

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 кандидата медицинских наук

Базанову Ивану Сергеевичу

г. Москва, 19 ноября 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. ШАРОБАРОВ В.И.	док.мед.наук, 14.01.17
3. АЛЕКСЕЕВ А.А.	док.мед.наук, 14.01.17
4. ВИШНЕВСКИЙ В. А.	док.мед.наук, 14.01.17
5. ДАН В.Н.	док.мед.наук, 14.01.26
6. ЗВЯГИН А.А.	док.мед.наук, 14.01.20
7. ЗОТИКОВ А.Е.	док.мед.наук, 14.01.26
8. КАЗЕННОВ В.В.	док.мед.наук, 14.01.20
9. КОКОВ Л.С.	док.мед.наук, 14.01.26
10. КОРОСТЕЛЕВ АН.	док.мед.наук, 14.01.26
11. КРИГЕР А.Е.	док.мед.наук, 14.01.17
12. ОВЕЗОВ А.М.	док.мед.наук, 14.01.20
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. СТАРКОВ Ю.Г.	док.мед.наук, 14.01.17
17. СУББОТИН В.В.	док.мед.наук, 14.01.20
18. ЧЕРНОВА Т.Е.	док.мед.наук, 14.01.17
19. ЧУПИН А.В.	док.мед.наук, 14.01.26

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 Базанова Ивана Сергеевича «Рентгенэндоваскулярная тактика лечения пациентов с возвратом стенокардии после операции коронарного шунтирования», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия.

Председатель: «Дорогие члены учёного совета, вашему вниманию представляется защита диссертации Базанова Ивана Сергеевича на тему: «Рентгенэндоваскулярная тактика лечения пациентов с возвратом стенокардии после операции коронарного шунтирования», специальность - сердечно-сосудистая хирургия 14.01.26. Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Медицинского института Российского Университета Дружбы Народов. Научный руководитель – Файбушевич Александр Георгиевич, доцент, заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Медицинского института Российского Университета Дружбы Народов. Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор Араблинский Александр Владимирович - заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина и Бабунашвили Автандил Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии Многопрофильной клиники Центр Эндохирургии и Литотрипсии. Ведущая организация - «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова».

Ученый секретарь: «Базанов Иван Сергеевич, 1986 года рождения, гражданин России. В 2010 году соискатель окончил медицинский факультет Российского Университета Дружбы Народов по специальности «Лечебное дело». В 2012 году - ординатуру на кафедре госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского Университета Дружбы Народов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению. И с 2012 года по 2015 год

обучался в аспирантуре на кафедре госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского Университета Дружбы Народов по специальности «Сердечно-сосудистая хирургия». С 2012 работает врачом по эндоваскулярным диагностике и лечению отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения заболеваний сердца и коронарных сосудов центра рентгенохирургических методов диагностики и лечения «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Министерства обороны Российской Федерации. Диссертационная работа подготовлена на кафедре госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского Университета Дружбы Народов. По теме диссертации автором сделано 5 публикаций в рецензируемых ВАК журналах и 4 тезиса. Авторский вклад составляет от 60% до 80%. Апробация работы прошла на заседании кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского университета дружбы народов, заключение положительное и работа рекомендована к защите. Предварительное заключение экспертной комиссии диссертационного совета - положительное. Документы, имеющиеся в деле диссертанта, соответствуют требованиям ВАК».

Председатель: «Спасибо, есть ли какие-либо дополнительные вопросы по доложенным материалам? Нет. Тогда, пожалуйста, Иван Сергеевич, вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений своей работы».

Соискатель Базанов Иван Сергеевич: В течение 16 минут изложил основные материалы диссертационного исследования, иллюстрируя свой доклад слайдами.

Председатель: «Хорошо, спасибо. Пожалуйста, уважаемые члены учёного совета, какие будут вопросы к нашему соискателю? Академик Коков Леонид Сергеевич, пожалуйста».

Коков Л. С., д.м.н., профессор, академик РАН: «Я по порядку задам два вопроса. Первое: у вас в характеристике материала было: «Первичный характер поражения шунтов». Что это такое?»

Соискатель: «Уважаемый Леонид Сергеевич, спасибо за вопрос! Первичный характер поражения шунтов обозначает, что ранее стентирование шунтов не выполнялось, то есть это новое поражение, только что найденное».

Коков Л. С., д.м.н., профессор, академик РАН: «Второе. По дизайну исследования, в методах, которые применялись для диагностики у вас, кроме ЭХО и ЭКГ далее уже идёт коронарография», а в клинических примерах вы указали в первом конкретно примере на сцинтиграфию. Всё-таки сцинтиграфия выполнялась, но не была принята к исследованию в анализ статистики, да?».

Соискатель: «Да сцинтиграфия выполнялась, но в анализ статистики не была принята, так точно».

Председатель: «Спасибо, пожалуйста, какие ещё вопросы? Пожалуйста, профессор Валентина Семёновна Демидова».

Демидова В. С., д.б.н., профессор: «Скажите пожалуйста, в вашем исследовании прозвучало, что вы обращали внимание на нарушение только липидного обмена и углеводного обмена, а такие вещи, как нарушения свёртывающей системы и воспалительные маркёры, вы их никак не оценивали, у вас их нет ни до вмешательства, ни в отдалённом периоде?»

Соискатель: «Глубокоуважаемая Валентина Семёновна, мы оценивали их в рамках проведения операций, в рамках проведения стентирования, но в исследования в качестве факторов риска мы не включали эти данные, то есть мы их не включили в наше исследование в качестве факторов риска».

Демидова В. С., д.б.н., профессор: «Тогда ещё такой вопрос, вы посчитали, что они не важны, вы не обратили на них никакого внимания, не стали литературу по этому поводу поднимать или по какой причине?»

Соискатель: «Мы поднимали литературу по этому поводу, и нам показалось, что литературных данных в данном случае достаточно».

Председатель: «Пожалуйста, кто желает ещё вопрос задать? Профессор Субботин Валерий Вячеславович».

Субботин В. В., д.м.н., профессор: «У меня такой вопрос, хотя это не вошло в исследование, вы делали сцинтиграфию: вы делали обычную сцинтиграфию миокарда или стресс сцинтиграфию миокарда?»

Соискатель: «Уважаемый Валерий Вячеславович, мы делали стресс сцинтиграфию миокарда».

Председатель: «Пожалуйста еще вопросы. У меня вопрос необычного характера, что такое ГМС?»

Соискатель: «Голометаллические стенты».

Председатель: «Вы даже знаете, вы даже помните. Да. Не буду вас мучать, здесь может быть вопрос на две страницы. Тогда, пожалуйста, присядьте Иван Сергеевич. Слово предоставляется научному руководителю, доценту Файбушевичу Александру Георгиевичу. Пожалуйста, Александр Георгиевич».

Файбушевич А.Г. к.м.н., доцент: «Уважаемый Валерий Алексеевич, уважаемый Валентин Ильич, уважаемые члены учёного совета, во-первых, я хочу выразить благодарность от себя лично, от своей кафедры и от нашего аспиранта, за то, что нам предоставлена возможность защищаться в столь значимом научном медицинском учреждении, для нас это огромная честь и огромная ответственность, ещё раз большое спасибо. Что касается характеристики Ивана Сергеевича, на кафедре он провёл с учётом ординатуры и аспирантуры без малого 5 лет, а если учесть его студенческие заслуги ещё со студенческого научного общества, то получается почти 7. Уже с первых его шагов на нашей кафедре, было чётко понятно, к какой цели Иван Сергеевич стремится, кем он хочет стать, кем он себя видит в медицине и в науке. Собственно говоря, я могу охарактеризовать его как прекрасного специалиста в области эндоваскулярных методов диагностики и лечения. Он был одним из первых ординаторов кафедры по данной специальности. В 2010 году эта специальность только появилась. Дальше аспирантура, и

большинство практического материала, который был использован в этой работе, был либо лично выполнен Иван Сергеевичем или выполнен с его участием. Что касается значимости его научных достижений, я думаю об этом расскажут оппоненты и предоставляю судить учёному совету».

Председатель: «Спасибо большое Александр Георгиевич. По регламенту мы имеем возможность объявить технический перерыв. Какое ваше мнение, нужно это делать? Рано. Возражений нет? Тогда продолжаем работу, пожалуйста».

Ученый секретарь: «Ведущая организация «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» в своем отзыве указала, что в результате настоящего исследования разработан алгоритм эндоваскулярного лечения пациентов с возвратом стенокардии после коронарного шунтирования, основанный на выявлении факторов риска и дифференцированном подходе к выбору стратегии лечения, который на фоне использования стентов с лекарственным покрытием способен существенно улучшить результаты вмешательств. Определены критерии выбора между тактиками реваскуляризации шунтов и реваскуляризации нативного коронарного русла, проведён сравнительный анализ тактик стентирования шунтов и нативного коронарного русла при дифференцированном подходе к выбору поражения, основанном на морфологии. Доказано, что непосредственные и отдаленные клинические результаты тактик реваскуляризации нативного русла и реваскуляризации шунтов сопоставимы при дифференцированном подходе к выбору поражения, которое подвергается реваскуляризации.

Проведённый автором на большом клиническом материале сравнительный анализ тактик стентирования шунтов и нативного коронарного русла показал, что дифференцированный подход к выбору поражения для стентирования приводит к улучшению непосредственных и отдалённых результатов эндоваскулярного лечения пациентов с возвратом стенокардии после операции коронарного шунтирования.

Внедрение полученных результатов и алгоритма в клиническую практику позволит улучшить результаты лечения и снизить количество осложнений при эдоваскулярном лечении пациентов с возвратом стенокардии после операции коронарного шунтирования, с поражением шунтов и нативного коронарного русла. Выводы и результаты лечения достаточно достоверны, так как базируются на проспективном анализе достаточного количества обследованных пациентов. Полученные результаты и выводы диссертационной работы целесообразно рекомендовать к использованию в практике отделений кардиохирургии и кардиологии, а также при подготовке специалистов по специальности «сердечно-сосудистая хирургия».

Диссертация Базанова Ивана Сергеевича «Рентгенэндovasкулярная тактика лечения пациентов с возвратом стенокардии после операции коронарного шунтирования», выполненная под руководством кандидата медицинских наук, доцента Файбушевича Александра Георгиевича, является законченной научно-квалификационной работой, которая содержит решение научной задачи - повышение эффективности рентгенэндovasкулярных вмешательств у пациентов с рецидивом стенокардии (с поражением шунтов и нативного русла) после ранее выполненной операции коронарного шунтирования, имеющей значение для развития сердечно-сосудистой хирургии и кардиологии, что соответствует требованиям к диссертациям на соискание учёной степени кандидата наук, установленным «Положением о порядке присуждения учёных степеней», а сам автор Базанов Иван Сергеевич заслуживает присуждения учёной степени кандидата медицинских наук по специальности «Сердечно-сосудистая хирургия». Отзыв подписан заведующим отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения, профессором кафедры грудной и сердечно-сосудистой хирургии с курсом рентгенэндovasкулярной хирургии ИУВ НМХЦ им. Н.И. Пирогова А. Г. Виллером. Также в деле имеется отзыв на автореферат кандидата медицинских наук, врача сердечно-сосудистого хирурга 3 ЦВКГ им. А.А.

Вишневого А. А. Кузнецова. Отзыв положительный, критических замечаний не содержит».

Председатель: «Поскольку нет замечаний, нет основания отвечать вам, Иван Срегеевич, позвольте предоставить слово уважаемым оппонентам. Профессору Араблинскому Александру Владимировичу. Пожалуйста».

Официальный оппонент Араблинский А. В., д.м.н., профессор: «Добрый день! Глубокоуважаемый Валерий Алексеевич, глубокоуважаемые члены ученого совета, коллеги! Ежегодно в мире проводится более 300 тысяч операций коронарного шунтирования, я, как кардиолог, направляю своих больных на оперативное лечение только в тех случаях, когда оптимальная медикаментозная терапия, возможности её исчерпаны, а рентгенэндоваскулярное лечение невозможно. К сожалению, у части успешно прооперированных больных в отдалённом периоде отмечается возврат стенокардии или появляются признаки ишемии по данным нагрузочных проб. Как правило, данное состояние связано с окклюзией венозных шунтов. Что делать в таких случаях? Следует помнить, что данный контингент больных имеет мультифокальный диффузный атеросклероз и отягощён сопутствующей патологией. Не удивительно, что при повторном шунтировании, частота летального исхода достигает 10%. Чрезкожные коронарные вмешательства у этих больных являются методом выбора. В настоящее время данные о тактике рентгенэндоваскулярного лечения у этих больных после коронарного шунтирования крайне противоречивы. Они не позволяют сделать чётких выводов о том, что лечить - поражения венозного шунта, либо нативную артерию. В этой связи актуальность выбранной темы данной диссертационной работы не вызывает сомнений. Целью исследования явился поиск возможных путей повышения эффективности рентгенэндоваскулярных вмешательств у пациентов с рецидивом стенокардии после коронарного шунтирования. Чётко сформулированы задачи исследования. Мне хотелось коротко остановиться на научной новизне и практической значимости диссертации. На основе разработанного

алгоритма рентгенэндоваскулярного вмешательства, основанного на выявлении факторов риска, дифференцированном подходе в зависимости от характеристик поражения к выбору симптом ответственного сосуда использование стентов с лекарственным покрытием значительно улучшает результаты лечения пациентов с рецидивом стенокардии после шунтирования. Автор принимал непосредственное участие в неинвазивном обследовании и рентгенэндоваскулярных вмешательствах у пациентов, включённых в исследование. Проанализировал исходные данные и результаты лечения на госпитальном и отдалённом периодах заболевания. Диссертация написана в традиционном стиле на 131 странице машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего 247 источников. Фактический материал представлен в 11 таблицах, работа иллюстрирована 20 рисунками. Рисунки и таблицы демонстративны, снабжены подробными комментариями. Структура диссертации соответствует целям и задачам, поставленным автором. Главы отражают логику рассуждений и последовательность доказательств автора.

В главе «Литературный обзор» автором проанализирован достаточно большой объём литературы по теме диссертационного исследования, включающий как крупные рандомизированные исследования, так и сравнительно небольшие ретроспективные исследования. На основе проанализированных данных и опыта лечения пациентов с рецидивом стенокардии после коронарного шунтирования автором разработан алгоритм, клиническому применению которого и посвящено исследование.

Во второй главе содержится краткая клиническая характеристика обследованных групп больных, критерии включения в исследования. Подробно изложены методы обследования и лечения пациентов. В качестве основных методов диагностики были представлены современные и информативные методы исследования. Представлена схема алгоритма рентгенэндоваскулярного лечения, а также критерии включения в

исследования, методики обследования и лечения пациентов. Обозначены критерии оценки непосредственных и отдалённых результатов. Всё выше перечисленное соответствует международным рекомендациям по обследованию и лечению пациентов с ишемической болезнью сердца. Методы статистической обработки корректны и вполне отвечают современным требованиям.

Третья глава диссертационного исследования содержит клиническую и ангиографическую характеристику пациентов. Всего в исследование было включено 168 больных, которые были разделены на две группы: 80 пациентам было выполнено стентирование нативного русла, 88 - стентирование шунтов. По основным клиникоanamнестическим характеристикам группы больных достоверно не различались.

Четвёртая глава содержит результаты эндоваскулярного лечения пациентов. Непосредственные результаты исследования при дифференцированном подходе к выбору поражения оказались сопоставимы, однако наблюдалась тенденция к большему проценту клинического успеха в группе стентирования шунтов. Отдалённые результаты отличались незначительно, однако отмечалась более низкая частота повторных вмешательств у больных после стентирования нативного сосуда. По частоте неблагоприятных сердечно-сосудистых событий группы больных достоверно не различались. Выявлены клинические и ангиографические факторы, влияющие на госпитальные и отдалённые результаты лечения. Показано улучшение результатов лечения при использовании стентов с лекарственным покрытием. Очень украшают работу клинические наблюдения, которые демонстрируют высокую клиническую эффективность и безопасность стентирования нативной артерии и венозного шунта.

В пятой главе автором обсуждаются полученные результаты в сравнении с опубликованными данными мировой литературы. Так как аналогичных исследований ещё не проводилось, сравниваются результаты первой группы с исследованиями, посвящёнными стентированию пациентов

с многососудистыми поражением, а результаты второй группы - с данными полученными, в исследованиях, описывающими стентирования шунтов. Результаты в основном сопоставимы, однако в некоторых аспектах были достигнуты некоторые улучшения результатов лечения. В главе подводятся основные итоги проведённого исследования.

Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации аргументированы, обоснованы и достоверны. Это определяется достаточным количеством материала, использованием современных методов исследования, а также статистической обработкой результатов. Выводы и практические рекомендации соответствуют целям и поставленным задачам, логически обоснованы и вытекают из содержания работы, сформулированы точно. Основные положения работы имеют научное и практическое значение.

Результаты, полученные при выполнении диссертационного исследования, можно рекомендовать для применения в клинической практике. По материалам диссертационного исследования опубликовано 9 достаточно полно отражающих содержание диссертации научных работ, из них 5 статей в ведущих рецензируемых научно-практических изданиях, определяемых ВАК. Автореферат диссертации полностью отражает все положения диссертационной работы. Единственное, можно отметить, что сокращение чрезмерно большого библиографического списка, увеличивающего объём работы облегчило бы её восприятие. Также стоит отметить, что статистическая часть, включённая в выводы, несколько затрудняет их восприятие. Несмотря на эти замечания, рецензируемая работа может быть охарактеризована как завершённая, обладающая новизной и основательностью. Таким образом, диссертация Базанова Ивана Сергеевича «Рентгенэндоваскулярная тактика лечения пациентов с возвратом стенокардии после операции коронарного шунтирования» является законченной научноквалификационной работой, которая содержит решение научной задачи - лечение больных ишемической болезнью сердца с

возвратом стенокардии после операции коронарного шунтирования, которая имеет большое значение для сердечно-сосудистой хирургии и кардиологии. Работа соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения учёных степеней», предъявляемым к кандидатской диссертации, а автор достоин присуждения искомой степени по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26. Благодарю вас за внимание».

Председатель: «Спасибо Александр Владимирович. Иван Сергеевич, вы готовы ответить на замечания Александра Владимировича?»

Соискатель: «Спасибо, уважаемый Александр Владимирович, за проделанную Вами большую работу. Я постараюсь на будущее учесть все Ваши замечания. В будущих исследованиях сократить библиографический список, а также не вводить статистическую часть в выводы. Спасибо».

Председатель: «Правильно, хорошо. Вы удовлетворены Александр Владимирович? Спасибо, присядьте пожалуйста. Позвольте предоставить слово официальному оппоненту, профессору Бабунашвили Автандил Михайловичу».

Официальный оппонент Бабунашвили А. М., д.м.н., профессор: «Глубокоуважаемый Валерий Алексеевич, глубокоуважаемые члены учёного совета, уважаемые коллеги, уважаемый Иван Сергеевич! Прежде всего, я хочу сказать, что мне приятно находиться в этих стенах, тем более учреждённым таким великим человеком, Валерий Алексеевич упомянул это при открытии учёного совета и на самом деле для меня большая честь, тем более выступить по поводу диссертации, посвящённой довольно актуальной теме. Александр Владимирович уже осветил актуальность данной проблемы, поэтому не буду на этом останавливаться, единственное хотел отметить, что для интервенционных кардиологов, которых мы представляем вместе с Александром Владимировичем, он наверно согласится со мной, это по сложности, по важности - самая сложная после хронических окклюзий и стволовых поражений, пожалуй, самая большая проблема. Проблема не только в техническом плане, как это делать, проблема выбора точной

методики, как поступить с такими пациентами. И вот почему мне понравилась эта работа, что диссертант поставил амбициозные на самом деле задачи, решить именно эти проблемы, которые носят актуальный характер, и мы сталкиваемся с ними в каждодневной нашей практике. Что касается частоты. Как часто они встречаются, на самом деле это зависит от активности в хирургическом плане учреждения. Перед началом учёного совета мы это обсуждали, в госпитале Вишневого, там очень активна хирургическая служба, поэтому соответственно, пациенты, которые возвращаются с возвратной стенокардией, их число естественно больше, чем больше делается операций шунтирования, соответственно, больше таких пациентов, которые имеют проблемы через несколько лет после такой операции.

Если касаться непосредственно диссертации, она написана в классическом стиле, она небольшая, чем и привлекает, в принципе импонирует, потому что большие диссертации читать невозможно. А если пройтись по целям и задачам, вот задачи, ещё раз я остановлюсь на этом, поставлены правильно, на самом деле, почему правильно, потому что имеют не псевдонаучный оттенок, а на самом деле основаны на тех реальных проблемах, которые мы имеем в каждодневной клинической практике. В том числе, первое, что лечить: нативное русло или вену, это постоянная проблема, какой стент: поставить лекарственный или обычный, какой длины, как выбрать соответствующий диаметр и так далее, и все эти задачи поставлены. Единственное, что в задачах я бы отметил, некоторая неточность формулировки, в плане изучить структуру возникновения рецидива стенокардии, немножко неточно, потому что структуру я так понял, что диссертант хочет изучить морфологию поражения, потому что мы знаем, что шунты и нативные артерии поражаются атеросклерозом по-разному, одно вена, другое артерия, а на самом деле, я потом прочитал, что это банальное описание рентген анатомической картины, там стеноз, там окклюзия, поэтому вот эту задачу лучше бы сформулировать так: изучить

рентгенанатомическую картину возврата стенокардии после коронарного шунтирования.

Что касается литобзора, литобзор мне понравился, честно говоря, прочитал с удовольствием, поверьте мне, я за этой проблемой слежу достаточно пристально и все значимые работы, которые выходят, я их знаю и читаю, их все я нашел в этом литобзоре, достаточно хорошо написано, хорошим языком, всё понятно: и цели, и задачи, которые он ставит, прямо вытекают из этого литобзора. Единственное, что я бы посоветовал сократить немножко за счёт одной главы, где описывается техника повторного шунтирования, какую там пилу применить, микроосцилляторную или ещё какую-то, чтобы не повредить шунт, это чисто хирургическая проблема, касания к теме не имеет никакого, там три страницы не больше, можно сократить, можно для общего образования оставить, для тех, кто будет читать и будет посвящён в эту проблему тоже.

Что касается непосредственного материала, дизайн исследования нерандомизированный, он проспективный, но нерандомизированный и немножко ущербный по сравнению с рандомизированным исследованием, мы это прекрасно знаем, что доказательная ценность рандомизированных исследований гораздо выше, чем проспективных описательных, нерандомизированных исследований, но тем не менее, если материал хороший, если применяется достаточно мощная статистическая база и инструменты для описания и анализа, нерандомизированные исследования имеют абсолютное право на жизнь и на такую же доказательную ценность, как и рандомизированные. Две группы, которые исследуются и к которым применяются статистические инструменты, они вполне достаточны, тут и регрессионный анализ Кокса, тут и сравнение двух групп после установления однородности сравниваемых групп и так далее и тому подобное.

Единственное, что я бы пожелал бы, когда описание этого материала делается, более чётко структурировать эти таблицы, потому что вот, например, я читаю поражения шунтов, непонятно, там венозные шунты или

артериальные шунты имеются ввиду или нет, если диссертант лечил артериальные шунты тоже, я бы приветствовал, что бы их выделить отдельно, венозных шунтов сколько было и артериальных, потому что тактика лечения этих двух шунтов немножко отличается и они по структуре отличаются, одна вена, а другая артерия, поэтому их надо бы выделить отдельно. Кроме того, я там посмотрел несколько рисунков, в том числе есть такая диаграмма, где описана сократительная способность по стенкам: боковая стенка, передняя стенка, нижняя, я считаю, что эта диаграмма совершенно не нужна, потому что прямого отношения к работе не имеет, какая разница, что в первой группе 10% акинеза по передней стенке, какой вывод из этого. Это чисто описательная вещь, можно было бы в таблицу, например, поместить, а не вынести отдельной диаграммой, надо отдельной таблицей и диаграммой вынести те вещи, которые имеют принципиальное значение, для работы и для выводов, мне так кажется.

Что касается общего построения этой темы, описательная часть действительно прекрасно выглядит, диссертант хорошо описывает поражения: сколько, где расположены, кого типа и так далее, но вот аналитическая часть немножко хромает, потому что все статистические инструменты, которые там перечислены, их надо показывать, их надо структурировать в отдельных таблицах, и почему, вот регрессионный анализ Кокса, например, он применяется для мультифакторного и монофакторного анализа, он показывает, какой фактор больше влияет на отдалённые и непосредственные результаты, значимость этих факторов. Они располагаются, например, возраст, сколько там соотношение рисков, какой интервал доверительный, сколько p , это надо показывать. Вы пишете, что факторы влияющие и перечисляете: возраст, поражение, осложнённое «С», и так далее, но значимость этих факторов, она же отличается, какой-то фактор больше влияет, а какой-то меньше, и, соответственно, анализ Кокса, который вы пишете, что применяли, надо бы вывести в отдельную таблицу и показать, какой фактор влияет или нет. Это имеет не только научное значение, но и

практическое, потому что для врача, который начинает лечить такие поражения, сразу ясно, с каким пациентом он имеет дело и насколько рискованно применение того или иного метода лечения.

Что ещё хотел бы сказать. Я бы хотел, чтобы выделили в отдельную главу осложнения, потому что они у вас не звучат совсем, тем более, что где-то проскакивают отдельными эпизодами, там была перфорация, мне так кажется, было даже экстренное шунтирование, там, где-то был кровоток ТМІ II. Я почему призываю вас осложнения выделить отдельно, потому что не бывает без осложнений в нашей специальности, тем более при операции на сердце. Их надо структурировать отдельно с единственной целью, которая звучит так, что если интервенционный кардиолог занимается этой проблемой, чтобы он знал, что могут возникнуть такие осложнения и как действовать при таких осложнениях, поэтому это структурировать в отдельную главу, даже главу, если не подглаву, было бы не плохо.

Ещё что хотел бы отметить, в принципе весь остальной сравнительный инструмент относительно хорошо расписан и полностью удовлетворяет, единственное, что голуметаллические стенты и лекарственные, которые отличаются по механизму своего действия, они тоже достаточно влиятельный фактор, при непосредственных и отдалённых результатах и акцентировать внимание на этом факторе тоже бы стоило.

Что касается выводов, в принципе, они хорошо структурированы, практические рекомендации соответствуют целям, которые поставил диссертант. В целом, я думаю, что в практическом плане сама работа и выводы которые сделаны, они достаточно значимы, потому что, ещё раз повторюсь, лечить таких пациентов достаточно сложно и любая работа, которая будет выполнена, и эта работа и в будущем, которая поможет нам оптимально лечить таких пациентов, конечно имеет большую ценность. Что касается библиографии, я особо не акцентирую на её объём, потому что чем больше источников использует диссертант, тем лучше, мне так кажется, да хоть 500 он прочитает источников, от этого плохо не станет, я думаю, это

только увеличит базу его знаний, с одной стороны, а с другой стороны, ценность работы мозга диссертанта заключается в том, чтобы вычленив из них самые основные, руководства которые там включены, исследования и так далее. Но мне кажется, что та библиография, которая здесь присутствует, она достаточно компактна для той проблемы, которая здесь описана, ни много, ни мало, а столько, сколько нужно, мне всё-таки так кажется. Вот все мои замечания. Если положительные и критические положить на весы, мне всё-таки кажется, что положительные перевешивают, потому что все эти замечания носят не принципиальный характер, их можно исправить, в части большого акцента на анализ, в части терминологического усовершенствования, и если будут внесены все эти изменения. Я думаю, что диссертация вполне соответствует требованиям, которые предъявляются к кандидатским диссертациям, а соискатель вполне достоин искомого звания. Спасибо».

Председатель: «Замечательно, спасибо Автандил Михайлович! Ответьте, пожалуйста, Иван Сергеевич, на те замечания».

Соискатель: «Спасибо, уважаемый Автандил Михайлович, за проделанную вами работу. Автандил Михайлович, мы постараемся в будущих работах, более чётко структурировать и показывать более выражено анализ, постараемся учесть ваши замечания на будущее. Спасибо».

Председатель: «Вы удовлетворены Автандил Михайлович? Спасибо. Хорошо, присядьте пожалуйста. Прежде чем мы приступим к разделу неофициального оппонирования и рецензирования, позвольте предложить состав счётной комиссии: профессор Коростелев Александр Николаевич, профессор Старков Юрий Геннадьевич, профессор Овезов Алексей Мурадович, какие будут предложения? Есть возражения, отводы? Тогда счётную комиссию прошу приступить к работе. Так, уважаемые коллеги, пожалуйста, кто желает выступить по существу работы. Пожалуйста, Леонид Сергеевич Коков».

Коков Л. С., д.м.н., профессор, академик РАН: «Глубокоуважаемый Валерий Алексеевич, глубокоуважаемые члены учёного совета, коллеги! Безусловно мы сегодня рассматриваем одну из важнейших тем в коронарных эндоваскулярных вмешательствах, потому что всё больше и больше становится больных, которых оперируют, и стентируют, и шунтируют, и эти больные всё лучше переносят операции, всё дольше живут после них, ну и, естественно накапливают изменения, поэтому актуальность работы безусловная. Официальные оппоненты уже достаточно подробно разобрали работу, и я проложу мостик от своего вопроса, потому что он так и задуман был, чтобы можно было потом подискутировать на эту тему с Иваном Сергеевичем. Мне кажется, что главная проблема для лечения и выбора способа лечения, подхода к шунту или к нативной артерии для этих больных, это, как уже сказал Автандил Михайлович, это проблема выбора, на чём же всё-таки сделать это вмешательство. На шунте, венозном или артериальном, который начинает тоже страдать от атеросклероза – системного заболевания, или на той артерии, которая собственно и послужила причиной операции несколько лет назад, до того, как этот больной оперировался. И это решение принимается, как правило, на холодную голову, потому что вмешательство проводится в плановом порядке, ведь у вас все больные оперированы планово? Если бы мы представили себе ситуацию острого коронарного синдрома, когда у больного буквально считанные минуты, и мы даже считаем время «дверь – баллон», от времени обращения до времени доставки его в клинику, то вот в этом случае есть время, есть дни, часы, чтобы спокойно принять на холодную голову решение. А как его принять? Если сделали коронарографию, то ваш больной уже вот здесь, на операционном столе, и то, чем вы располагаете буквально только вот эта коронарограмма, ни функцию миокарда, ни его наполнение кровью, ни участка поражения вы уже тут не определите, поэтому и был мой вопрос о сцинтиграфии или о других методах, которые автор просто не назвал, а значит, не использовал, и мне кажется, что если бы была возможность, наверное, конечно, эти больные

обследовалась, жалко, что в анализ это не взяли. Сейчас есть методики, кроме гамма-сцинтиграфии, мр-томография которая позволяет перфузию миокарда смотреть, и другие методы лучевой диагностики. Этот комплекс дал бы возможность более широко подходить и к оценке, к выбору методики реваскуляризации, ну и к последующей оценке, тогда бы раскрывался более широкий вариант для последующей работы. Наверно, конечно, я уже подсказываю ответ, следует отнести это на дальнейшую работу, а, может быть, и просто к другой работе, присовокупить, но для этой было бы чудо как хорошо. В отношении литературы, конечно 247 на мой взгляд нормальная цифра, а вот 9 отечественных явно мало. Нам известно в Москве несколько клиник, которые занимаются лечением, уже повторным лечением таких больных, причём, вот, например, в Институте трансплантологии просто несколько таких было уже публикаций, где именно нативные артерии предпочитают, ну уж там на основе чего не важно, и не упомянуть эти работы из Санкт-Петербурга и из Москвы – это, конечно, явно недостаточно. Но тем ни менее, автор справился с поставленной для него задачей и, мне кажется, что если это удовлетворяет решению поставленных задач, то такая работа как квалификационная может быть принята, но, наверно, стоит пожелать всему коллективу, не только автору, но и его руководителям, продолжить исследования вот в таком более широком плане. В целом, работа закончена и, конечно, её следует признать завершённой и соответствующей требованиям ВАК, но вот с такими пожеланиями. Я думаю, можно не отвечать, просто как расширение».

Председатель: «Спасибо, это очень хорошее дополнение. Спасибо. Кто желает выступить ещё? Тогда прежде чем вы, Иван Сергеевич, выступите с заключительным словом, я тоже хотел бы внести лепту. Вы знаете, надо соблюдать классические традиции. Вот я из раза в раз повторяю одно и тоже: нельзя в труде, представленный вами труд он не только научный, он ещё должен быть и литературным, и когда в вашем литературном труде из 160 страниц, две отводится на расшифровку

аббревиатур. Что вы сэкономили, что лучевую артерию, зашифровали в ЛА, левый желудочек лж, это вообще тарабарский язык уже получается, потому что диссертацию её как бестселлер надо читать, не отрываясь. Вы поймите это, а вы вот уже дважды говорили, что вы в будущих исследованиях и прочее, не надо этого делать – это самодостаточный, ответственный не только научный труд, но и литературный. Избегайте таких выражений, как материал исследования, больные не материал. Материал - это в эксперименте где-нибудь. Ну и избегайте, пожалуйста, зачитывания слайдов, в аудитории все славу богу знают русский язык, поэтому слайды нужно интерпретировать, а не зачитывать, но это такие технические вещи, но поскольку вы имеете здоровые амбиции, дай бог вам удачи, вы это все-таки учитите. А в автореферате у вас недостаточно расшифровок аббревиатур, если кто-то будет это читать, не всегда поймет что вы под этим имеете ввиду и так далее. Этот стиль я не знаю откуда он пошел... Ну это просто напутствие, это не влияет, конечно, на качество работы, на её содержание и суть, пожалуйста, вам последнее слово, вернее заключительное слово, последнее не надо».

Сонскатель: «Спасибо, уважаемый Валерий Алексеевич, я обязательно учту ваши пожелания в будущем. Позвольте выразить благодарность академику РАН, профессору, д.м.н. Валерию Алексеевичу Кубышкину, профессору, д.м.н. Валентину Ильичу Шаробаро и доценту, к.м.н Людмиле Владимировне Михеевой, а также всему коллективу института хирургии А. В. Вишневского. Моим оппонентам: профессору, д.м.н. Автандилу Михайловичу Бабунашвили и профессору, д.м.н. Александру Владимирову Араблинскому, а также представителю ведущей организации профессору, д.м.н. Александру Григоревичу Виллеру. Всему коллективу кафедры госпитальной хирургии РУДН, особенно доценту, к.м.н. Даниле Александровичу Максимкину. Начальнику центра рентгенохирургических методов диагностики и лечения 3 «ЦВКГ им. А.А. Вишневского» профессору, д.м.н. Владимир Александровичу Иванову и

всему коллективу центра. И в заключении моей маме, Базановой Анне Евгеньевне, и всем членам моей семьи, за то, что они поддерживали меня помогали мне на всех этапах моей работы. Спасибо»

Председатель: «Вот это самое ценное, молодец. Вы готовы? Александр Николаевич, будьте добры, пожалуйста».

Коростелев А. Н., д.м.н., профессор: «Глубокоуважаемый Валерий Алексеевич, глубокоуважаемые члены ученого совета. На заседании учёного совета присутствуют 19 членов учёного совета, роздано 19 бюллетеней, в урне 19 бюллетеней, при подсчёте голосов 19 «за» присуждение искомой степени кандидата медицинских наук, «против» и «недействителен» бюллетеней нет».

Председатель: «Прошу утвердить протокол счётной комиссии. Воздержавшихся и «против» нет, утверждается протокол счётной комиссии.

Уважаемые члены учёного совета ваше мнение по поводу заключения диссертационного совета. У всех на руках. Есть замечания по заключению? Нет. Позвольте утвердить. Воздержавшихся, «против» нет. Давайте поздравим нашего нового учёного, удачи вам, продолжайте».

Председатель

диссертационного совета, д.м.н.
профессор, академик РАН

Ученый секретарь

диссертационного совета, д.м.н.



Handwritten signature in blue ink.

В.А. Кубышкин

В.И. Шаробаро