

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

СТЕНОГРАММА № 3

заседания Диссертационного Совета Д 001.015.01

от 14 февраля 2020 года

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЗАСЕДАНИЯ:

заместитель председателя

Диссертационного совета,

доктор медицинских наук,

академик РАН

Подзолков Владимир Петрович

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Кандаурова Арсланхана Эльдархановича на тему:

**«Этапные гибридные операции у пациентов с мультифокальным
атеросклерозом и преимущественным поражением коронарных и
сонных артерий»**

по специальности 14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия

Москва - 2020

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

– По письменному поручению председателя диссертационного совета, доктора медицинских наук, академика РАН Лео Антоновича Бокерия заседание Совета по защите диссертации Кандаурова Арсланхана Эльдархановича на тему: «Этапные гибридные операции у пациентов с мультифокальным атеросклерозом и преимущественным поражением коронарных и сонных артерий» на соискание ученой степени доктора медицинских наук проводит заместитель председателя Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик РАН Подзолков Владимир Петрович.

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

– Уважаемые коллеги, на заседании Диссертационного совета присутствуют:

№	Ф.И.О.	Учёная степень, шифр специальности в совете	
1	Подзолков Владимир Петрович	доктор мед. наук, 14.01.26	Заместитель председателя Диссертационного совета, председатель заседания
2	Ярустовский Михаил Борисович	доктор мед. наук, 14.01.20	Заместитель председателя Диссертационного совета
3	Газизова Динара Шавкатовна	доктор мед. наук, 14.01.05	Ученый секретарь Диссертационного совета
4	Аракелян Валерий Сергеевич	доктор мед. наук, 14.01.26	
5	Аронов Давид Меерович	доктор мед. наук, 14.01.05	
6	Бузиашвили Юрий Иосифович	доктор мед. наук, 14.01.05	
7	Голухова Елена Зеликовна	доктор мед. наук, 14.01.05	
8	Ким Алексей Иванович	доктор мед. наук, 14.01.26	

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

Уважаемые коллеги! Всего из 23 членов совета, утвержденного приказом председателя ВАК Российской Федерации, у нас присутствует 17 членов совета – количественный кворум обеспечен. По специальности 14.01.26 – «сердечно-сосудистая хирургия» присутствует 7 членов совета – качественный кворум также обеспечен. Разрешите заседание объявить открытым.

На повестке дня у нас защита диссертации Кандаурова Арсланхана Эльдархановича на тему: «Этапные гибридные операции у пациентов с мультифокальным атеросклерозом и преимущественным поражением коронарных и сонных артерий», представленная к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.26 – «сердечно-сосудистая хирургия».

Научный консультант:

Бокерия Лео Антонович, доктор медицинских наук, доктор медицинских наук, академик РАН, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, президент.

Официальные оппоненты:

Чарчян Эдуард Рафаэлович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий отделом инновационной кардио-аортальной хирургии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26);

Молочков Анатолий Владимирович – доктор медицинских наук, начальник Центра лечения сердечно-сосудистых заболеваний, заведующий отделением кардиохирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница с поликлиника» Управления делами Президента Российской Федерации (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26);

Имаев Тимур Эмвярович – доктор медицинских наук, руководитель лаборатории гибридных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний отдела сердечно-сосудистой хирургии ИКК Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (специальность «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26).

Ведущая организация: **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».**

Слово предоставляется ученому секретарю.

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

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

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

Кандауров Арсланхан Эльдарханович (соискатель) излагает материал диссертации (доклад прилагается).

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

– Какие возникли вопросы у членов ученого совета? Пожалуйста, доктор медицинских наук, профессор Сигаев Игорь Юрьевич.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– У меня два вопроса. Первый вопрос по поводу дооперационного обследования: всем ли больным Вы делали КТ-ангиографию брахиоцефальных артерий? Если не всем, то какие показания были какой-то группе больных делать, а какой-то – нет?

И второе по поводу формирования групп: кто определял, или какие были причины или еще что-то для распределения: какие больные оперировались на работающем сердце, а другие больные оперировались в условиях искусственного кровообращения?

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

– Отвечайте пока на эти два вопроса.

Кандауров А.Э. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Игорь Юрьевич! По поводу компьютерной томографии с 3D-реконструкцией пациентам, которым выполняли каротидные эндартерэктомии и стентирование внутренних сонных артерий, мы выполняли всем рутинно и в дооперационном периоде. И это позволяло нам выявить не только структуру, протяженность бляшки, но и проксимальные поражения, которые на ультразвуке, к сожалению, не видны. Хотя ультразвук всё равно остается «золотым стандартом», который показывает помимо того, что структуру бляшки и скоростные показатели, но он не показывает проксимальные поражения. Так что мы практически всем пациентам выполняли КТ-ангиографию с 3D-реконструкцией.

И по поводу выбора методики операции с искусственным кровообращением и без искусственного кровообращения. В принципе, если у нас некорригированные стенозы сонных артерий, мы старались всегда выполнять операции без искусственного кровообращения. Но если происходит конвертация, если, допустим, у больного нестабильная гемодинамика, нарушения ритма, конечно, мы сразу переходили на искусственное кровообращение и выполняли операцию в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиopleгии.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю.:

– То есть, получается, что у Вас этот вопрос решался уже на операции, а не в дооперационном периоде?

Кандауров А.Э. (соискатель):

– В дооперационном периоде тоже мы решали этот вопрос. Какие доводы, были, допустим, за выполнение операции без искусственного кровообращения, какие – с искусственным кровообращением? Если малый калибр артерий, диффузное поражение, если пациент относительно сохранен по функции почек, то мы старались делать операцию в условиях искусственного кровообращения. Если у пациента имелись поражение почек,

высокий креатинин, мочевины и нормальное дистальное русло, то старались выполнять операцию в условиях минимальной инвазивной реваскуляризации миокарда.

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

– Пожалуйста, доктор медицинских наук, профессор Аронов Давид Меерович.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Аронов Д.М.:

– Скажите, пожалуйста, а какие у Вас в наблюдения в отдаленном периоде? Есть отдаленные события?

Кандауров А.Э. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Давид Меерович! Да, во второй группе мы наблюдали пациентов от 11 месяцев до 7 лет, в первой группе мы наблюдали пациентов от года до 6 лет. И мы выявили, что количество рестенозов во второй группе у нас было 0, за третий год у нас рестенозов было 6. А в первой группе с каротидной эндартерэктомией у нас были рестенозы у 2 пациентов, но это были пациенты, которым выполнялась линейная пластика внутренней сонной артерии, и пациенты были с сахарным диабетом. Поэтому у нас так получилось, что у 2 пациентов был гемодинамически значимый рестеноз в течение первого года после каротидной эндартерэктомии.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Аронов Д.М.:

– Хорошо. Спасибо.

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

– Пожалуйста, еще вопросы. Доктор медицинских наук, профессор Аракелян Валерий Сергеевич.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Аракелян В.С.:

– У меня вопрос по поводу пациентов, которым в качестве техники реконструкции сонной артерии применялся линейный шов. Вообще по современным данным отношение в литературе не то, что сдержанное, а достаточно негативное к такой операции. Какие Вы видели показания к такой операции? Есть ли на сегодняшний день, с Вашей точки зрения, показания к операции с применением линейного шва на сонной артерии? Это первый вопрос.

Если можно, я еще задам 2 вопроса. Второй вопрос. Один пациент, которому в качестве операции на сонной артерии применялось стентирование, получил инсульт с контрлатеральной стороны. Какова причина этого инсульта?

Мы знаем, что все-таки эти операции на сонных артериях носят в какой-то степени профилактический характер с точки зрения профилактики инсульта и негативных событий со стороны головного мозга. Тем не менее, в отдаленном периоде у Вас 5 или 6 пациентов получили инсульт. В чем причина этих инсультов?

Кандауров А.Э. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Валерий Сергеевич! Спасибо большое за вопросы.

Первый вопрос по поводу выбора пластики линейным швом или использования. Мы знаем, что по рекомендациям, уровень доказательности 1а национальных рекомендаций используется синтетическая заплатка. Но при диаметре внутренней сонной артерии больше 10 мм и короткой локальной бляшке мы использовали технику, которая позволяла сделать разрез из общей сонной артерии, на внутреннюю сонную артерию заходя и используя

прецизионную технику, нам удавалось добиться того, что у нас никаких стенозов не возникало, Валерий Сергеевич. И я считаю, что если локальная короткая бляшка находится в устье сонной артерии, то тогда линейный шов и диаметр достаточно большой позволяет, мы шьем проленом 7/0, 8/0 с использованием оптики, что позволяет наложить анастомоз, который не суживает внутреннюю сонную артерию. Это из моего опыта, к которому мы пришли.

Второе. Причины инсульта, который возник с контрлатеральной стороны – это был эпизод неконтролируемого повышения артериального давления. Инсульт был небольшой, потому что с контрлатеральной стороны была бляшка порядка 60 %, и ускорения скорости линейного кровотока не было. И там был небольшой достаточно инсульт (малый), который консервативно разрешился, и полностью восстановилась двигательная активность пациента.

Причины осложнений в отдаленные сроки. Во-первых, это все-таки было прогрессирование атеросклероза. Это чаще встречалось у пациентов в группе с сахарным диабетом, которые не контролировали уровень сахара. Это один момент. Второй момент, к сожалению, когда мы выполняем реконструкцию на каротидном бассейне, когда с одной стороны имеется гемодинамически значимый стеноз, с другой стороны – стеноз, который нужно наблюдать, пациенты к нам не приходят, а приходят через какое-то время, когда событие уже произошло. Я думаю, что этим еще обусловлено. Плюс, конечно, неконтролируемый прием препаратов, то есть они препараты иногда не принимают на фоне подъема высокого артериального давления. Часть пациентов у нас в последнее время (такой один из интересных случаев) атероматозной бывает, когда улетает масса из аорты. Например, недавно пациент пришел, мы ему выполнили компьютерную томографию – у него имелись множественные очаги различной давности. Вероятно, что это

атероземболического генеза либо из аорты, либо из нестабильной бляшки внутренней сонной артерии, Валерий Сергеевич. Наверно, так.

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

– Пожалуйста, еще вопросы. Пожалуйста, доктор медицинских наук Сокольская Надежда Олеговна.

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

– Спасибо большое за очень интересный доклад! У меня вопрос по поводу эпиаортального ультразвукового исследования. Я так поняла, что Вы всем пациентам использовали этот метод. У меня два вопроса.

Первый вопрос: кто выполняет это исследование? Это самый первый вопрос.

И второй вопрос: какую перспективу Вы видите для этого метода в качестве широкого применения в клинической практике?

Кандауров А.Э. (соискатель):

– Глубокоуважаемая Надежда Олеговна! Спасибо за вопросы.

Эпиаортальное ультразвуковое исследование, во-первых, мы выполняем после стернотомии после разведения грудной клетки, накладываем Катеджель, берем линейный датчик с частотой 7500 МГц. Выполняю это исследование я сам, одеваю перчатку. Мы с Игорем Юрьевичем по этому поводу говорили тоже, когда обсуждали диссертацию. Первые публикации по поводу использования эпиаортального УЗИ в литературе появились в 80-х гг. Но учитывая то, что тогда были датчики ультразвуковые не очень хорошего качества, и работы, которые сравнивали показатели, которые дает ультразвук, дает компьютерная томография, дают рентгеновские методы исследования, они были несопоставимы и не давали хорошие результаты. Сейчас датчики, которые у нас есть, они позволяют нам

выявить бляшку и на боковой стенке, и на задней стенке, которые в дальнейшем определяют тактику хирургического лечения. Я, допустим, обнаружив бляшку по передней стенке и по боковой части, очень часто любой хирург перед операциями на аорте пульпирует, пытается пальпировать на более-менее гипотонии, не всегда пальпаторно бляшку мы можем выявить, и мы иногда попадаем в ситуации, все хирурги, которые оперируют сами, знают, ты «вваливаешься» в бляшку, которая гетерогенная, мешает выполнить анастомоз. Я думаю, что в последнее время с улучшением качества ультразвуковой техники, если мы будем рутинно применять эту технологию, она позволит снизить количество мозговых осложнений, атероземболических осложнений, исключить боковое отжатие аорты, допустим, чаще применять, да, это дорогостоящий метод, но применение Heartstring действительно помогает в этой ситуации избежать мозговых осложнений. потому что нет отдельных манипуляций на аорте, которые вызывают атероземболические осложнения.

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

– Спасибо.

Кандауров А.Э. (соискатель):

– Спасибо Вам, Надежда Олеговна.

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

– Есть еще вопросы? Может быть у присутствующих? Пожалуйста.

**Доктор медицинских наук Молочков А.В. (официальный
оппонент):**

– У меня вопрос, может быть, я не совсем понял, об особенностях искусственного кровообращения – какой-то у Вас метод применен, запатентован. Можно об этом немного поподробнее?

Кандауров А.Э. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Анатолий Владимирович! Когда мы начали оперировать тех пациентов, которые имели многососудистые поражения сочетанные коронарных и сонных артерий, мы отмечали, что все-таки количество мозговых осложнений у наших пациентов, проявлений почечной недостаточности выше. Мы применяли методику, которая распространена во всем мире, расчета площади поверхности тела на производительность перфузии. И везде, и у нас в институте использовалось $2,4 \text{ л/м}^2$ поверхности тела. Мы запатентовали, получили патент, увеличили объемную скорость перфузии до $3,2 \text{ л/м}^2$ и тем самым мы получили, что результаты по количеству мозговых осложнений, по проявлениям почечной недостаточности у нас стали меньше. И мы эту методику у пациентов с сочетанным поражением некорригированными стенозами сонных артерий достаточно рутинно применяем. Это позволяет, нам так кажется, что улучшить показатели осложнений и мозговых, и почечных.

Доктор медицинских наук Молочков А.В. (официальный оппонент):

– Вам кажется или это получено в ходе исследования?

Кандауров А.Э. (соискатель):

– Нет, мы провели исследование и доказали, что лучше.

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

– Еще, пожалуйста, вопросы? Нет.

Присаживайтесь, пожалуйста.

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

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

1. Заключение организации, в которой выполнена диссертация – Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (в заключении диссертация рекомендуется к защите, заключение прилагается).

2. Отзыв ведущей организации – Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московской областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (отзыв положительный, не содержит замечаний, прилагается).

3. Отзывы на автореферат от:

- заведующего кардиохирургическим отделением № 1 ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии им. С.Г. Суханова» (г. Пермь) Минздрава России, доктора медицинских наук Арутюняна Ваграма Бориновича;

- сердечно-сосудистого хирурга, заместителя генерального директора по науке ООО «Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова», доктора медицинских наук Г.М. Махатилова Гаджи Меджидовича;

- главного внештатного специалиста по сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения Республики Дагестан, главного врача ГБУ РД «Хасавюртовская ЦГБ им. Р.П. Аскерханова», доктора медицинских наук Хириева Титалава Хайруллаевича;

- руководителя отделения рентгенохирургических (рентгенэндоваскулярных) методов диагностики и лечения ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», доктора медицинских наук, профессора Абугова Сергея Александровича.

Все отзывы положительные, критических замечаний не содержат (прилагаются).

В отзыве доктора медицинских наук Махатилова Г.М. имеется ряд замечаний непринципиального характера: *«По автореферату имеется следующее замечание:*

На стр. 33 Классификация ИБС Канадского сердечно-сосудистого общества [Canadian Cardiovascular Society (сокращенно CCS) grading of angina pectoris] – обозначена как Классификация Канадской ассоциации кардиологов – сокращенно ССА.

На стр. 42 в выводах имеется грамматическая ошибка - в выводе 3 написано – «Установлено, что нестабильная стенокардии...». Следовало написать – «Установлено, что нестабильная стенокардия...»

Указанные замечания не имеют принципиального характера».

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

– Пожалуйста, ответьте на замечания, которые были сделаны.

Кандауров А.Э. (соискатель):

– Да, действительно там имелись ошибки, они просто за счет опечатки: на стр. 13 там «CCS» (Канадская ассоциация стенокардии) написано; на стр. 42 там была опечатка; и вместо «стенокардия» написано «стенокардии» - это тоже опечатка.

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

– Хорошо, принимается. Мы можем перейти теперь к обсуждению. Разрешите предоставить слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, профессору, члену-корреспонденту РАН Чарчяну Эдуарду Рафаэловичу.

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Чарчян Эдуард Рафаэлович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

Во время выступления у оппонента возник ряд дискуссионных вопросов-рассуждений следующего содержания:

Конечно, оппоненту хотелось бы увидеть в данной диссертационной работе рандомизированное исследование, то есть, чтобы была какая-то рандомизация этих больных. Но оппонент понимает, что учитывая историческую группу, это пациенты, которые оперированы ранее, на 10 лет раньше, это было сделать невозможно.

Что обращает на себя внимание, что все-таки выполнение технологий каротидной эндартерэктомии, в частности, линейный шов, пластика заплатой – это методы, конечно, не везде сейчас используются, сейчас больше, конечно, эверсионных эндартерэктомий. Это ни в коей мере не говорит о том, что пластика заплатой не имеет своего места, однозначно, она имеет свое место.

Как все-таки более четко ставить границу между операциями с искусственным кровообращением и без искусственного кровообращения? Только атеросклероз аорты или здесь все-таки имел значение опыт хирурга?

Известно, что операции без искусственного кровообращения имеют некоторое преимущество. Но в принципе эта грань не определена – каких пациентов оперировать с искусственным кровообращением, каких без искусственного кровообращения, как этапность выбирать – кому выполнять каротидную эндартерэктомию, кому выполнять аортокоронарное шунтирование первым этапом? Понятно, что поражение ствола имело большое значение. Но, тем не менее, бывает многососудистое поражение, которое более даже опасно, чем поражение ствола левой коронарной артерии.

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

– Спасибо, Эдуард Рафаэлович. Пожалуйста, Вам слово для ответа
официальному оппоненту.

Кандауров А.Э. (соискатель):

- Глубокоуважаемый Эдуард Рафаэлович! Спасибо большое за такой
тщательный анализ моей работы.

По поводу выполнения операции одномоментно или этапно. Этот
вопрос всегда стоит перед хирургом. И я помню прекрасно, когда на
конференции Ваш аспирант пытался отстаивать позицию, что
одномоментные операции лучше. Ему говорили о том, что это большой риск
– выше летальность, выше осложнения. Он категорически сказал, что нет.
Сейчас я могу сказать, что да, он был прав. И я стараюсь сейчас у больных с
сочетанным поражением сонных артерий и коронарных артерий выполнять
операцию одномоментно. Это один наркоз. И анализ работы в последующем
говорит о том, что действительно одномоментные операции они абсолютно
такие же дают результаты, как и этапные операции.

Второй вопрос по поводу методики проведения. На самом деле очень
интересный вопрос. Я этот вопрос всегда себе задавал: какой метод выбрать
именно у этого пациента? И когда мне говорят, что мы стараемся
стопроцентно выполнять эверсионную эндартерэктомию, мне кажется, при
продолговатой длинной бляшке, особенно мягкой бляшке, у которой
структура не сформирована, не кальцинированная бляшка, которая легко
выходит, бывает такое, что я, например, не получаю хорошего результата,
эффекта. А выполнение, например, с использованием синтетической заплаты
позволяет открыть внутреннюю сонную артерию и увидеть дистально, как
«уходит» бляшка на нет. Здесь очень такой вопрос. Но мы всегда знаем, что
если мы используем заплату, то время пережатия внутренней сонной артерии

всегда увеличивается. Если у тебя критический стеноз с контрлатеральной стороны – тут ты начинаешь думать о том, что, может быть, обойтись, даже, если пациенту, допустим, 82 года, критических два стеноза билатеральных с двух сторон (95 % слева, 95 % справа), ты начинаешь думать о том, что, может быть, ему сделать короткую операцию, сделать линейный шов, убрать и выполнить эндартерэктомию и избавить его от внутреннего шунта, от того, что длительность пережатия внутренней сонной артерии будет больше, повысится вероятность развития мозговых осложнений. Вот здесь у меня однозначной позиции пока не сформировалось. Да, с экономической точки зрения эта заплатка стоит денег, эверсионная эндартерэктомия ничего не стоит, одна ниточка, вывернул, убрал бляшку, пришил. По времени недолго получается один шов линейный, тоже практически циркулярный. Здесь такой сложный вопрос. Это действительно каждый хирург для себя выбирает.

И по поводу пациентов с многососудистым поражением. Да, иногда встречаются пациенты, которые имеют эквивалент ствола, не имея поражения ствола левой коронарной артерии, но имеют поражение такое, что это гораздо тяжелее, например, критический стеноз передней межжелудочковой, огибающей и правой окклюзированной артерии. Конечно, таким пациентам нужно выполнять операцию с искусственным кровообращением, чтобы уменьшить риски и конверсии.

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

– Эдуард Рафаэлович, Вы удовлетворены ответом?

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспонданта РАН Чарчян Эдуард Рафаэлович (официальный оппонент):

– Да, удовлетворен. Спасибо.

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

– Спасибо. Присаживайтесь.

Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору
медицинских наук Молочкову Анатолию Владимировичу.

**Доктор медицинских наук Молочков Анатолий Владимирович
(официальный оппонент)** зачитывает отзыв (отзыв положительный,
замечаний не содержит, прилагается).

Во время выступления у оппонента возник ряд дискуссионных
вопросов и замечаний следующего содержания:

Что касается технической части самой диссертации, оппонент сделал
акцент на моментах, касающихся этапного метода лечения или
одномоментного, поскольку немножко есть тут такая небольшая путаница в
самой диссертации. Когда мы говорим о тактике, мы, прежде всего, говорим
об этапном или одномоментном методе хирургического вмешательства.
Одномоментное как раз таки исследование автор не проводил, поэтому тут в
большей степени следует говорить о гибридных технологиях и их
применении у пациентов с мультифокальным атеросклерозом и, в частности,
с поражением брахиоцефальных артерий. То есть в этом отношении нужно
как-то более корректно это всё акцентировать. В диссертации всё это есть, но
несколько расплывчато.

Оппонент считает, что первая и пятая задача исследования практически
повторяют друг друга – и там, и там результаты исследования.

То, что касается длительности госпитализации больных, тоже вызывает
вопросы – 44 дня для больного, даже для этапного лечения аортокоронарное
шунтирование и открытая операция на брахиоцефальных артериях это
достаточно большой срок. И ни одна городская больница, да и ни один центр
в современных условиях себе позволить этого не может. Все-таки там 44 дня,

то есть до двух месяцев. Чем это обусловлено, оппоненту непонятно. В ЦКБ часто делают данные операции, в основном одномоментно. Но даже если это этапный вид оказания помощи, это происходит значительно быстрее.

Оппоненту не хватило рандомизации в исследовании, поскольку оппоненту как хирургу в большей степени интересно знать, как он должен поступить именно в данной ситуации с каким-то конкретным больным. Поскольку диссертантом тактика лечения была уже определена, то в работе данного аспекта не хватает.

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

– Спасибо, Анатолий Владимирович. Пожалуйста, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Кандауров А.Э. (соискатель):

- Глубокоуважаемый Анатолий Владимирович! Спасибо Вам огромное за такой тщательный анализ проведенной работы.

Я бы хотел ответить прямо по двум таким глобальным вопросам.

Когда еще писалась диссертация, мы с рецензентом Сигаевым Игорем Юрьевичем обсуждали вопрос по поводу гибридных технологий и названия операции. Он мне сказал, что, и я ему очень благодарен за то, что он изменил диссертацию, сказал, что по поводу определения гибридных операций одномоментных, этапных надо поставить в главу «Обсуждение», потому что до сих пор в мире четкого определения выполнения гибридных операций этапно или одномоментно, к сожалению, нет.

И второй вопрос по поводу госпитализации. Да, конечно, на сегодняшний день пациенты, которые у нас поступают на аортокоронарное шунтирование, в день госпитализации им выполняется аортокоронарное шунтирование, на пятый день они выписываются. Но, как я отметил, исследование было выполнено в период с 2007 по 2014 гг., тогда у нас, слава

богу, были возможность госпитализировать пациента за неделю-две до операции, вдуматься в него, обследовать, исследовать. Конечно, сейчас таких возможностей нет. И время между операциями у нас увеличилось. У нас было несколько пациентов, у которых развились когнитивные нарушения. И согласно МЭС мы вынуждены были переводить их в неврологическое отделение, где они находились 21 день, они вылеживали норму МЭС, и мы забирали их на аортокоронарное шунтирование. Я понимаю, что на данный момент эта цифра режет глаз. Конечно, сейчас на данный момент у нас такого длительного койко-дня нет.

В принципе всё.

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

– Вы удовлетворены ответом, Анатолий Владимирович?

Доктор медицинских наук Молочков Анатолий Владимирович (официальный оппонент):

– Да, спасибо.

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

– Спасибо. Присаживайтесь.

Слово предоставляется официальному оппоненту, доктору медицинских наук Имаеву Тимуру Эмвяровичу..

Доктор медицинских наук Имаев Тимур Эмвярович (официальный оппонент) зачитывает отзыв (отзыв положительный, замечаний не содержит, прилагается).

Во время выступления оппонент высказал пожелание об издании монографии по результатам исследования, а также в отношении рандомизации, что данная работа является стартом и открывает дорогу еще

более серьезным исследованиям, где будут отслежены пациенты, которым уже сделаны операции в данное конкретное время, и все эти результаты будут получены.

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

– Спасибо, Тимур Эмвярович. Пожалуйста, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

Кандауров А.Э. (соискатель):

- Глубокоуважаемый Тимур Эмвярович! Спасибо большое за достаточно теплые слова.

Я бы хотел сказать, что действительно сейчас у меня накоплен опыт более 200 открытых одномоментных операций. Я надеюсь, что мы накопим опыт одномоментного стентирования и аортокоронарного шунтирования в условиях гибридной операционной и проанализируем, произведем рандомизацию исследования, чтобы сравнить группы одномоментных и этапных вмешательств.

По поводу монографии, думаю, будем работать. Спасибо большое, Тимур Эмвярович!

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

– Вы удовлетворены ответом, Тимур Эмвярович?

Доктор медицинских наук Имаев Тимур Эмвярович (официальный оппонент):

– Да, спасибо.

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

– Присаживайтесь.

Кто хочет обменяться мнением по поводу данной работы среди членов ученого совета? Пожалуйста, доктор медицинских наук, профессор Аракелян Валерий Сергеевич.

Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор Аракелян В.С.:

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович, члены ученого совета, коллеги! Я уже участвовал в обсуждении этой работы на стадии ее апробации и, тем не менее, хотел бы еще раз выступить с этой трибуны, высказать свое отношение к этой работе, поддержать ее еще раз. Потому что, с моей точки зрения, тема, которая затрагивается в этой работе, является наиболее актуальной в нашей специальности в современной сердечно-сосудистой хирургии. И по очень высокой заболеваемости, это касается и заболеваний коронарных артерий, и сонных артерий, и в том числе по востребованности в помощи специалистов по сердечно-сосудистой хирургии.

В этом аспекте я должен сказать, что эта работа написана с полным соблюдением всех требований, которые предъявляются к написанию докторской диссертации. Я повторюсь еще раз, я выступал в качестве рецензента и анализировал эту работу. Там имеется очень хорошая статистическая база для тех выводов и заключений, которые мы с вами слышали.

Безусловно, те вопросы, которые обсуждаются в этой работе, их нельзя считать полностью решенными. Мы знаем, что эти проблемы очень давно обсуждаются, в том числе в сообществе специалистов нашего центра. Один из апологетов в этой области Владимир Семенович Работников, о котором говорилось в докладе соискателя, высказывал свое отношение к этой проблеме. И я помню, что он говорил, что те хирурги, у которых эти операции имеют хорошие результаты, они могут делать одномоментные операции. Те хирурги, у которых эти результаты плохие, должны делать эти

операции этапно и т.д. и т.п. Что-то изменилось до сих пор? Я думаю, что нет. И даже в современных согласительных документах пишется, что очень большое значение придается именно опыту клиники, опыту отделения, опыту хирурга. Если частота осложнений более 3 %, имеется в виду, инсультов или инфарктов, то такая клиника, такой хирург не имеет права таких операций делать. Если частота неблагоприятных сердечно-сосудистых событий более 6 %, такая клиника, такое отделение не имеет права делать эти операции.

Очень много вопросов, конечно, еще не решено. Делать ли эти операции опять-таки этапно, одномоментно, гибридно, открыто или эндоваскулярно? Как это ни странно, более технологичные эндоваскулярные операции сейчас по своим результатам по операциям на сонных артериях уступают результатам открытых операций и по частоте осложнений со стороны головного мозга, и со стороны сердца, и по отдаленным результатам. Поэтому эти вопросы, к сожалению, остаются.

Остаются и те вопросы, которые обсуждались сегодня в отношении техники эндартерэктомии, то, что Эдуард Рафаэлович поднимал в своем выступлении – применять ли линейный шов? Наверно, все-таки это техника, которая дает много осложнений в отдаленном периоде и нужно его применение в достаточной степени ограничить, поскольку очень высокая частота рестенозов, осложнений в отдаленном периоде, и поэтому надо применять с большой осторожностью. Операции с применением заплат, наверно, все-таки тоже имеют свое место, потому что очень много пациентов с низкой толерантностью головного мозга к ишемии. И в этих случаях вопрос эверсионной эндартерэктомии, наверно, не так применим, как этой техники.

И много-много других вопросов, и в том числе вопросы медикаментозной терапии. Для меня очень важно в этой аудитории отметить, что те медикаменты, которые используются для профилактики негативных сердечно-сосудистых событий у пациентов с ишемической болезнью сердца и у пациентов с сосудистой мозговой недостаточностью, к сожалению,

отличаются. Обратите внимание, что если в кардиологии двойная антиагрегантная терапия применяется практически у всех пациентов, она принята и везде утверждена, то при заболеваниях периферических артерий, к которым относятся, в том числе и сонные артерии, двойная антиагрегантная терапия результатов не дала ни по профилактике сердечно-сосудистых событий, ни по отдаленным результатам по уменьшению количества инсультов, инфарктов, сердечно-сосудистой смертности и т.д. и т.д.

Поэтому актуальность этой работы очень высокая. Эта работа очень своевременная, востребованная, я думаю, что особенно для нашей страны, где практически нет рандомизированных многоцентровых работ по этой тематике, это хорошая база для того, чтобы такие работы уже появлялись. 300 пациентов это все-таки хорошая, достаточная база.

Поэтому я поддерживаю эту работу и призываю своих коллег членов ученого совета тоже поддержать эту работу.

Спасибо.

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

– Спасибо, Валерий Сергеевич.

Кто еще хочет обменяться мнением? Есть желающие? Может быть, из присутствующих кто-то хочет? Пожалуйста.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии и онкологии ФНМО РУДН Багдасаров Валерий Вартанович:

– Я работаю профессором хирургии в этой больнице, где эта работа была сделана. Чем она знаменательна? Всем известный хирург академик РАН Глеб Михайлович Соловьев создал это отделение. И мне, а я занимаюсь абдоминальной патологией, приходилось на протяжении уже 30 лет наблюдать работу этого отделения.

Хочу сразу сказать, что я не вдаюсь в тонкости научных особенностей работы. Но я хочу определить его как человека, которого я впервые увидел, как он оперирует коронарные сосуды, я до этого так не видел. Никто лучше его это не делает. Когда речь пошла об операциях на работающем сердце, он был одним из первых, кто это внедрил к нашей клинике.

И сегодня, когда обсуждается вопрос о таком методе статистическом, как рандомизация, мне представляется, что этот метод и вообще рандомизация она не гуманна. Я разговаривал с одним ученым, ученым по статистике, который согласился со мной, что рандомизацию на живых людях проводить негуманно. Почему? Потому что, если вы знаете, что этот метод гораздо лучше, чем другой, и хоть это и слепое исследование, но, тем не менее, вы даете возможность объективно распределить по группам, а на самом деле попадает больной, который может получить современный метод лечения, методику, а он получает традиционную методику. Когда мы занимаемся абдоминальной хирургией, мы не проводим рандомизацию на людях, мы только в эксперименте.

Что касается его работы, вы только представьте, человек работает с группой эндоваскулярных хирургов, и получился маленький научный отдел при городской больнице, 2 отделения есть – в 15-й больнице и в больнице имени С.С. Юдина. Люди каждый вторник собираются на кардиоконсилиум и обсуждают варианты тактики, как больного оперировать – так или так. Одним словом, я хочу сказать, что, на мой взгляд, это серьезное достижение у практического хирурга в условиях городской больницы, где есть известные практические трудности практического здравоохранения выполнить такую работу. Просто я даже удивился, когда я узнал, что он заканчивает работу, я был очень удивлен.

Спасибо.

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

– Спасибо за память о нашем коллеге, академике Глебе Михайловиче Соловьеве, который очень много внес весомый вклад в развитие кардиохирургии в нашей стране, в частности, и в хирургии врожденных пороков сердца. И спасибо за добрые слова о сегодняшнем диссертанте.

Еще хочет кто-нибудь обменяться мнением? Нет.

Тогда Вам предоставляется заключительное слово.

Кандауров А.Э. (соискатель):

– Глубокоуважаемый Владимир Петрович, члены ученого совета, коллеги! В первую очередь я бы хотел поблагодарить Лео Антоновича Бокерия, который дал мне возможность, во-первых, защититься, дал направление, в каком направлении надо двигаться, чтобы защитить докторскую диссертацию. Но самое главное то, что дал мне Лео Антонович, и сейчас я могу это понять – то, что он забрал меня из отделения Владимира Семеновича Работникова к себе в отделение хирургического лечения интерактивной патологии. Это позволило мне прикоснуться к хирургической технике и увидеть хирургическую технику замечательных хирургов в различных областях. Валерию Сергеевичу Аракеляну я помогал на операциях на сонных артериях, С.Ю. Камбарову помогал при выполнении клапанных операций, Вадиму Юрьевичу Мерзлякову помогал выполнять операции на работающем сердце. У каждого из них я что-то брал. И само собой, каждый день стоя с Лео Антоновичем в операционной, понимал, что хирург не может быть ограниченным, выполнять только операции по поводу шунтирования или только клапаны делать или только сонные артерии делать.

И второе, кому хотел бы выразить очень большую признательность – моему большому учителю, я считаю, Владимиру Семеновичу Работникову, который вообще является апологетом развития этой проблемы сочетанной патологии сонных артерий и коронарных артерий. Мы недавно вспоминали, ровно 15 лет назад он у меня на руках, к сожалению, внезапная сердечная смерть случилась у него 29 января 15 лет назад, мы должны были приехать на хирургическое общество, он оставил большой след в моей жизни и в

жизни, я думаю, многих хирургов, которые здесь сидят. Он дал путевку в жизнь и вот Олегу Александровичу Коваленко, мы с ним всегда говорим, и Михаилу Михайловичу Алшибая, и многим другим хирургам, которые его вспоминают в разных точках, не только нашей страны, но и всего мира.

Также хотел сказать большое спасибо членам ученого совета, что разрешили мне защититься на этом ученом совете, Динаре Шавкатовне, которая помогала всячески готовить всю эту документацию, которая была для меня самым сложным.

Большое спасибо рецензентам за проведенный труд, коллегам, без которых бы этой работы не состоялось, эндоваскулярным хирургам, кардиологам и семье, которая меня поддерживала.

Спасибо большое!

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

– Спасибо. Вопрос передается на тайное голосование. Нам необходимо избрать счетную комиссию. Предлагаются следующие кандидатуры доктора медицинских наук, профессора: Сигаев Игорь Юрьевич, Аракелян Валерий Сергеевич и Ключников Иван Вячеславович. Кто за то, чтобы избрать данный состав счетной комиссии, прошу голосовать (голосуют). Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. Прошу комиссию приступить к работе.

Происходит процедура тайного голосования.

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

– Слово предоставляется председателю счетной комиссии доктору медицинских наук, профессору Сигаеву Игорю Юрьевичу для оглашения результатов тайного голосования.

Председатель счетной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Сигаев И.Ю. зачитывает протокол заседания счетной комиссии:

Протокол № 3 заседания счетной комиссии, избранной Диссертационным советом Д 001.015.01 от 14 февраля 2020 года.

Состав избранной комиссии:

Председатель комиссии – доктор медицинских наук, профессор Сигаев Игорь Юрьевич.

Члены комиссии – доктор медицинских наук, профессор Аракелян Валерий Сергеевич, доктор медицинских наук, профессор Ключников Иван Вячеславович.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Кандаурова Арсланхана Эльдархановича на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

Состав Диссертационного совета утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации о Советах по защите докторских и кандидатских диссертаций от 2 ноября 2012 года № 714/нк (с изменениями от 24 января 2017 года 33/нк) в количестве 23 человек.

На заседании присутствовало 17 членов Совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 – 7 человек. Роздано бюллетеней – 17, осталось не розданных – 6, оказалось в урне – 17.

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени доктора медицинских наук Кандаурову Арсланхану Эльдархановичу:

За	- 17,
Против	- нет,
Недействительных бюллетеней	- нет.

Таким образом, при проведении тайного голосования Диссертационный совет в количестве 17 человек (из них по специальности –

«сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26 – 7 человек), участвовавших в заседании из 23 человек, входящих в состав Совета (6 членов Диссертационного совета отсутствовали по уважительным причинам), проголосовал: «за» – 17, «против» – нет, недействительных бюллетеней нет.

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

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

Нам необходимо утвердить проект заключения по диссертации. Слово предоставляется ученому секретарю.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук Газизова Д.Ш. зачитывает проект заключения Диссертационного совета Д 001.015.01 по диссертации Кандаурова Арсланхана Эльдархановича на тему: «Этапные гибридные операции у пациентов с мультифокальным атеросклерозом и преимущественным поражением коронарных и сонных артерий» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26:

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: впервые в стране разработан этапный гибридный подход лечения пациентов с МФА. Определена тактика лечения пациентов с ИБС и мультифокальным атеросклерозом с применением открытых операций на сердце и эндоваскулярного вмешательства на сонных артериях на основании анализа 10235 коронароангиографий, пациентам с ишемической болезнью сердца. В клиническую практику внедрен этапный гибридный подход в лечении пациентов с сочетанным поражением каротидного и

коронарного бассейнов, с целью снижения расходов на лечение и минимизации осложнений при лечении данной категории пациентов.

Выявлены преимущества операций на работающем сердце перед операциями с искусственным кровообращением, которые заключались в меньшем количестве летальных исходов 1,3% против нулевой летальности. Так же при операциях на работающем сердце установлено, что было меньше явлений почечной недостаточности. Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов реваскуляризации миокарда и стентирования сонных артерий у больных ишемической болезнью сердца и поражением сонных артерий.

На основании результатов интраоперационной диагностики степени выраженности атероматоза аорты у пациентов с МФА с преимущественным поражением сонных и коронарных артерий определены критерии выбора методики выполнения аортокоронарного шунтирования с использованием искусственного кровообращения. При анализе методики «no touch aorta» с применением двух внутренних грудных артерий в сравнении с использованием устройств «HeartstringII» результаты оказались сопоставимы у пациентов с аналогичной градацией атероматоза восходящей аорты ($p > 0,05$).

Разработан и внедрен в клиническую практику новый способ проведения ИК у пациентов с сочетанным поражением сонных и коронарных артерий (патент № 2015124384/14(038121) от 13.04.2016.), который позволил снизить количество мозговых ишемических осложнений.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что: в настоящее время нет четких критериев определения тактики хирургического лечения больных с мультифокальным атеросклерозом с сочетанным поражением сонных и коронарных артерий, как в плане этапности, так и в плане очередности вмешательства. Так же отсутствуют большие рандомизированные исследования, которые бы определяли тактику лечения

данной категории пациентов. Диссертационное исследование доказало, что предложенный этапный подход в лечении стенозов сонных и коронарных артерий у пациентов с мультифокальным атеросклерозом обладают высокой степенью эффективности, не увеличивает риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов в средне-отдаленные сроки после хирургического лечения. Разработаны критерии определения тактики хирургического лечения и диагностики данной категории пациентов.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: разработан и внедрен в ряде отделений ГКБ имени Юдина С.С. департамента Здравоохранения города Москвы хирургический подход обследования и лечения пациентов со стенозами сонных и коронарных артерий, готовящихся к проведению реваскуляризации головного мозга и миокарда. Используемый в клинической практике подход, разработанный в диссертационном исследовании, позволяет радикально снизить количество инсультов и инфарктов, тем самым доказательно и объективно снизить риск летального исхода, достоверно улучшать качество жизни пациентов в ближайшем и отдаленном периоде после операции. Разработаны практические рекомендации для эффективного и безопасного проведения операции коронарного шунтирования у пациентов с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий.

Оценка достоверности результатов исследования выявила: теоретические положения, изложенные в диссертации, вытекают из результатов использования современных методик инструментальных исследований, сбора и статистического анализа информации, основанного на достаточном объеме клинического материала (304) пациентов с мультифокальным атеросклерозом с преимущественным поражением сонных и коронарных артерий, достаточного временного срока наблюдения, использования современных методов статистической обработки материала.

Личный вклад соискателя состоит в сборе и анализе данных, полученных при обследовании и наблюдении за пациентами, самостоятельное выполнение всех этапов операции коронарного шунтирования и каротидной эндартерэктомии у больных с мультифокальным атеросклерозом представленных в работе, обработке материала с применением статистических методов исследования, анализе литературных данных, написании основных публикаций по выполненной работе.

Таким образом, на заседании 14 февраля 2020 года Диссертационный совет принял решение присудить Кандаурову Арсланхану Эльдархановичу ученую степень доктора медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» - 14.01.26.

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

– Кто за то, чтобы утвердить данный проект заключения, прошу голосовать. Кто против? (Нет). Воздержался? (Нет). Принято единогласно. (Проводится голосование, заключение принимается единогласно: «за» - 17, «против» - нет, «воздержался» - нет).

Арсланхан Эльдарханович, я поздравляю Вас с прекрасной защитой диссертации, желаю дальнейших успехов в практической, хирургической и научной деятельности! Всего самого доброго!

**Председатель заседания:
заместитель председателя
Диссертационного Совета Д 001.015.01
доктор медицинских наук,
академик РАН**

 **Подзолков Владимир Петрович**

**Ученый секретарь
Диссертационного Совета Д 001.015.01,
доктор медицинских наук**
14 февраля 2020 г.

 **Газизова Динара Шавкатовна**

