интервал не должен превышать 60 суток от момента первичного чрескожного коронарного вмешательства. На следующем этапе работы в рамках рандомизированного исследования были получены данные, что этот интервал не должен превышать рамок одной госпитализации. То есть, 9 суток, как было показано в настоящей работе. Выполнение второго этапа вмешательства в период времени, не превышающий 60 суток позволяет получать удовлетворительные результаты, а оптимальные результаты и доступность полной реваскуляризации миокарда – выполняя чрескожные вмешательства в рамках одного госпитального периода без выписки пациента».

Председатель: «Вы удовлетворены, Анатолий Владимирович? Хорошо, пожалуйста, еще вопросы. Валентина Семеновна Демидова, пожалуйста».

Демидова Валентина Семеновна, доктор биологических наук, заведующая клинко-диагностическим отделом: «Роман Сергеевич, вы оценивали в своей работе только хирургические аспекты вмешательства, или вы учитывали показатели коагулограммы, биохимические показатели, тромбогенные факторы? Влияли ли эти показатели на результаты лечения?»

Соискатель: «Специальные биохимические методы в рамках научной составляющей не были предусмотрены, хотя в рутинной клинической практике уделяется внимание вопросам оптимальной медикаментозной поддержки, приему двойной антитромбоцитарной терапии, на протяжении не менее чем одного года после чрескожного коронарного вмешательства. Рутинно у всех пациентов оценивались показатели коагулограммы, в ряде случаев проводилось тестирование резистентности к антиагрегантам. Но основными задачами исследования были другие вопросы».

Председатель: «Хорошо, пожалуйста, вопросы. Пожалуйста, Коростелев Александр Николаевич».

Коростелев А.Н., д.м.н., профессор: «Скажите, пожалуйста, как вы практически решаете вопрос, сделали стентирование инфаркт-зависимой артерии, когда выполнять стентирование других артерий, одновременно или спустя какой-то срок? Есть ли у вас какая-то специальная компьютерная программа, учитывающая многочисленные показатели?»

Соискатель: «Спасибо, это очень важный практический вопрос. Основопологающим результатом одного из разделов являлось создание калькулятора, в настоящее время он существует в виде программы «Excel», куда в течение одной минуты можно поместить все оцениваемые показатели. И этот калькулятор позволяет оценить вероятность неблагоприятного исхода при реализации стратегии одномоментного многососудистого стентирования или при поэтапном подходе. Этот калькулятор дает объективный ответ, какая стратегия реваскуляризации должна применяться для конкретного пациента».

Председатель: «Вы удовлетворены? Пожалуйста, какие еще вопросы? Владимир Николаевич, у вас нет вопросов? Хорошо. Роман Сергеевич, скажите пожалуйста, ваша работа представлена в зарубежной литературе, на зарубежных съездах, конгрессах?»

Соискатель: «Да, были доклады, постерные и устные, и публикации статей в международных изданиях на английском языке».

Председатель: «Да, я две публикации нашел в списке опубликованных работ».

Соискатель: «Да, кроме этого был ряд докладов на международных симпозиумах».

Покровский А.В.: «Скажите, пожалуйста, сколько чрескожных коронарных вмешательств выполняется в вашем центре ежегодно, и сколько вмешательств выполняет каждый сотрудник? Приблизительные цифры».

Соискатель: «На сегодняшний день в нашем центре ежегодно выполняется более двух тысяч чрескожных коронарных вмешательств. Примерно половина это больные со стабильной ишемической болезнью».

сердца и более тысячи это пациенты с острым коронарным синдромом. Из этой тысячи пациентов, порядка 45% это больные с инфарктом миокарда и элевацией сегмента ST. То есть, в год примерно 450 пациентов с инфарктом миокарда и элевацией сегмента ST получают urgentную реваскуляризацию методом стентирования».

Покровский А.В.: «Возможно вы неправильно поняли мой вопрос. У меня два разных вопроса. Первый вопрос, из тысячи больных с инфарктом, какой процент стентруется? А второй вопрос касается персонально сотрудников, сколько лично вы делаете вмешательств?»

Соискатель: «У нас в лаборатории работает 10 сотрудников. И в среднем каждый сотрудник выполняет примерно 200 чрескожных коронарных вмешательств в год. Примерно половина из них это острый коронарный синдром. Если говорить о группах пациентов, которые получают реваскуляризацию при остром коронарном синдроме методом чрескожного коронарного вмешательства, то в 100% случаев всем пациентам выполняется экстренная коронарография. Если мы говорим об инфаркте миокарда с элевацией сегмента ST, то есть о пациентах крайне высокого риска, с острой тромботической окклюзией, где крайне важно в кратчайший интервал времени обеспечить реперфузию, то естественно, 100% этих больных идут на чрескожные коронарные вмешательства. Если мы берем острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, то в когорте этих пациентов порядка 10-15% нуждаются в кардиохирургической операции, тогда как 85% получают чрескожные коронарные вмешательства».

Председатель: «Хорошо. Есть ли еще вопросы? Пожалуйста, профессор Ушакова Тамара Алексеевна».

Ушакова Т.А.: «Скажите, пожалуйста, в какой временной интервал времени наиболее оптимально выполнять реваскуляризацию миокарда пациентам с инфарктом и элевацией сегмента ST?»

Соискатель: «При данной патологии речь идет об urgentной реваскуляризации, где учитывается каждая минута задержки

реперфузионной терапии. Пациент, поступивший в клинику с данным диагнозом, должен минуя все другие подразделения и клинические исследования поступить в катетеризационную лабораторию, и в максимально короткий интервал времени получить реперфузию. Есть такой оцениваемый показатель – «дверь – баллон», то есть время от поступления в клинику до обеспечения реперфузии в инфаркт-зависимой артерии. И он по международным стандартам не должен превышать 40-60 минут. В нашем центре этот показатель по результатам прошлого года составил примерно 45 минут. То есть, меньше чем в течение часа от момента поступления в клинику больной должен получить реваскуляризацию».

Председатель: «Хорошо, если вопросов больше нет, то по регламенту мы можем устроить технический перерыв, или продолжать заседание. Какие будут предложения? Если предложений нет, тогда мы продолжаем заседание. Роман Сергеевич, пожалуйста, присядьте. Слово предоставляется научному консультанту, доктору медицинских наук Владимиру Ивановичу Ганюкову».

Ганюков В.И.: «Уважаемый Валерий Алексеевич, уважаемые члены диссертационного совета. Хотел бы поблагодарить за то, что наша работа была принята диссертационным советом на рассмотрение. Для нас это честь, представить результаты в одном из учреждений с богатейшей историей научных изысканий и практических достижений. Про Романа Сергеевича, в принципе, в характеристике были даны этапы его становления. Он начинал как анестезиолог-реаниматолог блока интенсивной терапии и очень быстро получил высокую оценку за свои профессиональные и деловые качества и перешел на работу в рентгенохирургическое отделение Новосибирского областного клинического кардиологического диспансера в 2004 году. Там он проявлял высокий уровень аналитических способностей, что закономерно привело к защите кандидатской диссертации в 2009 году, через 5 лет после работы в Кардиодиспансере на базе Научно-исследовательского института патологии кровообращения имени академика Евгения Николаевича Мешалкина Роман Сергеевич защитил диссертацию, тема которой касалась

постинфарктного ремоделирования левого желудочка. В 2009 году он был приглашен академиком Леонидом Семеновичем Барбарашем для работы во вновь создаваемый Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. За пять лет работы в институте он подготовил к защите представляемую диссертационную работу. Он является автором 45 статей, трех монографий, двух патентов. Неоднократно выступал на значимых конференциях в нашей специальности, таких как ТСТ в Соединенных штатах Америки, PCR во Франции. По результатам работы Научно-исследовательского института, по рейтингу научных работ, Роман Сергеевич, как правило, находится в пятерке лучших научных сотрудников из двухсот человек. Самостоятельно ежегодно выполняет не менее трехсот чрескожных коронарных вмешательств, половину из них при остром коронарном синдроме. И в данной работе более 60% пациентов это его работа. Также он является лидером института в рентгенохирургических операциях у новорожденных и детей младшего возраста. Обладает логическим складом ума. Хорошими навыками ораторского искусства. Я не сомневаюсь, что представленная работа будет оценена диссертационным советом института Вишневого объективно. Спасибо за внимание».

Председатель: «Спасибо».

Ученый секретарь: «Ведущая организация Научно-исследовательский институт Кардиологии города Томска в своем отзыве, составленном ведущим научным сотрудником отдела сердечно-сосудистой хирургии, доктором медицинских наук, профессором Вечерским, указала, что в диссертационной работе Тарасова Романа Сергеевича впервые детально изучен комплекс вопросов и определены пути их решения, обладающие безусловной научной новизной. К ним относятся такие как анализ результатов стратегии многососудистого стентирования в рамках первичного чрескожного коронарного вмешательства и поэтапной реваскуляризации у пациентов с инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST в зависимости от тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX, использование

стентов с лекарственным покрытием второго поколения. Определены оптимальные сроки выполнения коронарной реваскуляризации, исследованы критерии целесообразной неполной реваскуляризации в когорте пациентов с инфарктом миокарда и элевацией сегмента ST при многососудистом поражении, изучена прогностическая значимость шкалы SYNTAX и ее влияние на выбор стратегии реваскуляризации при инфаркте миокарда с элевацией сегмента ST. Выполнена оценка влияния субклинического и клинического мультифокального атеросклероза на исходы реваскуляризации у больных инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST при многососудистом поражении. Разработана модель комплексной оценки факторов риска, позволяющая осуществлять дифференцированный выбор оптимальной стратегии реваскуляризации у данной категории пациентов. В диссертации определен и доказан комплекс закономерностей, расширяющих представление об эндоваскулярной реваскуляризации у пациентов с инфарктом миокарда и элевацией сегмента ST при многососудистом поражении. Расширены границы современных знаний о выборе оптимальной стратегии лечения пациентов с данной патологией. В своем диссертационном исследовании Тарасов Роман Сергеевич раскрыл ряд противоречий и недостатков современных международных рекомендаций, касающихся реваскуляризации у данной категории пациентов. Это касается места многососудистого стентирования в рамках первичного чрескожного коронарного вмешательства, прогностической значимости анатомо-ангиографической шкалы степени выраженности коронарного атеросклероза SYNTAX, влияние мультифокального атеросклероза на исходы лечения, применение стентов с антипролиферативным покрытием второго поколения и комплексной оценки факторов риска, чем обоснована возможность дифференцированного выбора оптимальной стратегии реваскуляризации. Автором определены оптимальные стратегии реваскуляризации, разработана модель дифференцированного выбора. Создана система практических рекомендаций, касающаяся различных аспектов реваскуляризации при

многососудистом поражении сосудистого русла. Важными научными достижениями автора, свидетельствующими о научной новизне и значимости полученных результатов, стала реализация рандомизированного клинического исследования, в рамках которого были изучены различные стратегии реваскуляризации и эндоваскулярного лечения пациентов с инфарктом миокарда и элевацией сегмента ST при многососудистом поражении коронарного русла с использованием стентов с антипролиферативным покрытием второй генерации и разработка модели комплексной оценки факторов риска с созданием калькулятора для выбора оптимальной стратегии реваскуляризации в данной группе пациентов. Результаты и выводы диссертации Тарасова Романа Сергеевича целесообразно использовать в клинической практике сердечно-сосудистых и кардиологических центров, отделениях рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения, отделениях неотложной кардиологии, инфарктных и реанимации и интенсивной терапии. Также при подготовке специалистов по специальности сердечно-сосудистая хирургия, рентгеноэндоваскулярная диагностика и лечение и кардиология. Заключение: диссертация Тарасова Романа Сергеевича «Эндоваскулярная реваскуляризация у больных инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST при многососудистом поражении коронарного русла» является научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных автором исследований решена научная проблема – определение оптимальных стратегий реваскуляризации у пациентов с инфарктом миокарда и элевацией сегмента ST при многососудистом коронарном атеросклерозе, имеющей важное значение для сердечно-сосудистой хирургии, рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения и кардиологии, что соответствует требованиям к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, установленных пунктом 9 Положения о порядке присуждения ученых степеней. Также, в деле имеются несколько отзывов на авторефераты: из Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени Бакулева от академика Алеяна

Баграта Гегамовича, из центра Трансплантологии и искусственных органов имени Шумакова от профессора Миронкова Бориса Леонтьевича, из Новосибирского областного клинического кардиологического диспансера от профессора Бравве Иосифа Юрьевича, из Красноярской краевой клинической больницы от доктора медицинских наук Протопопова Алексея Владимировича, из Краснодарской Краевой клинической больницы №1 имени Очиповского от доктора медицинских наук Федорченко Алексея Николаевича. Все отзывы положительные и не содержат критических замечаний».

Председатель: «Хорошо, спасибо. Если нет замечаний, то нет необходимости вам Роман Сергеевич их опротестовывать. Позвольте предложить слово официальным оппонентам. Первым выступает профессор Сигаев Игорь Юрьевич. Пожалуйста, Игорь Юрьевич».

Официальный оппонент Сигаев И.Ю., д.м.н., профессор: «Глубокоуважаемый Валерий Алексеевич, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, коллеги. Мне было очень интересно ознакомиться с этой диссертационной работой. Так как я здесь представляю когорту коронарных хирургов, данная работа, пусть простят меня наши коллеги эндоваскулярные хирурги, уже в который раз ставит своей целью отобрать хлеб насущный у коронарных хирургов. Я не буду подробно останавливаться на всех главах. В официальной рецензии все подробно изложено. Я остановлюсь на основных и методологических моментах этой диссертационной работы. То, что мне показалось достаточно интересным. Во введении автор справедливо утверждает, что лечение больных с острым коронарным синдромом, в частности с острым инфарктом миокарда является прерогативой специалистов по эндоваскулярной хирургии. Да, действительно это так, хотя с внедрением операций на работающем сердце, без искусственного кровообращения, результаты операций прямой реваскуляризации миокарда стали значительно лучше. И этот метод также широко используется в острой стадии инфаркта миокарда, но это пока только

начало, и конечно в основном обычная стратегия заключается в том, что больной с острым коронарным синдромом поступает в клинику и чаще всего выполняется все-таки стентирование инфаркт-зависимой артерии. Автор поставил перед собой цель доказать, что одномоментное или этапное множественное стентирование не сопровождается увеличением риска осложнений как при оценке ближайших, так и отдаленных результатов. То есть, не возрастает число кардиальных осложнений. В соответствии с этой целью были поставлены и задачи. Я считаю, что автор, поставленные перед собой цели практически полностью решил. Почему я так уверенно об этом говорю. Несколько моментов, прежде всего дизайн исследования, дизайн диссертационной работы. Абсолютно правильно подобранные группы пациентов, очень правильно поставленные конечные точки исследования. Что очень важно, и что, я считаю, в нашей стране достаточно редко, это было проведено одноцентровое рандомизированное исследование больных, которое позволяет получить более достоверные данные. Ну, и естественно, количество пациентов, 327 пациентов это очень хороший клинический материал. И судя по тому, что здесь отвечал диссертант на вопросы, это практически один год работы. Очень тщательная статистическая обработка всех полученных материалов с использованием самых современных методов статистического анализа. Все это вкупе дает мне возможность достаточно уверенно говорить, что все полученные автором выводы, все полученные и опубликованные практические рекомендации они статистически достоверны. Теперь несколько слов по существу, о содержании работы, о ее научной составляющей. В своем исследовании автор доказывает, что многососудистое стентирование в рамках первичного эндоваскулярного вмешательства у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST не приводит к увеличению риска осложнений как в срок до одного месяца, так и в сроки до одного года. Автор сравнивает две группы это группа, где выполнялось одномоментное множественное стентирование и группу, где выполнялось этапное стентирование. Автор очень четко

доказывает, что ни по количеству инфарктов, ни по количеству тромбозов достоверной разницы между этими группами нет. Автор также считает, что наиболее оптимальные сроки при этапном стентировании – это временной интервал до двух месяцев. И диссертант может быть уже частично ответил на мой вопрос, но в качестве дискуссии, хотелось бы все-таки уточнить механизм принятия решения, кто и на каком этапе принимает решение относительно тактики? Потому что во всем мире существует так называемая «Heart team», то есть команда, состоящая из коронарного хирурга, кардиолога и эндоваскулярного хирурга. И уже на уровне такого согласительного документа решается, идет ли больной на стентирование, и в каком объеме, идет ли больной в дальнейшем на операцию прямой реваскуляризации миокарда и в какие сроки. Получается, что если больной поступает с острым инфарктом миокарда и выполняется коронарография, то получается, что эндоваскулярный хирург самостоятельно решает выполнить ли стентирование только инфаркт-зависимой артерии или множественное стентирование. Я думаю, что этот вопрос мы можем здесь обсудить. По содержанию самой диссертационной работы. Считаю очень важным и одним из главных то, что путем применения методов статистического анализа были выявлены факторы риска проведения подобных вмешательств и предикторы развития осложнений. Диссертант в своем докладе говорил, и этому посвящена отдельная глава, это вопросы лечения больных с мультифокальным атеросклерозом. И на это есть определенная причина, потому что у этих больных чаще всего множественное поражение коронарных артерий, с поражением дистального русла, как правило выраженный кальциноз. Автор в своем исследовании совершенно справедливо замечает, что данные пациенты нуждаются в более тщательном подходе и в более тщательном выборе тактики и стратегии хирургического лечения. Отдельная часть работы была посвящена больным, выделенным в зависимости от степени тяжести поражения коронарного русла по методике SYNTAX. Автор доказывает на цифрах, графиках и таблицах, то, что при

средних значениях SYNTAX результаты хорошие, при больших значениях – результаты гораздо хуже. И последнее, на что я хотел бы обратить внимание, и чему посвящена отдельная часть диссертационной работы, это так называемая полная и неполная реваскуляризация миокарда. Я хочу сказать, что уже много лет назад среди коронарных хирургов шла очень большая дискуссия, выполнять ли больным полную реваскуляризацию миокарда, или выполнять неполную. Были хирурги, которые пришивали 8-10 шунтов. И все сошлись на том, что существует такой термин как адекватная реваскуляризация миокарда. И что самое удивительное, в своей диссертационной работе Роман Сергеевич пришел по поводу стентирования примерно к таким же выводам, к каким пришли коронарные хирурги. Мне неоднократно приходилось наблюдать, когда поступает пациент и за два года например пациент получает 18-20 стентов, то есть стентуется все, что только можно. Автор в своей диссертационной работе совершенно четко, справедливо заключает, что малый диаметр коронарных артерий, ветви второго или третьего порядка, наличие рубцов, или зон, где нет ишемии, все это является теми факторами, на которые специалист по эндоваскулярным исследованиям должен обращать внимание и не заниматься лишней работой. Потому что точно также работают хирурги. Зачем реваскуляризовать зону сплошного рубца, когда для пациента это не будет иметь положительного влияния, а риск дополнительных тромбозов или дисфункции шунтов нарастает. В заключении я хочу сказать, что все поставленные задачи в своем диссертационном исследовании автор выполнил. Выводы и практические рекомендации в диссертационном исследовании полные, адекватные и соответствуют той цели и тем задачам, которые автор ставил перед собой в своей работе. Диссертация полностью соответствует всем требованиям ВАК, которые предъявляются к докторским диссертациям по специальности сердечно-сосудистая хирургия, а автор заслуживает искомой степени. Тем более что принципиальных замечаний у меня по диссертационной работе нет. Спасибо».

Председатель: «Спасибо. Что вы Роман Сергеевич можете ответить на те вопросы, которые Игорь Юрьевич поднимал?»

Сонскатель: «Спасибо, Игорь Юрьевич. Вопрос, относительно того, кто должен принимать решение о тактике лечения пациента и объеме реваскуляризации. Он действительно очень важный. Согласно современным стандартам действительно команда в составе кардиохирурга, интервенционного кардиолога и кардиолога должна принимать такое решение. Известно, что согласно всем рекомендациям, европейских и американских, когорты пациентов в острой стадии инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST это прерогатива эндоваскулярных подходов к лечению. Это связано с тем, что коронарное шунтирование все-таки имеет значительно худшие результаты у этой категории больных, что связано, во-первых, с отсрочкой реперфузии, потому что нужно гораздо больше времени, чтобы осуществить такую операцию, а каждая минута на счету, так как удлинение периода времени без реваскуляризации значительно ухудшает результаты лечения и, в частности, летальность. Что касается чисто практических аспектов, как принималось решение. На первом этапе кардиохирурги нашего центра также выражали некоторый скепсис по поводу многососудистого стентирования. Это несколько отодвигает позиции кардиохирургов при поэтапной реваскуляризации. И на первом этапе, когда мы эту стратегию апробировали, мы действительно совместно с кардиохирургом принимали такое решение. Однако после накопления опыта и получения первых отдаленных результатов, кардиохирурги нашего центра пришли к выводу, что доля таких больных, с инфарктом миокарда и элевацией, в общей группе больных, нуждающихся в реваскуляризации не так и велика, чтобы уменьшать объем кардиохирургических операций. Поэтому решение о выполнении многососудистого стентирования дали на откуп интервенционному кардиологу с учетом разработанного калькулятора, который позволяет объективизировать показания. Что касается поэтапного подхода, то более половины больных нуждается именно в таком подходе к

реваскуляризации. И решение о виде, объеме и сроках второго этапа, безусловно, в нашей клинике принимается совместно с кардиохирургом. Надо сказать, что у данного исследования были довольно жесткие критерии включения и исключения. В частности, исключались пациенты со стволовым поражением. Естественно, что больные, имеющие поражение ствола левой коронарной артерии в очень высоком проценте случаев в качестве второго этапа должны получать коронарное шунтирование, здесь сомнений нет. И место коронарного шунтирования при поэтапном лечении пациентов достаточно большое, и без такой опции лечения не обойтись».

Покровский А.В.: «Можно вопрос к диссертанту? Повторите, пожалуйста, какая в вашей клинике летальность?»

Соискатель: «Я сначала акцентирую внимание на том, что из исследования исключались больные с кардиогенным шоком, а эти пациенты, безусловно, увеличивают летальность в общей выборке пациентов. И исключались больные со значимым поражением ствола левой коронарной артерии. Пациенты без кардиогенного шока, и без поражения ствола левой коронарной артерии, получившие первичное чрескожное коронарное вмешательство в сроки до 12 часов от момента развития симптомов заболевания, годовая летальность у них колебалась от 3 до 5-6%. Госпитальная летальность в нашем центре, среди пациентов с инфарктом миокарда и элевацией сегмента ST, в среднем, составляет около 10%».

Председатель: «Хорошо. Роман Сергеевич, пожалуйста, присядьте. Мы готовы предоставить слово второму оппоненту, профессору Абугову Сергею Александровичу, центр академика Петровского».

Официальный оппонент Абугов С.А., д.м.н., профессор: «Глубокоуважаемый Валерий Алексеевич, глубокоуважаемые коллеги, члены ученого совета. Во-первых, позвольте поблагодарить за оказанную мне честь, выступить в стенах этого знаменитого и во многом родственного нам института. И также за оказанную честь оппонировать диссертацию, вышедшую из стен, я боюсь сказать самого лучшего института страны,

однако одного из лучших институтов, одной из лучших катетеризационных лабораторий страны, которой руководит доктор Ганюков, который очень известен не только в России, но и за ее пределами. Но это не является темой моего выступления. Темой моего выступления является диссертация Романа Сергеевича, которая посвящена одной вроде бы не хитрой, но в то же время очень серьезной проблеме. Нам хорошо известно, что чем раньше будет открыта любым способом коронарная артерия, тем больному будет лучше. Причем, речь здесь идет конечно не о сутках, не о часах, речь идет о минутах. Поэтому, когда был выполнен первый тромболизис, селективный, кстати, в этом есть официальный приоритет Советской тогда науки. Евгений Николаевич Чазов с группой авторов его выполнил. Это было в свое время переворот, однако результаты тромболизиса оказались недостаточно хороши, за счет того, что после тромболизиса остается остаточный стеноз, во многих случаях достаточно выраженный. И артерия склонна к повторному тромбозу, в связи с чем появление с 1977 года и наверно с 80-ых годов при остром инфаркте метода коронарной ангиопластики было очень оптимистичным. Результаты коронарной ангиопластики оказались не очень удачными в связи с жутким количеством повторных стенозов, которые возникают в месте дилатации, и, что более страшно, тромбозов. Поэтому идея вывода на рынок стентов оказалась очень логичной, и стент конечно значительно улучшил результаты ангиопластики у больных стабильной стенокардией, и конечно особенно у больных острым коронарным синдромом, поскольку он фиксирует разрывы и лоскуты интимы, которые остаются после баллонного катетера. Ситуация хорошо известна, когда к нам поступает больной с большим передним инфарктом, с окклюзией проксимальной или средней трети передней нисходящей артерии, и буквально через 5 минут восстанавливается коронарный кровоток, улучшаются показатели электрокардиограммы, улучшается сократимость левого желудочка, а в двух других артериях у больного остаются локальные выраженные стенозы, которые технически очень просто устраняются. И казалось очень логичным

немедленно устранить эти стенозы. Для того чтобы не выполнять повторную реваскуляризацию. Кстати, если можно, замечание. Реваскуляризация не сосуда, сосуд нельзя реваскуляризовать, реваскуляризовать можно только миокард, который находится в бассейне этого сосуда. Оказалось то, что было сделано на голометаллических стентах и стентах с покрытием первого поколения резко ухудшает результаты. За счет того, что больные, видимо, не достаточно нагружены блокаторами P2Y12 рецепторов, пик их действия немного смещается. Может быть в силу большей тромбогенности голометаллических стентов по сравнению со стентами второго поколения, которые использовались в данном исследовании. Поэтому на некоторое время не было рекомендовано выполнение многососудистой ангиопластики, и спустя какое то время, с появлением стентов с лекарственным покрытием первого поколения, особенно второго поколения, все больше и больше групп исследований возвращаются к этому вопросу. Есть ли возможность выполнять полную реваскуляризацию на остром инфаркте миокарда с элевацией сегмента ST, и если можно, имеет ли это смысл. Решению этого вопроса и посвящена очень элегантная работа Романа Сергеевича, который, я сразу хочу сказать, это лучшая диссертация, которую я держал в руках в своей жизни. Ничего лучше я в своей жизни не видел. Это потрясающий труд, который написан в стиле строго выполненного исследования. Справедливо было сказано, что это одноцентровое рандомизированное исследование. Не все больные были рандомизированы, часть анализа проводилась ретроспективно. Это образцовый труд, который я собираюсь давать всем своим аспирантам и докторантам, чтобы они посмотрели, как надо писать диссертацию. Математический аппарат, который использовался в этой диссертации, на том уровне понимания, которым я обладаю, был абсолютно корректный, но большую часть этого аппарата я не понимал вообще. Честно говоря, вот эти замечательные формулы, которые показал Роман Сергеевич, если бы это была нотная грамота, я понял бы приблизительно столько же. Поэтому я обратился к математикам, которые

подтвердили корректность выполненных расчетов. Я не уверен, что этот калькулятор имеет очень большое клиническое значение, но наверно имеет. Немного непривычно у больного с острым коронарным синдромом извлекать квадратные корни. В 4 утра это может быть несколько сложно. Тем не менее, для научного расчета конечно польза несомненна. И если создана такая программа на базе простенького «Excel», возможно конечно да. Я не буду дальше делиться своими соображениями о диссертации, потому что они у меня в целом и общем делятся от положительных до восторженных. Я просто хочу сказать, у меня есть два замечания. Первое замечание – мне очень понравился автореферат. Но он был напечатан таким шрифтом, что мне пришлось поменять очки на более сильные. В целом и общем, диссертация полностью отвечает всем требованиям ВАК и соответствующему пункту. А диссертант, несомненно, заслуживает искомой степени».

Председатель: «Прекрасно. Спасибо, Сергей Александрович. Что вы желаете и можете ответить, Роман Сергеевич?»

Сонскатель: «Мне остается только поблагодарить Сергея Александровича за большую работу, которую он проделал, изучая диссертационное исследование. И за тот отзыв, который он дал. Большое спасибо».

Председатель: «Хорошо, спасибо. И, наконец, выступление третьего оппонента, профессора Демина Виктора Владимировича, пожалуйста».

Официальный оппонент, д.м.н., Демин В.В.: «Глубокоуважаемый Валерий Алексеевич, глубокоуважаемые члены совета. Для меня очень большая честь выступать с этой трибуны, потому что это учреждение для меня дважды Alma mater. В начале своей работы я был сосудистым хирургом, и Анатолий Владимирович для всех нас, для всей страны учитель. И поэтому первые свои шаги в сосудистой хирургии я сделал в этом учреждении. Почти 15 лет назад я защищался на этой же трибуне. Для меня большая честь здесь выступать. После Сергея Александровича трудно что-то добавить, касаясь аспектов, связанных с актуальностью этой работы и тех

вопросов, которые она поднимает. Скажу лишь, что в тех случаях, когда мы имеем небольшие локальные стенозы, помимо симптом-связанной артерии, очень большой соблазн сразу помочь пациенту, избавить его от необходимости повторно приходить к врачу, к интервенционному хирургу или кардиохирургу. Но это не всегда так, ведь бывают и окклюзии артерий, и более сложные поражения. В этой работе затронуты и такие аспекты. Нам всегда приходится помнить и о том, что инфаркт миокарда это не поражение одной артерии, это поражение всего коронарного русла с разной степенью нестабильности бляшек в разных артериях, и именно поэтому мы хотим получить какой-то инструмент, который позволит нам более объективно подойти к выбору метода лечения. Клиника, которую представляет Роман Сергеевич и его руководитель, является лидером в стране по вмешательствам при остром коронарном синдроме. И тогда, когда еще не было широкого распространения сосудистых центров, которые занимаются острой патологией, коронарной и неврологической, уже тогда Кемерово лидировало в этом аспекте. И не даром одним из руководителей так называемой европейской инициативы «Stent for Life» является Владимир Иванович Ганюков. Безусловно, работа основана на большой доказательной базе. 327 пациентов с инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST это большой объем работы даже с учетом того, что это не все пациенты, поступавшие в клинику с учетом ограничений о которых говорил диссертант. Очень важно, что ее построение очень логично вытекает из поставленных задач. Читая работу, ты проникаешься идеями автора, потому что методично, раз за разом ставятся вопросы и даются на них ответы. И у человека, который первый или второй раз читает работу, создается понимание, как мыслил автор, создавая эту работу. Для диссертационного исследования, достаточно молодого человека, нужно отметить большое количество публикаций, о которых здесь говорилось, в том числе и в зарубежной печати и журналах ВАК. Поскольку предыдущие выступающие не уделили этому внимания, я несколько слов посвящу анализу построения работы. С содержанием мы очень хорошо

познакомились. Традиционное построение диссертации, которое включает введение, обзор литературных данных, описание материалов и методов, три главы, отражающих полученные результаты, глава с их обсуждением. А также заключение, выводы, практические рекомендации, клинические примеры и список литературы. 208 источников в списке литературы, из которых 19 отечественных и 189 зарубежных авторов. Очень хороший литературный язык, и речь великолепна у диссертанта. Работа легко читается. В обзоре литературы отражены современные подходы к проблеме. Во второй главе – общая характеристика обследованных больных, описание клинических методов и методики статистического анализа. Хотелось бы еще раз отметить, что статистическая обработка проведена на очень высоком уровне. Буквально каждая цифра, которую мы видим в выводах и при математической обработке, она доказана. В подглавах 3 и 5 подробно отражены полученные результаты. 227 больных это группа последовательных пациентов и 100 вошли в рандомизированное исследование. В третьей главе подробно рассмотрены результаты лечения в каждой группе и подгруппах при разных стратегиях реваскуляризации и в разные сроки после операции. Четвертая глава посвящена мультифокальному атеросклерозу и факторам, которые влияют на прогноз. Наверное, многие знают, что клиника, из которой вышел диссертант это клиника, для которой проблема мультифокального атеросклероза является основной проблемой. Безусловно, эти аспекты освещены на высоком уровне. Шкала SYNTAX, которая разработана для плановых пациентов, с успехом была использована в данном случае, и доказано, что подобные шкалы могут быть использованы для стратификации риска. В пятой главе рассмотрены результаты реваскуляризации в зависимости от сроков выполнения второго этапа вмешательства. Логическим завершением собственных результатов стало всестороннее обсуждение, которое представлено в шестой главе и заключении. Каждый тезис, который был заявлен автором, получил всесторонний анализ, и в итоге, выводы вытекали из результатов

исследований. Принципиальных замечаний по диссертации у меня нет, но неизбежно, что работа, посвященная такой серьезной проблеме должна иметь какие-то дискуссионные вопросы. Автор указывает, что по литературным данным и в исследовании использовались принципы целесообразной неполной реваскуляризации, позволяют не вмешиваться при малом диаметре артерии, не более чем одном эпикардальном сосуде, оставшемся без реваскуляризации, в стенозах ветвей второго порядка при малосимптомном течении заболевания. Однако при обсуждении результатов, автор в эту группу включает и хронические окклюзии со сформированными коллатеральными. Мне кажется, что данный тезис достаточно дискуссионный, и требует уточнения. В регистрационной части, интервал времени между вмешательствами был довольно длительным. И автор делит пациентов на группы, до 60 дней и после 60 дней. А в рандомизированном исследовании этот интервал составляет 8,6 дня, то есть повторная операция выполнялась в рамках одной госпитализации. Хотелось бы услышать, считает ли автор возможным сравнивать такие группы пациентов в отношении второго этапа. Являются ли они сопоставимыми, когда разница между первым и вторым этапом составляет такую большую разницу. Я хочу подчеркнуть, что эти замечания носят дискуссионный характер и не влияют на положительную характеристику работы и не вызывают сомнений в ее диссертационности. В заключении я хочу согласиться с мнениями выступавших здесь коллег, что диссертационное исследование Романа Сергеевича Тарасова, безусловно, является законченным научным трудом, в нем автор решил важную научную проблему, касающуюся актуального вопроса сердечно-сосудистой хирургии. Работа автора соответствует всем требованиям, сформулированным в пункте 9 Положения о присуждении ученых степеней, утвержденным Постановлением Правительства. Таким образом, соискатель достоин присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности сердечно-сосудистая хирургия. Спасибо».

Председатель: «Спасибо, Виктор Владимирович. Пожалуйста, Роман Сергеевич, ответьте».

Соискатель: «Спасибо, Виктор Владимирович. По поводу первого вопроса. Действительно, часть пациентов, на материале которых проводилась разработка и апробация критериев целесообразной неполной реваскуляризации, имели хроническую окклюзию коронарной артерии. Нужно сказать, что такие пациенты, помимо хронической окклюзии, имели еще острую тромботическую окклюзию одной из коронарных артерий, что и послужило причиной развития инфаркта миокарда и поступления в клинику, и наличие как минимум еще одного значимого стеноза в еще одной коронарной артерии. Таким образом, пациенты, имеющие хроническую окклюзию, им признавалось целесообразным не выполнять реканализацию хронической окклюзии, при том условии, что они уже получили реваскуляризацию инфаркт-зависимой артерии, и стентирование еще как минимум одной артерии, при условии, что в дальнейшем они не имели стенокардии или имели малосимптомное течение ишемической болезни сердца. Но это не значит, что пациенты с хроническими окклюзиями не должны получать эндоваскулярную реканализацию хронических окклюзий. Выбирая тактику лечения для таких пациентов, мы руководствуемся общепринятыми показаниями, в частности мы проводим магнито-резонансную томографию для уточнения объема жизнеспособного миокарда в зоне кровоснабжения артерии, имеющей хроническую окклюзию. Выполняются стресс-тесты, которые свидетельствуют о наличии или отсутствии значимой ишемии. И если у пациента при хронической окклюзии коронарной артерии имеется клиника, или имеются признаки ишемии по данным не инвазивных тестов, имеется жизнеспособный миокард, то такие пациенты, безусловно, должны рассматриваться как кандидаты на эндоваскулярную реканализацию хронической окклюзии. Другое дело, что выполнять эту достаточно сложную процедуру не следует в острую стадию инфаркта миокарда, и такие вмешательства должны проводиться в плановом

порядке. А с учетом разработанных и апробированных критериев, можно говорить о том, что если у пациента после многососудистой реваскуляризации остается хроническая окклюзия, то ее реканализация через несколько месяцев и до года не повышает риска неблагоприятных кардиоваскулярных событий. И я отвечаю на второй вопрос, по поводу сроков между этапами реваскуляризации. Вопрос был о том, корректно ли сравнивать срок более или менее 60 дней с рандомизированным исследованием, где этот срок был ограничен госпитальным периодом. Эти периоды сравнивать не следует. Просто одно вытекает из другого. На первом этапе исследования были получены данные о том, что не следует превышать срок в 60 дней, а на втором этапе были получены данные, свидетельствующие о том, что мы должны ограничиваться периодом одной госпитализации».

Председатель: «Спасибо. Вы удовлетворены, Виктор Владимирович? Хорошо. Прежде, чем мы предоставим слово не официальным оппонентам, позвольте предложить вам состав счетной комиссии. Предлагается профессор Коростелев Александр Николаевич, доктор медицинских наук Оруджева Саида Алияровна, и доктор медицинских наук Сапелкин Сергей Викторович. Какие есть возражения, предложения? Утвердить. Кто воздержался, кто «против»? Принято единогласно. Я прошу счетную комиссию приступить к работе. Думаю, что сейчас мы можем услышать мнения не официальных оппонентов. Пожалуйста, кто желает выступить?»

Покровский А.В.: «Я просто хочу для аудитории сказать, что мы с вами свидетели достаточно быстрой смены тактики лечения больных острым инфарктом миокарда. Еще 2-3 года назад основным методом лечения был тромболизис. Сейчас практически тромболизис не проводят. Я хотел бы, чтобы диссертант в заключении еще раз подчеркнул. Те больные, которым вы второй этап реваскуляризации выполняли в сроки более месяца, если бы они условно были сейчас вами оперированы, то вы бы перешли на девятидневный интервал, или остались в такой же позиции? Что определяет

удлинение сроков выполнения второго этапа? Технические возможности, желание хирурга, или, все-таки, какие-то объективные показатели?»

Сонскатель: «Большое спасибо за вопрос. С учетом полученных данных, следует говорить о том, что оптимальным интервалом времени является период госпитализации. То есть, не следует выписывать пациента, который имеет многососудистое поражение коронарного русла и перенесенный инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST, без полной реваскуляризации миокарда. Во-первых, многососудистое стентирование безопасно и эффективно, и улучшает госпитальные и отдаленные результаты. Во-вторых, выписка пациента вне полной реваскуляризации оставляет его в достаточно высоком диапазоне риска неблагоприятных кардиоваскулярных событий, что может случиться вследствие оставленных, пока стабильных стенозов. Поэтому, однозначно, полная реваскуляризация в течение одной госпитализации».

Председатель: «Хорошо. Кто желает выступить еще? Андрей Владимирович Лучкин, кардиохирург».

Лучкин А.В.: «Я прослушал диссертацию, очень интересно. Хотел бы обратить внимание и поднять вопрос для дискуссии. Иногда необходимо остановиться на стентировании только симптом-зависимой артерии. Например, группа пациентов с хроническими окклюзиями. Пациентам, у которых была стентирована инфаркт-зависимая артерия, еще артерия, имеющая стенозы, имеющих дополнительно хроническую окклюзию, эта окклюзия планировалась на лечение после обследования. Когда оценивалась ее структура и возможности ее открытия. Наверное, в таких случаях правильное открывать инфаркт-зависимую артерию и на этом останавливаться. И потом уже коллегиально решать вопрос, что с пациентом делать. Оценить возможность выполнения операции на работающем сердце, и обеспечить адекватную реваскуляризацию, или же обеспечить открытие артерии методом эндоваскулярным, и тем самым обеспечить полную реваскуляризацию. Следует обратить внимание на возрастных пациентов. У

которых риск открытой операции повышается вследствие сопутствующей патологии. У этой группы пациентов стентирование является приоритетным, потому что позволяет избежать осложнений со стороны других органов и систем, которые приводят к полиорганной недостаточности и неблагоприятному результату».

Председатель: «Спасибо. У вас есть комментарий по этому вопросу, Роман Сергеевич, какие-то возражения?»

Соискатель: «Спасибо. Очень интересный вопрос затронут. Я в целом соглашаюсь с этим замечанием. На мой взгляд, пациенты с трехсосудистым поражением, если это поражение включает хроническую окклюзию, в первую очередь должны рассматриваться, как требующие поэтапную реваскуляризацию с применением коронарного шунтирования. В особенности, если этой окклюзией являются проксимальные и средние сегменты передней нисходящей артерии. Должно быть коллегиальное решение с учетом мнения кардиохирурга. Часть пациентов будет нуждаться в выполнении коронарного шунтирования вторым этапом».

Председатель: «Хорошо, спасибо. Позвольте добавить собственное суждение. Я очень доволен сегодняшней защитой. И еще раз убеждаюсь в том, что термины центр и периферия в наше время не приемлемы. Особенно, когда речь идет о новых технологиях, о высоких технологиях и научном потенциале жителей того или иного региона нашей большой страны. То, что сегодня представил Роман Сергеевич, это из очень авторитетного и очень активно развивающегося учреждения, под руководством очень авторитетного руководителя Владимира Ивановича, очень известного специалиста в этой области. Мы все с вами обратили внимание на очень выверенную и корректную методологию исследования, чем отличаются далеко не все диссертации. Очень хорошо продуманный дизайн исследования. Заметьте, что это очень короткий промежуток времени, с 2009 года выбраны пациенты. Это тоже украшает работу, в отличие от тех работ, которые анализируют 10-30-летний период накопления опыта. То есть, это более достоверные данные,

с учетом однотипных технологий, лекарственных препаратов и так далее. Эта работа иллюстрирует высокое хирургическое искусство. Везде, где речь идет о хирургии, на первом плане стоит не только мысль, но и высокое мануальное искусство. Вы, Роман Сергеевич, перспективный талантливый ученый, исследователь, и это ваш не последний труд, я хотел бы вас попросить не увлекаться аббревиатурами. Этот труд, который вы представили на суд, он единственный и уникальный, и поэтому не нужно использовать слишком большое количество сокращений. Ведь это еще и литературный труд. И при вашем продемонстрированном здесь интеллекте и образованности, не надо свой литературный труд девальвировать многочисленными сокращениями. Я понимаю, когда мы пишем Abstract, где лимитировано количество знаков, но Abstract научно-литературный труд существенно отличаются. Есть десяток общепринятых аббревиатур, которыми стоит пользоваться. Но это не дефект. Работа впечатляет по методологии, дизайну, результатам. И как это нам продемонстрировали оппоненты, работа достойна высокого научного признания. Пожалуйста, Роман Сергеевич».

Соискатель: «Большое спасибо. Мне хотелось бы поблагодарить глубокоуважаемого Валерия Алексеевича, глубокоуважаемого Валентина Ильича, глубокоуважаемых членов диссертационного совета за предоставленную возможность представить свое диссертационное исследование в рамках столь уважаемого и авторитетного учреждения. Это, безусловно, большая честь. Мне хотелось бы выразить слова благодарности моему учителю и научному консультанту Владимиру Ивановичу Ганюкову, который является моим научным руководителем и учителем. И это касается и практических аспектов работы и научных. За большой вклад в мое становление как ученого и эндоваскулярного хирурга. Мне хотелось бы поблагодарить администрацию учреждения, в котором была выполнена эта работа, Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, сотрудников лаборатории

интервенционных методов диагностики и лечения, за помощь на всех этапах в научных и практических аспектах. Отдельно хотелось бы выразить слова искренней благодарности официальным оппонентам: доктору медицинских наук, профессору Игорю Юрьевичу Сигаеву, доктору медицинских наук, профессору Сергею Александровичу Абугову, доктору медицинских наук, профессору Виктору Владимировичу Демину, за глубокий профессионализм, за детальное изучение работы, за очень интересные вопросы, которые затрагивались в дискуссии. Огромное спасибо. Еще раз хотелось бы поблагодарить всех членов диссертационного совета за терпение, внимание и интерес, проявленный к работе. Большое спасибо».

Председатель: «Не забывайте благодарить родителей и семью. Хорошо, спасибо».

Коростелев А.Н.: «Глубокоуважаемый Валерий Алексеевич, глубокоуважаемые члены ученого совета, Роман Сергеевич. Счетная комиссия провела тщательный статистический анализ результатов голосования. В результате, роздан 21 бюллетень, в урне 21 бюллетень, «за» - 21 бюллетень, «против» и недействительных нет».

Председатель: «Позвольте провести голосование по протоколу счетной комиссии. Воздержавшихся и «против» нет, спасибо. Нам необходимо еще утвердить заключение. Какие замечания и предложения? Принять заключение. Прошу проголосовать. Воздержавшихся, «против» нет. Тогда позвольте поблагодарить Романа Сергеевича, Владимира Ивановича и весь коллектив Центра, который представляет эту работу. Удачи вам».

Председатель

диссертационного совета, академик РАН

В.А. Кубышкин

Ученый секретарь

диссертационного совета, д.м.н.

В.И. Шаробаро

