**Ответы на вопросы - 22:44-38:00**

**Смирнова Марина Игоревна** – Здравствуйте, Уважаемые коллеги! У меня есть важный вопрос, в отношении отосклероза. В докладе, в автореферате не упоминались статины. Мне бы хотелось узнать, изучалось ли применение статинов, их доз, в том числе в после госпитальном периоде? Какая приверженность лечения статинами? Возможно этот факт каким-то образом влиял на исход больных?

**Спикер –** Спасибо большое за вопрос, Марина Игоревна. Изучение терапии статинами на отдаленный прогноз не входило в задачи нашего исследования. Но данные пациенты, они получали терапию статинами согласно рекомендаций лечащих врачей и согласно общепризнанным рекомендациям.

**Смирнова Марина Игоревна** – Спасибо, поняла!

**Борис Эмануилович** – Скажите, пожалуйста, у Вас в докладе есть большая таблица «Клинико-демографическая характеристика», она имеет много критериев, один из них, это курение. У меня к Вам есть вопрос: Почему курение есть в критериях, а потребления алкоголя нет?

**Спикер -** Спасибо большое за уточнение! Но, если честно, мы не исследовали изучение влияния алкоголя. Остальные факторы, которые представлены в таблице, мы их учитывали в дальнейшем анализе. Однако, в автореферате внесены только те факторы, которые имеют отражение в однофакторном или многофакторном регрессионном анализе. Мы изучали их влияние на отдаленный прогноз, а также на развитиерестенозы.

**Борис Эмануилович** – Интересно! Хорошо, спасибо.

- : Скажите, пожалуйста, от чего зависит конфигурация стента? Как вы ее выбирали? Мог ли Ваш выбор повлиять на отдаленный результат?

**Спикер: -** Спасибо большое за вопрос! Мы анализировали влияние различного дизайна стента на отдалённый прогноз, но статистически достоверной разницы не было получено. Дизайн Стента всегда подбирается индивидуально, в зависимости от анатомо-морфологических характеристик поражения. На сегодняшний день общепризнанной, считается имплантация стентов нового поколения, специальным двухслойным стентом, их ещё называют эмблопродуктивным стентом. Он имеет наименьшую частоту перепроцедуральных микроэмбализаций. Он имеет специальную микросеть, которая препятствует образованию микроэмбулов и минимизирует резкие осложнения. Что касается нашего исследования, то оно начиналось ещё в 2013 году. Тогда стенты были совсем другие, в случае наличия выраженных извитостей внутренней области сонных артерий рекомендовано использовать стенты с открытым дизайном и….,  потому что они считаются более гибкими  и способными принимать форму артерии. Если не было выраженных извитостей, то в таких ситуациях применялись стенты с закрытым дизайном и … .Ввиду того, что сам объем открытой ячейки у стентов с закрытой чьей, он меньше и риск развития перепроцедуральной микроэмболизации тоже меньше. На сегодняшний день эволюция стентов в каротидном бассейне идёт в том направлении, чтобы минимизировать риск развития перепроцедуральных инсультов.

- : - Вы очень хорошо знаете определения технических подробностей, но у меня есть такой вопрос. У Вас остаточный стеноз, если он равен 10-30%, то он является прогностическим фактором неблагоприятных отдаленных проявлений. Стенты преимущественно дают остаточный стеноз?

**Спикер: -** Любая дилатация в зоне стенозно-каротидной артерии, она сопряжена с риском развития микроэмбализации. Когда мы воздействуем на атеросклеротическую бляшку баллонным катетером, то происходит деформация структуры атеросклеротической бляшки и повышается риск развития микроэмбализации. Традиционной технической стратегией считается, что оставлять до 30% остаточный стеноз в каротидном бассейне - это допустимо, это считается ангеографически хорошим результатом каротидного стентирования. Однако, это все в виду того, что, постдилатация сопряжена с риском микроэмбализации и с риском развития перепрацедурального инсульта. Однако, как показало наше исследование, стенты, каротидные, они самораскрывающиеся, нетеноловые, то есть во время операции мы, когда имплантируем стент у нас хороший результат. В послеоперационном периоде этот стент он имеет свойство дораскрыватся. Когда он раскрывается, может происходить пролабирование просклеротической бляшки через ячейку стента и развития микроэмбализации и инсульта. Современные двухслойные стенты позволяют более безопасно проводить постдилатацию, не боясь интероперационных инсультов, и в то же время, они должны защищать, чтобы в случае до раскрытия стента не позволять пролабированию атеросклеротической бляшки.

**- : -** У вас получаются некоторые противоречия. Вроде бы, допустим стеноз 10-30%, а вроде бы и нет.

**Спикер: -** Мы практическую часть в этом направлении изменили. На сегодняшний день, наша стратегия - это не оставлять остаточную стенозу у пациентов.

**- :** - Спасибо! Есть еще вопросы коллеги?

**Игорь Семенович: -** Есть два метода регрессионого анализа: логистической регрессии и модель пропорциональная относительно пропорционального риска Кокса. В одном случае, относительно шансов логистической регрессии, а в другом относительно риска . В таблице встречаются оба. Там где есть прогноз, события которые происходили относительно риска. Вы правда два метода использовали? Или случайно так написано?

**Спикер: -** Я думаю, что там случайно так написано.

**Наталья Петровна: -** У меня вопросы по поводу формирования ретроспективной группы. В ее составе 110 пациентов, которые госпитализированы и были прооперированы в 2013 году. Эти пациенты потом повторно госпитализировались? Вы получили информацию во время повторной госпитализации, либо вы контактировали с этими пациентами, как мы обычно контактируем, собирая информацию о статусе пациента?

**Спикер: -** Спасибо большое за вопрос! В ретроспективную группу вошли только те пациенты, по которым уже была информация ультразвукового сканирования. Мы тогда знали возник ли стеноз либо нет.

**Наталья Петровна: -** То есть, не было потерянных пациентов, которые были прооперированы, а потом о них не было никакой информации?

**Спикер: -** Таких пациентов не было.

**Михаил Михайлович: - …. Все серьезные работы, которые оценивают эффективность влияния чего бы ни было на модель, оформляются в процентах. Каким образом у вас вышла приверженность 92,7%?**

**Не слышно! Не могу разобрать!**

**Спикер: -** Спасибо большое за вопрос! По первому вопросу, спасибо за замечание, я этот момент доработаю. Мы изучали влияние коротидного стентирования на уровень артериального давления. У нас не было цели коротидным стентированием проводить лечение артериальной гипертензии. Хотелось изучить влияние на уровень артериального давления.

**Михаил Михайлович: - не слышно! …. Вы в своей работе нарисовали изменение терапии. Кто принимал решение о изменении терапии, врачи или вы сам? ….**

**Спикер: -** Изначально мы планировали антигипертензивную терапию не менять. Но у нас было 12 пациентов, которым было проведено снижение антигипертензивной терапии. Проводилось это всегда с «контрольным звонком» для меня. Потому что каждый пациент был уведомлен, что он участвует в нашей диссертационной работе. И о важности контроля за артериальным давлением и контролем приема препаратов каждому пациенту было уведомлено. Поэтому я точно знал пациентов, которые уменьшали или увеличивали антигипертензивную терапию. Это проводилось кардиологом, по месту жительства, но с уведомлением меня.

**Михаил Михайлович: -** Как оценивалась приверженность?

**Спикер: -** Приверженность оценивалась по опроснику … отделения.

**Михаил Михайлович: - не слышно!! …. Вы немного тщательней осмотрите свою работу и исправьте некоторые неточности.**

**Обсуждение - 46:30-1ч:10мин**

**Владимир Павлович: -** Ваша работа она технологическая, большая и сделана достаточно хорошо. Все правильно оформлено. В вашей работе речь не идет об эффективности, а об осложнениях и артериальной гипертензии. Поэтому попрошу вас убрать из названия работы слово «эффективность». Это основное замечание, которое есть в вашей работе. Что касается мелких вещей, то они становятся очевидными, что специалист по тахикардии и специалист по кардиологии, они видят по-разному одну кардиотическую тему. Бросается сразу в глаза, что здесь есть вывод о боли. И я хотел бы задать такой вопрос, и что же такое «Боль»?! Здесь неуместны такие выводы, о том, как изменилась боль и тд, поэтому некоторые моменты в вашей работе нужно убрать. А так, я уже сказал, что приветствую вашу работу.

**Михаил Михайлович: -** ….Во-первых, в названии темы написана процедура, но нету ни какого диагноза у больного…… Нету ни диагноза, не исхода, а специальность кардиология. А в названии процедура и ее влияние на результаты активности процедуры.…..Но если уже это кардиология, то должен быть обязательно диагноз, а также исходы, а не просто результат лечения…. Во-вторых, те факторы, которые здесь указаны вызывают определенную задумчивость. Вот у нас на втором месте пациент Анжелика. С массой тела меньше … , с тем, что у пациента 31% .. инсульта, 83% - инфаркта, и все это не сработало?! А сработало ожирение. Интересно, что перенесенный инсульт, резко повышает вероятность повторного инсульта, инфаркт – повторного инфаркта. Ничего из этого нет, а вот ожирение есть! Но как так, что настолько сыграло ожирение, а не сыграли эти очевидные факторы? ……. Возвращаюсь к тому, что говорил Игорь Семенович. Не могу понять там просто логистическая регрессия или многофакторная модель риска кокса. ... Там отличие принципиальное, при логистической регрессии у нас факт развития события, а в модели кокса учитывается еще …через которое оно…. .И конечно модель кокса, она более точная. Поэтому все факторы очень влияют на значения. Пожалуйста, проверьте где у вас риски, а где шансы….. … Почему у вас пациенты, только старше 75 лет? Почему так вышло?! Поэтому осмотрите внимательней вашу работу…. Хочу еще сказать про давление. Процент достижения целевого давления, это самое наиважнейшее. Не знаю насколько у вас было качественное стентирование, так как оно было еще в 2013 году. Потом непонятно анализировалось ли схема лечения? Я в свое время много занимался этой темой. Когда человек лежал на уколах, после каротидного… ,то у него возникали совершенно другие цифры артериального давления. Там приходилась подключать антигипертензивную терапию. И не через 12 месяцев, а через считанные дни после вмешательства, может собираться стеноза. Поэтому антигипертензивная терапия менялась в короткий срок после вмешательства. Основные изменения схемы приема препарата происходят в реальной жизни в ближайшие дни, после процедуры. Оценивали вы это или нет?! Это очень важный вопрос! Потому что там идет активное уменьшение дозировок. Учитывали ли вы одностороннее и двухстороннее поражение? Тут обязательно обдумайте этот вопрос. Исправьте ошибки, так как работа очень важная и нужная, очень много данных. Ее обязательно нужно будет защищать, представить так, чтобы это было красиво и не было слабых мест. Я хочу чтобы вы защитили работу и вас была роль уникального специалиста, а не обычного кардиолога.

-: - Спасибо Михаил Михайлович. Есть у кого-то есть желание еще выступить?

**Марина Игоревна: -** Конечно уже все основные важные моменты уже были озвучены и мне бы хотелось еще раз отметить, что работа очень интересная, разносторонняя и вы взяли на себя очень большую задачу. Оценить пациентов, которых вы оперируете. Есть, конечно, моменты связанные с клинической кардиологией, но я не буду уже повторятся. Добавлю свои замечания. В «материалах и методах» обязательно нужно отметить, как назначали статины и какие дозировки статинов использовались. В докладе это тоже нужно упомянуть. Немного не хватило детализации в плане методик измерения артериального давления. И у меня еще возник вопрос: суточное мониторирование проводили исходно, через год, а проводилось ли оно каждый раз в условиях стационара. То есть если мониторирование проводилось в одних и тех же условиях, но если через год вы проводили это измерение амбулаторно, вне стен стационара, то данные могут существенно отличатся. Но, кроме того, у меня предложение, может быть не совсем верное, это не использовать термин «носизная?», а использовать – «клиническая». Большинство измерений вы проводили в стационаре. А если брать англоязычную терминологию, то «офис» - это медицинское учреждение, в котором проводят измерения артериального давления пациентам, которые приходят амбулаторно. Это мое личное мнение. Хотела отметить, что есть некоторые технические ошибки. Когда мы излагаем цифры, то мы ставим запятую, а не точку. Очень много таких ошибок. Михаил Михайлович очень четко высказал об ожирении, а я еще хотела бы добавить, то, что оно оказалось очень значимым фактором, поэтому его нужно внести в практические рекомендации. Так как, профилактика снижения веса влияет на прогноз больного. И также, очень интересным вопросом является доза гипертанзивных препаратов. Не количество помогло измениться, а именно доза гипертанзивных препаратов. Не увидела в автореферате, утверждалось ли ваше исследование на заседании технического комитета. Вы говорили такую фразу: «мы не планировали менять гипотензивную терапию». Здесь нужно быть очень аккуратным, ведь когда мы ведем больного с артериальной гипертонией, у которого уже были сердечно-сосудистые осложнения или он находится в группе очень большого сердечно-сосудистого риска. Мы обязаны контролировать уровень артериального давления. В случае очень высоких или низких значений, мы обязаны корректировать гипертензивную терапию. А так, в целом, работа хорошая и интересная, если провести исправление небольших ошибок и изменить вашу тему, если не будет добавлена вторая специальность, то можно будет выходить на защиту.

Надир Мигдатович:- Добрый день, уважаемые коллеги! Я хотел бы поддержать работу, и прокомментировать ее. С одной стороны, я согласен со всеми коллегами и членами апробационной комиссии, но с другой стороны, эта работа, она квалификационная, она отличная. И главное, вы показали результат, что можно не боясь для здоровья это делать. Я согласен с вами, что детали нужно обсуждать, но если было бы так просто, то в мире не делали работ с тысячами и десятками тысяч пациентов. Ценность этой работы в том, что она объявляет безопасность процедуры, а также, что все это выполняется на уровне мировых стандартов, в том числе в нашем центре. В рамках квалификационной работы – это блестящая работа, которую нужно поддержать. Те вопросы, которые возникали по поводу терапии, я полностью согласен, они закономерны, но всё-таки надо сказать, что они тогда должны быть на гораздо большем материале.

-:- Хотелось бы сказать, что работа действительно очень интересная, перспективная и имеет очень большое практическое значение. У меня создалось впечатление, прочитав автореферат, что в самом контенте достаточно много отражает специальность «кардиология», хорошо описана клиническая картина, факторы риска, все очень подробно, но название вашей работы и цели требуют изменения формулировок, чтобы эта работа действительно соответствовала специальности «кардиология». Елена Викторовна принесла нам шифр специальности, и действительно, в кардиологии могут присутствовать инвазивные и не инвазивные технологии, но в основном, диагностические, у больных сердечно-сосудистой патологией. А все остальное, инвазивные и интервенционные методы, имеющие лечебную направленность, они всё-таки относятся к шифру специальности «Рент генная эндоваскулярная хирургия» Поэтому нужно очень хорошо подумать, над названием, чтобы действительно не «попасть в просак» с шифром и специальностью. Вам много было высказано очень ценных замечаний и предложений, которые улучшат эту работу и позволят представить ее на диссертационном совете. Мне бы хотелось сделать еще несколько замечаний по оформлению автореферата. Что касается материалов и методов, то вы в некоторых местах описываете для процедуры, какие статистические методы применялись. Это все нужно вывести отдельно, как статистическую обработку материала. Затем, в таблице 7 «Одно факторный и многофакторный анализ клинико-морфологических и технических характеристик» статистические анализы – это инструмент с помощью которого вы показываете наличие ассоциаций и все различных связей. Поэтому нужно говорить: «Влияние каких-то признаков на что-то». А этот одно факторный и многофакторный анализ, он остается в тени. По тому какие у вас показатели, то уже понятно, какой именно анализ вы проводили. Также у вас не все выводы соответствуют поставленным задачам. Например, задача 4 «Оценить частоту развития неблагоприятных явлений на госпитальном этапе и отдаленных», то я не нашла такого вывода в работе. А выводы должны четко соответствовать поставленным задачам. А так на основании выступлений, я поняла что работа всем понравилась, она действительно фундаментальная и перспективная, важна для практического здравоохранения, тем не менее требует достаточно много усилий, чтобы доработать и довести до конечного этапа. Как сказал рецензент: «Не требуется повторной рецензии». Я так понимаю, что все присутствующие с этим согласны. Поэтому мы желаем вам, в ближайшее время доработать все. Тут очень ценные замечания Михаил Михайлович сделал, чтобы привести работу к специальности «кардиология». И я предлагаю коллеги, подумать над названием, потому что нам нужно уже представить новое название на диссертационный совет.