

Федерального государственного бюджетного научного учреждения  
«Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой»

**СТЕНОГРАММА**  
ЗАСЕДАНИЯ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 001.018.01  
В ФГБНУ НИИР и. В. А. НАСОНОВОЙ 30.11.2018 г.

Защита диссертации Масловой И.Г.

«Роль воспаления и активации тромбоцитов в развитии атеросклеротических процессов у больных системной красной волчанкой», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – ревматология.

Москва 2018 г.

## СТЕНОГРАММА

заседания Диссертационного совета Д 001.018.01 на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» по защите диссертации Масловой Ирины Геннадьевны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук от 30.11.2018 г., протокол № 19

Председатель диссертационного совета,

д.м.н., профессор, академик РАН

Е. Л. Насонов

Ученый секретарь диссертационного совета, к.м.н.

И. С. Дыдыкина

*Е. Л. Насонов:* Утвержденный состав совета 21 человек, присутствует 15, в том числе докторов наук по специальности 14.01.22 «ревматология» 14 человек.

Присутствуют на заседании следующие члены совета:

№ п\п	ФИО	Ученая степень	шифр специальности
1.	НАСОНОВ Е.Л., председатель	д.м.н.	14.01.22
2.	ЭРДЕС Ш. заместитель председателя	д.м.н.	14.01.22
3.	ДЫДЫКИНА И.С., ученый секретарь	к.м.н.	14.01.22
4.	АЛЕКБЕРОВА З.С.	д.м.н.	14.01.22
5.	АЛЕКСЕЕВА Л.И.	д.м.н.	14.01.22
6.	АМИРДЖАНОВА В.Н.	д.м.н.	14.01.22
7.	АНАНЬЕВА Л.П.	д.м.н.	14.01.22
8.	БАЛАБАНОВА Р.М.	д.м.н.	14.01.22
9.	БАРАНОВ А.А.	д.м.н.	14.01.22
10.	ДЕНИСОВ Л.Н.	д.м.н.	14.01.22
11.	ЖИЛЯЕВ Е.В.	д.м.н.	14.01.22
12.	КАРАТЕЕВ Д.Е.	д.м.н.	14.01.22
13.	МУРАВЬЕВ Ю.В.	д.м.н.	14.01.22
14.	ПОПКОВА Т.В.	д.м.н.	14.01.22
15.	СОЛОВЬЕВ С.К.	д.м.н.	14.01.22

В повестке дня защита диссертации Масловой И.Г. на тему «Роль воспаления и активации тромбоцитов в развитии атеросклеротических процессов у больных системной красной волчанкой», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – ревматология.

Диссертация выполнена на кафедре пропедевтики внутренних болезней Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (150000 Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, 5). Диссертация принята к защите 18.09.2018 г. протокол №13 на заседании диссертационного совета Д 001.018.01.

Научный руководитель – Андрей Владимирович Аршинов, доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Официальные оппоненты:

Мазуров Вадим Иванович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России;

Решетняк Татьяна Магомедалиевна, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории сосудистой ревматологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В. А. Насоновой» дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени П.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (заключение подписано Надеждой Александровной Шостак доктором медицинских наук, профессором, заведующей кафедрой факультетской терапии им. академика А.И. Нестерова лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, утверждено Ребриковым Денисом Владимировичем доктором биологических наук, проректором по научной работе).

Слово для оглашения документов, имеющихся в деле соискателя, предоставляется ученому секретарю совета, к.м.н. Ирине Степановне Дыдыкиной.

*И.С.Дыдыкина:* (зачитывает официальные данные, содержащиеся в личном деле диссертанта):

Соискатель Маслова Ирина Геннадьевна родилась 17 марта 1979 года в городе Тирасполь, республики Молдова, гражданство РФ. В 2003 году окончила Ярославскую государственную медицинскую академию по специальности «лечебное дело», после окончания которой была зачислена в ординатуру по терапии. В 2012 г. окончила заочную аспирантуру при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Ярославская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Ревматология».

Полный текст диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук размещен на сайте ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и сатй ВАК 22.05.2018

Заявление и документы приняты диссертационным советом 26 июня 2018 г. Научный руководитель представил положительный отзыв о соискателе. Тема кандидатской диссертации утверждена 29 октября 2008 г. Этический комитет Ярославской государственной медицинской академии одобрил выполнение данной работы. Сданы экзамены кандидатского минимума по всем дисциплинам. Представлен акт проверки первичной документации.

Диссертационный совет 26.06.2018 протокол № 11 назначил экспертную комиссию в составе д.м.н. Попковой Т. В., профессора Соловьева С. К. и профессора Ананьевой Л. П. Подготовили положительное заключение о соответствии работы шифру специальности 14.01.22 «ревматология», искомой степени и полноте изложения материалов диссертации в опубликованных работах представлено 13.09.2018. На основании предложений членов экспертной комиссии были рекомендованы в качестве оппонентов следующие кандидатуры: Мазуров Вадим Иванович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Решетняк Татьяна Магомедалиевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая лабораторией сосудистой ревматологии, ведущий научный сотрудник

Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В. А. Насоновой» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Выбор был обусловлен наличием публикаций по теме диссертации. Кандидаты в оппоненты дали свое согласие и представили сведения о себе и о публикациях по теме диссертации.. Ведущая организация - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени П.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, так же представила согласие и список публикаций сотрудников по теме диссертации. 18 сентября 2018 г. протокол №9 заседания диссертационного совета были утверждены оппоненты и ведущая организация, назначена дата защиты и дано разрешение на печать автореферата в типографии и размещение объявления о защите. 24 сентября на сайте ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой (<https://rheumatolog.su>), 25 сентября на сайте ВАК Министерства образования и науки РФ были размещены объявления о защите. Автореферат разослан по адресам обязательной рассылки 12 октября 2018 г. почтой РФ, а также членам диссертационного совета. В материалах личного дела присутствуют акты о внедрении результатов диссертации в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Материалы личного дела и документы первичной экспертизы диссертации соответствуют требованиям Положения ВАК. Таким образом, соискатель выполнила все необходимые требования.

*Е. Л. Насонов:* Пожалуйста, Ирина Геннадьевна, Вам предоставляется 20 минут. (Маслова И.Г. излагает основные положения диссертации).

*Е. Л. Насонов:* Ирина Геннадьевна, спасибо большое. Пожалуйста, какие есть вопросы у членов диссертационного совета? Пожалуйста, Лев Николаевич.

*Л. Н. Денисов:* Первый вопрос: в период Вашего наблюдения у кого-нибудь из пациентов с СКВ развился острый коронарный синдром, ИМ? И если развился, была ли какая-либо специфика в клинической или лабораторной картинах? Теперь второй вопрос: у Вас в задачи и цели не входило проследить взаимосвязи с терапией. Какую терапию проводили больным с СКВ, были ли ГКС, в какой дозе, какая была все-таки взаимосвязь. И следующий вопрос: Вы сказали, что очень много взаимосвязей между ИМ в плане воспаления, повышенного ЦРБ, агрегации

тромбоцитов и т.д. Получали ли больные с ОКС какую-нибудь противовоспалительную терапию? Получали ли статины больные с СКВ? Вы уделили дислипидемии очень большое внимание, проследили связь с высокой активностью процесса, с интерлейкином.

*И. Г. Маслова:* Спасибо большое, уважаемый Лев Николаевич за вопросы. У пациентов с СКВ в наших наблюдениях ОКС не наблюдался. Были клинические проявления ИБС, есть процент пациенток с диагнозом стенокардия напряжения ФК II, но ОКС не было. По поводу препаратов, которые получали пациенты с СКВ: поддерживающая терапия преднизолоном в дозировке 5-10 мг на догоспитальном этапе, получали цитостатики – это 8% пациенток, такие как азатиоприн, 11% получали аминохинолоновые препараты – далагил, плаквинил, 20% пациенток получали НПВС короткими курсами во время обострения суставных синдромов. Это все по приему препаратов. Пациентки с клиническими проявлениями ИБС: стенокардия напряжения, получали бетта-блокаторы, они получали статины в необходимых дозах, потому что ИБС как правило сопровождается дислипидемией. По показаниям, после обследований пациентки с СКВ получали статины.

*Е. Л. Насонов:* Пожалуйста, какие еще есть вопросы? Пожалуйста, профессор Балабанова Римма Михайловна.

*Р. М. Балабанова:* В заглавии Вашего доклада «Роль воспаления и активации тромбоцитов в развитии атеросклеротических процессов...», а в практических рекомендациях о тромбоцитах ничего не сказано. Вы не рекомендуете на практике исследовать агрегацию тромбоцитов из-за сложности аппаратурной диагностики, или по каким-то другим причинам? Второй вопрос: в Ваших публикациях и в ведущих журналах ВАК и в других публикациях достаточно большое место отводится значению инфекции в воспалении. Какой инфекции? Вы пишете персистирующей инфекции. Какую инфекцию Вы изучали для того, чтобы показать, что она играет роль в развитии атеросклероза?

*И. Г. Маслова:* Спасибо большое уважаемая Римма Михайловна за вопросы. По поводу агрегации тромбоцитов. Мы не предлагаем ее для повсеместного применения у пациентов для выявления рисков развития атеросклероза, потому что она не является 100% маркером развития атеросклероза, это лишь индуктор, который подталкивает воспаленную сосудистую стенку к привлечению лейкоцитов, образованию тромбоцитарно-лейкоцитарных комплексов. Можно применять агрегацию тромбоцитов как контроль после назначения пациентам антиагрегантов, чтобы определить насколько эффективно лечение, как меняются показатели агрегации

тромбоцитов после назначения специфической терапии. В таком ключе можно было бы проводить подобное исследование, потому что оно недорогое, проводится быстро. По поводу инфекционного агента. Никаких конкретных инфекций мы не рассматривали, оценивали маркеры воспаления как риск развития атеросклероза, ИЛ-6 – маркер воспаления, который провоцирует повреждение сосудистой стенки, запускает дальнейший механизм. Использовали обобщенное понятие инфекции, а не конкретный возбудитель.

*Е. Л. Насонов:* Зачитался авторефератом, очень интересно. Дмитрий Евгеньевич Каратеев, пожалуйста.

*Д. Е. Каратеев:* Ирина Геннадьевна, скажите пожалуйста, большинство Ваших пациентов были пациенты неактивные, длительно наблюдающиеся, 11 лет с СКВ, но они относились к разным субтипам? Около 10% были с поражением почек, например. Какая-то корреляция развития атеросклеротического поражения, агрегации тромбоцитов с клинико-лабораторными субтипами СКВ, зависимость от наличия поражения почек, какие антитела выявлялись? Или Вы этим не занимались? Довольно интересно было бы.

*И. Г. Маслова:* Спасибо большое уважаемый Дмитрий Евгеньевич за интересный вопрос. Подобные исследования были бы интересны, но в нашем исследовании не проводился столь тщательный анализ полученных результатов с делением на субтипы. Поэтому у нас более общие выводы получились.

*Д. Е. Каратеев:* У Вас 54% больных с поражением почек. В отличие от других были ли какие-нибудь специфические лабораторные проявления?

*И. Г. Маслова:* Поражение почек проявлялось преимущественно изолированным мочевым синдромом, умеренно протеинурией. Клинически значимых проявлений не было.

*Д. Е. Каратеев:* Изначально были пациенты с нетяжелым течением, без нефрита, без тяжелых патологии?

*И. Г. Маслова:* Да. Именно так.

*Е. Н. Насонов:* Профессор Алекберова Земфира Садуллаевна, пожалуйста.

*З. С. Алекберова:* Какой возраст был у самой молодой пациентки с ИМ?

*И. Г. Маслова:* Спасибо за вопрос, уважаемая Земфира Садуллаевна. Самая молодая пациентка, у которой развился ИМ была 36 лет. У пациенток с СКВ инфаркт миокарда зафиксирован не был. Была клиника ИБС: стенокардия напряжения, ФК II, но ОКС не было.

*Е. Н. Насонов:* Пожалуйста, Евгений Валерьевич Жилиев.

*Е. В. Жиляев:* В продолжение этого вопроса. В этой контрольной группе с ИМ были достаточно молодые женщины, верификация ИМ эхокардиографическая в каком проценте случаев? Коронарографическое подтверждение ИБС в каком проценте случаев?

*И. Г. Маслова:* Спасибо большое за вопрос уважаемый Евгений Валерьевич. Пациентки доставлялись в больницу бригадами скорой помощи. На ЭКГ регистрировался подъем сегмента ST, тропонин-тест положительный. На этапе поступления в клинику в отделение кардиореаниации, им делали ЭХО КС если не в день поступления, то на следующий день в обязательном порядке. Пациентки находились под постоянным наблюдением, и клинико-лабораторная картина отслеживалась четко. Коронарангиография пациенткам не проводилась в связи с отсутствием необходимых условий и оборудования. ЭХО КС пациенткам делала я лично, у всех были зоны локального нарушения сократимости миокарда ЛЖ.

*Е.В. Жиляев:* Второй вопрос. Критерием исключения был антифосфолипидный синдром. То есть это означает, что ни у одного из пациенток не было антифосфолипидных антител? Или не было антифосфолипидного синдрома?

*И. Г. Маслова:* Спасибо большое за вопрос уважаемый Евгений Валерьевич. Наличие антифосфолипидных антител, антифосфолипидного синдрома были критериями исключения. Дело в том, что здесь есть противоречия. Пациентам с АФС показано назначение статинов, поэтому эта группа пациенток была исключена из исследования.

*Е. В. Жиляев:* И последний вопрос. Необычно высоким кажется уровень ЦРБ у Ваших пациенток, необычный для данного заболевания. Какие причины госпитализации этих пациенток были?

*И. Г. Маслова:* Спасибо большое за вопрос. Пациентки поступали к нам в плановом порядке. Явных обострений не было. Такие у нас получились результаты. Они были вполне сопоставимы с результатами пациенток в группе с ИМ. Поступали пациентки с СКВ с не столь значительным ухудшением, чтобы можно им объяснить столь высокие показатели ЦРБ.

*Е. Л. Насонов:* Татьяна Валентиновна Попкова, пожалуйста.

*Т. В. Попкова:* Ирина Геннадьевна, скажите пожалуйста, у Вас три группы. Группа с ИМ – это группа сравнения, не контрольная группа. Далее у Вас были группы пациенток с СКВ и группа контроля. Какое количество женщин было в этих группах? Второй вопрос по поводу С-реактивного белка. В кардиологии описывают 0-1 – низкий риск, 1-3 – высокий риск, более 3 – очень высокий риск. Вы рекомендуете внедрить исследование ЦРБ



в практику, но с 2010 г. у нас это внедрено, делили ли Вы по этим градациям уровня ЦРБ пациенток, которых обследовали?

*И. Г. Маслова:* Спасибо большое Татьяна Валентиновна за вопросы. У нас были группы пациенток с ИМ – 31 человек, с СКВ – 50 человек, контрольная группа – 21 здоровая женщина. Обследуемых мы не разделяли в зависимости от степени повышения ЦРБ.

*Е. Л. Насонов:* Татьяна Валентиновна правильно этот вопрос задала. Есть четкие рекомендации по риску и специально определяются пациенты с нормальными липидами, но с высокими показателями вчЦРБ, это является показанием для назначения статинов. Это должно определять дальнейшую тактику ведения пациентов с СКВ. Пожалуйста, какие еще есть вопросы? Сергей Константинович, пожалуйста.

*С. К. Соловьев:* Ирина Геннадьевна, у меня к Вам простой вопрос. У Вас пациентов с СКВ 50 человек, не так много, на самом деле. Может быть Вы смотрели, может Вы считали, обращали внимание, у каких пациентов из этих 50 человек с разными симптомами, были самые высокие уровни ЦРБ и ИЛ-6? Были ли, например, эти пациенты с поражением почек, хроническим, неактивным, или, например, с активным артритом, что более характерно для Вашей группы пациентов, хроническое течение почти у всех пациентов, например, с синдромом Рейно или язвенными поражениями кожи и слизистых оболочек? Какой-то может быть у вас субтип пациентов, у которых будут повышены эти показатели?

*И. Г. Маслова:* Спасибо большое уважаемый Сергей Константинович за вопрос. В исследовании было около 16 пациентов с уровнем ЦРБ более 5 мг/л. Артритов не было, были скорее артралгии.

*С. К. Соловьев:* Агрегация и ИЛ-6 тоже были у этих пациентов выше, чем у остальных, или Вы это не анализировали?

*И. Г. Маслова:* Уровень ИЛ-6 достоверно коррелировал с повышением уровня вчЦРБ. Частичное совпадение было по трем показателям, это агрегация тромбоцитов, вчЦРБ и ИЛ-6.

*С. К. Соловьев:* Есть у Вас были пациенты с явным артритом, почти как при ревматоидном артрите, или это были артралгии?

*И. Г. Маслова:* артрита не было, были артралгии.

*С.К. Соловьев:* И были ли у Вас пациенты с температурой, лихорадкой?

*И. Г. Маслова:* с температурой пациенток не было.

*С.К. Соловьев:* С тяжелым поражением кожи, с распространенным поражением кожи, не только эритема в «зоне бабочки», но и где-то еще?

*И. Г. Маслова:* Были несущественные поражения, таких ярких проявлений не было.

*Е. Л. Насонов:* Пожалуйста, Юрий Владимирович Муравьев.

*Ю. В. Муравьев:* Уважаемая Ирина Геннадьевна, в Вашем докладе прозвучало, что Вы наблюдали, включили в исследование 102 пациенток, в том числе 21 здоровая. Здоровая – это тоже пациенты, или как? В автореферате у Вас написано 90 пациентов. Где написано правильно? Это бросается в глаза. Далее у Вас в автореферате и в докладе звучал синдром артериальной гипертензии. Это «ноу-хау»? И пожалуйста приведите по одному примеру диагноза клинического системной красной волчанки и инфаркта миокарда.

*И.Г. Маслова:* Спасибо большое за вопрос уважаемый Юрий Владимирович. У нас было 50 пациенток с СКВ, 31 пациентка с ИМ и контрольная группа здоровых женщин – 21 человек. В автореферате вероятно опечатка, прошу прощения.

Диагноз СКВ формулировали по степени активности, течению заболевания, т.е. системная красная волчанка, активность II, подострое течение, суставной синдром, тромбоцитопения. Ишемическая болезнь. Острый инфаркт миокарда с зубцом Q и подъемом сегмента ST, передне-перегородочный с переходом на боковую стенку. Это при поступлении.

По поводу артериальной гипертензии. Гипертоническая болезнь – это диагноз, результат ряда обследований, которые позволяют поставить такой диагноз, а артериальная гипертензия – это систематические повышения артериального давления, которые не были сведены к диагнозу, рассматривались как синдром повышения АД выше 140/90 мм.рт.ст.

*Е. Л. Насонов:* Вы удовлетворены, Юрий Владимирович? Хорошо, тогда будем двигаться дальше. Объявляется технический перерыв. Необходимо получить проекты заключения диссертационного совета.

*Е.Л. Насонов:* Теперь я прошу научного руководителя Андрея Владимировича Аршинова несколько слов сказать.

*А. В. Аршинов:* Уважаемый Евгений Львович, уважаемые члены ученого совета, коллеги, Ирина Геннадьевна в 2003 году поступила в ординатуру после окончания института, работала ординатором, тогда и начала вести больных с системными заболеваниями. В дальнейшем она специализировалась по специальности функциональная диагностика, работала врачом ФД в нашей больнице. Практически все ревматологические больные, которые проходили у нас лечение, проходили через ее руки и тогда начался интерес к этой работе, она стала набирать материал, работать, анализировать полученные результаты. Но к сожалению эта работа затянулась на долгий срок в связи с житейскими обстоятельствами. И наконец она смогла представить свои результаты. Она себя зарекомендовала

хорошим работником, грамотным специалистом, функционалист очень хороший. Освоила еще заодно возможности оценки лабораторной диагностики, инструментальные методы обследования, сама участвовала в проведении агрегатометрии, хотя конечно нельзя сказать, что в этом она большой специалист, но тем не менее работала и участвовала в исследовании. Своим трудом она себя хорошо зарекомендовала. Не смотря на огрехи и волнение, она человек способный, я считаю, что она молодец.

*Е. Л. Насонов:* Спасибо, Андрей Владимирович. Очень важно, что практические врачи интересуются наукой. Это хорошо для наших специалистов, чтоб у нас были высоко квалифицированные практические врачи. Теперь снова передаю слово Ирине Степановне.

*И. С. Дыдыкина:* 2 октября 2017 г. на заседании проблемной научной комиссии по ревматологии в Ярославском государственном медицинском университете состоялось первичная экспертиза диссертационного исследования, выступили рецензенты, которые дали положительную оценку работе. В заключении первичной экспертизы представлены актуальность, связь данного исследования с научными программами, которые ведутся по данному направлению в университете, отражена практическая значимость, личный вклад автора в исследование. Заключение полное, объемное, вопросов по данному заключению нет. Представлено своевременно, оформлено в соответствии с требованиями.

Отзыв ведущей организации подготовлен и подписан Надеждой Александровной Шостак, заведующей кафедрой факультетской терапии им. академика А.И. Нестерова ЛФ ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ. Отзыв отражает в первую очередь, научно-практическую составляющую данного исследования, этому посвящено большая часть отзыва. В отзыве замечаний нет, значимость результатов для развития ревматологии с точки зрения ведущей организации высокая, подчеркивается полнота изложения результатов в тех публикациях, которые представлены в докладах и статьях. В заключении говорится, что существенных замечаний по содержанию текста диссертации нет, по актуальности, методологическому уровню, научной новизне и практической значимости, работа Масловой И.Г. «Роль воспаления и активации тромбоцитов в развитии атеросклеротических процессов у больных системной красной волчанкой» полностью отвечает требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а соискатель заслуживает присуждение

искомой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22. – ревматология.

На автореферат диссертации поступили положительные отзывы от Мясоедовой Светланы Евгеньевны доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой терапии и эндокринологии Института последипломного образования (ИПО) ФГБОУ ВО Ивановской ГМА Минздрава России; от Клюквиной Натальи Геннадьевны, доктора медицинских наук, старшего научного сотрудника ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой; от Марусенко Ирины Михайловны, доктора медицинских наук, профессора кафедры госпитальной терапии, Медицинского института ФГБОУ ВО Петрозаводского государственного университета Минобрнауки РФ. Все отзывы положительные, вопросов, замечаний не содержат.

*Е. Л. Насонов:* Сейчас хочу предоставить слово официальному оппоненту Татьяне Магомедалиевне, пожалуйста, профессор Решетняк.

*Т. М. Решетняк:* (зачитывает отзыв, отзыв прилагается к стенограмме). Принципиальных замечаний к работе Масловой Ирины Геннадьевны нет, но имеются некоторые вопросы:

1. Средние показатели вчСРБ при СКВ были достоверно выше по сравнению с пациентами в контрольной группе и с острым ИМ, какое число пациентов имели уровни вчСРБ выше 5 в группе СКВ, была ли связь с повышением агрегации тромбоцитов и наличием АСБ?
2. Были ли пациенты с низким числом тромбоцитов в крови (хотя бы ниже 150 тыс), если да как характеризовались показатели функции тромбоцитов, а именно агрегация тромбоцитов и ТФ-4?
3. Отмечена высокая корреляция маркёров воспаления с липидными нарушениями, активацией функции тромбоцитов. Сколько же было пациентов, у которых одновременно имелась дислипидемия, гиперактивация тромбоцитов, повышение уровней ИЛ-6, вчСРБ.
4. Когда в практике следует оценивать агрегацию тромбоцитов у пациентов с СКВ? На этот вопрос Вы уже отвечали.

Заключение: Таким образом, диссертация Масловой Ирины Геннадьевны «Роль воспаления и активации тромбоцитов в развитии атеросклеротических процессов у больных системной красной волчанкой», выполненная под руководством доктора медицинских наук, профессора Аршинова Андрея Владимировича, является законченным научным исследованием. По объему выполненного исследования, его актуальности, методическому подходу, новизне и практической значимости данная работа полностью отвечает требованиям п.9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного Постановлением правительства РФ №842

от 24 сентября 2013 года, а автор, Маслова Ирина Геннадьевна, достойна присуждения искомой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – «Ревматология». Отзыв дан в Диссертационный совет Д.001.018.01 при Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, д 34А). Спасибо за внимание.

*Е. Л. Насонов:* Спасибо большое, Татьяна Магомедалиевна, замечательный отзыв. Ирина Геннадьевна, ответьте на вопросы.

*И. Г. Маслова:* Спасибо большое, Татьяна Магомедалиевна, за вопросы и за высокую оценку моей работы. По поводу показателей вЧСРБ у больных СКВ. Они были достоверно повышены, по сравнению с группой контроля и с больными с ИМ. Около 16 пациенток было с уровнем вЧСРБ более 5мг/л. Однако, пациентов с уровнем ЦРБ выше, чем в группе контроля значительно чаще, что было ожидаемо. Отмечены слабые корреляции между концентрацией вЧСРБ и показателями агрегации с АДФ, корреляция слабая,  $R=0,30$ , но все-таки она была. Корреляция средней силы зафиксирована между уровнем вЧСРБ и концентрацией ИЛ-6 ( $R=0,63$ ,  $p<0,05$ ). Корреляций с количеством АСБ не отмечено. Были пациентки низким количеством тромбоцитов. В случае тромбоцитопении: Плазму богатую тромбоцитами центрифугируем, часть надосадочной плазмы убираем, осадок тромбоцитов вновь растворяем в оставшейся плазме, но в меньшем объеме. Тем самым нормализуем количество тромбоцитов. Явных отличий, выходов за средние показатели не наблюдалось.

*Е. Л. Насонов:* Глубокоуважаемые члены диссертационного совета, Вадим Иванович Мазуров по уважительной причине отсутствует, отзыв представлен в диссертационный совет своевременно, подписан 9 ноября 2018 г. (отзыв прилагается к стенограмме). Прошу ученого секретаря зачитать отзыв.

*И. С. Дыдыкина:* Зачитывает отзыв.

Принципиальных замечаний нет. Однако при рецензировании работы у оппонента возникли вопросы, а именно:

1. В чем заключается особенности формирования атеросклеротического процесса у молодых пациенток с СКВ?
2. По мнению автора наиболее информативным лабораторным маркером, отражающим риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных СКВ, является высокий уровень вЧСРБ. Известно, что терапия глюкокортикостероидами у этой группы больных ведет к подавлению иммуновоспалительного процесса и, следовательно, к снижению уровня

вчСРБ. Можно ли полагать, что терапия ГКС является патогенетической для замедления темпов атерогенеза у больных СКВ, если они сами повышают сердечно-сосудистые риски при ИБС?

3. Могут ли применяемые в лечении СКВ цитостатические препараты замедлять прогрессирование атеросклеротического процесса?

*Е. Л. Насонов:* Ирина Геннальевна, ответьте, пожалуйста на вопросы оппонента.

*И. Г. Маслова:* Спасибо академику Мазурову Вадиму Ивановичу за положительный отзыв, высокую оценку проведенной работы.

Риск развития ИБС у женщин с СКВ выше, чем в других популяциях. Это подтвердил ряд исследований, в том числе исследования Анны Евгеньевны Ильиной, где у большего процента пациенток с СКВ были проявления атеросклероза. Можно предполагать, что помимо традиционных факторов риска, именно воспаление и аутоимунные процессы могут объяснить ассоциацию между пациентами с СКВ и с ИМ. Но механизмы развития атеросклероза у пациентов с СКВ еще не достаточно изучены и нуждаются в дальнейшем исследовании. По поводу ГКС, которые применяются у пациентов с СКВ, можно сказать, что в больших дозах они вызывают ряд побочных эффектов, таких как артериальная гипертензия, уменьшение толерантности к глюкозе, появление сахарного диабета, дислипидемии, тромбоэмболические осложнения. Но есть ряд исследований, которые показывают, что ГКС в малых дозах могут обладать протективным эффектом, который может уменьшать риски развития атеросклероза в сосудах. Данные исследования проводились у пациентов с ревматоидным артритом, у пациентов с СКВ подобные исследования не проводились. Вопрос о применении цитостатиков у пациентов с СКВ. Применение метотрексата в группах пациентов с ревматоидным артритом приводило к уменьшению сердечно-сосудистых осложнений. Но подобных исследований у пациентов с СКВ нет. Но можно предположить, что цитостатики могут снижать риск развития ССО и у пациентов с СКВ.

*И. С. Дыдыкина:* В заключении оппонента Мазурова В.И. говорится, что диссертация Масловой Ирины Геннадьевны на тему «Роль воспаления и активации тромбоцитов в развитии атеросклеротических процессов у больных системной красной волчанкой», выполненная под руководством д.м.н. Аршинова Андрея Владимировича, является законченным научным исследованием, решающим важный для клинической ревматологии вопрос о значении иммуновоспалительного процесса в формировании атеросклеротического поражения сосудистой системы у больных СКВ.

По объему выполненного исследования, его актуальности, новизне и практической значимости данная работа полностью отвечает требованиям п.9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного Постановлением правительства РФ №842 от 24 сентября 2013 года, а автор, Маслова Ирина Геннадьевна, достойна присуждения искомой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – «Ревматология». Отзыв дан в Диссертационный совет Д.001.018.01 при Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, д 34А).

*Е. Л. Насонов:* Спасибо. Мы переходим к дискуссии. Пожалуйста, кто хотел бы выступить? Сергей Константинович Соловьев, пожалуйста.

*С. К. Соловьев:* Глубокоуважаемый Евгений Львович, коллеги, я хотел бы поддержать эту работу, и вот почему. Последние годы мы видим замечательные успехи в лечении СКВ, пятилетняя выживаемость этих пациентов приближается к 90% и выше. И казалось бы, что нам беспокоиться? Но тема коморбидности, тема осложнений терапии, да и течение самой СКВ заставляет нас искать какие-то новые пути, новые лекарственные препараты, новые программы терапии. В этой связи хочется отметить, что как раз на первый план среди коморбидности при СКВ, это как раз работа профессора Попковой и других наших коллег, выходит на первый план поражение сердечно-сосудистой системы, атеросклероз и с последующими тяжелыми состоянием, такими, как инфаркт миокарда, тромбозы, инсульты и т.д. Фактически причина смертности при СКВ сейчас уже эти проблемы, а не поражение почек, или поражение ЦНС или легких. Мне очень импонирует то, что эта задача была поставлена и очень успешно решена. Решена еще вот почему, мне кажется интересно то, что уровень ИЛ-6 не так часто изучается вообще у пациентов с ревматическими заболеваниями, в основном при РА, и вот это сделано при СКВ. Это очень интересный цитокин, который является фактически ключевым маркером воспаления. И вот при СКВ этот маркер тоже играет главную роль, не только в развитии атеросклероза, но и в развитии разных других ситуаций, которые характерны для этого заболевания. Евгений Львович наверняка помнит этот случай, когда мы применили ингибитор ИЛ-6, тоцилизумаб у пациента с СКВ, с очень высоким уровнем ИЛ-6, ЦРБ выше 100, СОЭ тоже около 100, с тяжелым артритом. Мне кажется, что если менять парадигму терапии, основываясь на этом негативе ГКС, который сейчас стал проявляться с уклоном на генно-инженерные препараты, в том числе и на тоцилизумаб, возможно, что есть определенные субтипы пациентов с СКВ, у которых

высокий уровень ЦРБ, ИЛ-6, артриты, тяжелое поражение кожи. Мне кажется, что это мишень и возможность применения еще одного генно-инженерного биологического препарата у этой категории больных. Все-таки нам надо менять парадигму, больше и чаще применять генно-инженерные препараты, основываясь в том числе и на результаты этой работы, в меньшей степени применять длительное назначение высоких и средних доз ГКС. Поддерживаю эту работу. Работа сделана очень качественно и хорошо. Спасибо большое.

*Е.Л. Насонов:* Спасибо большое, Сергей Константинович. Слово предоставляется Татьяне Валентиновне Попковой.

*Т. В. Попкова:* Мне тоже хотелось бы поддержать эту работу. В-первых, она согласуется с нашими данными и результатами, которые в течение долгого времени проводятся. И на мой взгляд, наиболее интересно то, что Ирина Геннадьевна, и это представляет особый научный интерес, посмотрела, сравнила и проанализировала две группы, с СКВ и ИБС. Вэтом есть основная научная новизна. В результате этого анализа было показано, что именно аутоимунное воспаление при СКВ является фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Методически все очень грамотно и аккуратно сделано. Работа очень хорошая, я поддерживаю.

*Е.Л. Насонов:* Спасибо большое, Татьяна Валентиновна. У нас была возможность заслушать и обсудить эту работу на ученом совете Института ранее. Мы тогда очень детально все обсудили, поэтому я тоже хочу сказать слова поддержки. Я очень рад, что у нас продолжают исследования по ревмакардиологии. В Ярославле всегда была и остается очень сильная кардиология, клиническая иммунология, и ревматология, естественно. Много лет назад, еще в 80-х годах, начали обсуждать теорию воспаления и атеросклероза. Первые публикации в 1987-88 годах, когда преимущество отдавали аутоимунному компоненту, который потом сменился представлением о влиянии хронического воспаления, ЦРБ. Такие работы мы будем приветствовать. Это хороший этап. Но ясно, что было бы интересно продолжить, наблюдать этих пациентов, посмотреть, какие исходы, уровни ЦРБ по сравнению с общими в популяции. Ради справедливости, хочу сказать, что по поводу применения ГКС существует колоссальное количество литературы, абсолютно очевидно, что ГКС являются крайне вредными препаратами, это четко доказано. Ими пытались ОИМ купировать, но исходы ухудшались. Я еще раз хочу подчеркнуть, что эта работа, как основа. Я хотел бы Вам пожелать продолжить. Здесь не нужны каких-нибудь сверхъестественных ревматологических исследований. Ваша когорта представляет сама по себе очень большой интерес. Поэтому, дайте обещание,



что Вы будете дальше продолжать этим заниматься. Просто интересно, что с этими женщинами с достаточно небольшим возрастом, я имею в виду средний возраст. Я думаю, что Вы какой-то вкус почувствовали к анализу, мне очень хочется, чтобы эта работа продолжалась. Вам заключительное слово.

*И.Г. Маслова:* Не могу без благодарностей. Спасибо большое, уважаемый Евгений Львович, спасибо большое коллеги за высокую оценку, за интерес, проявленный к моей работе, за интересные вопросы, за пожелания и напутствия. Спасибо институту, который предоставил возможность для защиты. Спасибо моему необыкновенному руководителю Андрею Владимировичу Аршинову за помощь и поддержку в исследованиях и написании работы.

*Е. Л. Насонов:* Переходим к выбору счетной комиссии. Предлагаем включить в счетную комиссию уважаемых членов ученого совета, профессора Жилиева Е.В., профессора Балабанову Р. М. и дмн Амирджанову В. Н. Возражений нет. Голосуем. Кто ЗА, против, воздержавшиеся. Состав счетной комиссии утверждается единогласно. Объявляется перерыв для тайного голосования.

Слово предоставляется председателю счетной комиссии дмн Амирджановой Вере Николаевне.

*В.Н. Амирджанова:* Глубоко уважаемый председатель, глубоко уважаемые члены ученого совета, представляю вам протокол заседания счетной комиссии, которая избрана диссертационным советом научно-исследовательского института ревматологии имени В.А. Насоновой РАМН 30 ноября 2018 г. В составе избранной комиссии профессор Жилиев Е. В., Амирджанова В. Н., Балабанова Р. М. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Масловой Ирины Геннадьевны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Состав диссертационного совета утвержден в количестве 21 человека, срок полномочий совета действует до настоящего времени. В диссертационный совет дополнительно с правом решающего голоса не было никого введено. Присутствовало на заседании 15 членов совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертационной работы – 14. Было роздано бюллетеней 15, осталось не розданных – 6. Оказалось в урне бюллетеней 15. Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Масловой Ирине Геннадьевне. Проголосовали ЗА – 15, ПРОТИВ – нет, недействительных бюллетеней нет.

*Е. Л. Насонов:* Просьба утвердить протокол счетной комиссии. Прошу голосовать. Протокол утверждается единогласно.

По проекту заключения есть какие-то замечания? Замечаний нет. Прошу утвердить заключение диссертационного совета. Прошу голосовать: ЗА, против, воздержавшиеся. Принято единогласно.

Заключение принято открытым голосованием (ЗА – 15 человек) в следующей редакции:

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

- изучена и показана встречаемость субклинического атеросклеротического поражения сосудистой стенки среди больных СКВ.
- доказана значимость уровня интерлейкина-6 и вЧСРБ в ранней диагностике атеросклеротического поражения сосудистой стенки среди больных СКВ.
- продемонстрировано влияние активности воспаления, изменения липидного профиля и активации тромбоцитов на развитие атеросклеротических поражений сосудистой стенки у больных с СКВ.
- показана сходство механизмов атерогенеза — воспаление, активация тромбоцитов, секреция воспалительных цитокинов, нарушение синтеза и обмена липидов у больных СКВ и больных с инфарктом миокарда (ИМ) как одной из форм ИБС.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что:

- Впервые на основании комплексной оценки показана ассоциация между дислипидемией, активностью воспаления, нарушением тромбоцитарно-сосудистого гемостаза и сонографическими признаками субклинического атеросклероза у больных СКВ. Впервые осуществлен сравнительный анализ механизмов развития атеросклероза у больных СКВ и больных ИБС.
- У пациенток с СКВ отмечено достоверное увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) по сравнению с группой контроля, что позволяет рассматривать этот показатель как критерий развития субклинического атеросклероза. Так, у больных СКВ толщина КИМ общей сонной артерии (ОСА) — 1,00 (0,80–1,10) > 0,80 (0,70–0,90),  $p=0,002024$ , и толщина КИМ бифуркации сонной артерии (БСА) — 1,10 (1,00–1,20) > 0,80 (0,70–1,10),  $p=0,003684$ . У больных с инфарктом миокарда (ИМ) отмечалось достоверное увеличение показателя толщины КИМ. У пациенток с ИМ толщина КИМ ОСА (0,90 (0,80–1,10) > 0,80 (0,70–0,90),  $p=0,001786$ ) и толщина КИМ БСА (1,20 (1,10–1,40) > 0,80 (0,70–1,10),  $p=0,000395$ ) также превышали данные показатели в группе контроля. При кажущихся отличиях патогенеза заболевания обследованных групп больных, и у больных СКВ, и у больных

ИБС отмечено отсутствие достоверных отличий показателей толщины КИМ в обеих группах.

- Толщина КИМ ОСА у больных СКВ достоверно коррелировала с возрастом пациента ( $R=0,39$ ,  $p<0,05$ ). Толщина КИМ БСА достоверно коррелировала с возрастом пациентов ( $R=0,38$ ,  $p<0,05$ ), значением агрегации тромбоцитов с АДФ ( $R=0,35$ ,  $p<0,05$ ) и уровнем ИЛ-6 ( $R=0,30$ ,  $p<0,05$ ).

- Вторым признаком, объединяющим обе группы больных (СКВ и ИМ), является выраженная активация воспаления. У пациентов СКВ зафиксировано повышение концентрации ИЛ-6 более чем в 2 раза по сравнению с группой контроля (1,72 (1,39–2,68)  $>0,60$  (0,22–0,75),  $p=0,000000$ ) и значительное увеличение концентрации вчСРБ (3,67 (2,17–5,92)  $>0,74$  (0,30–1,26)  $p=0,000000$ ). У больных с ИМ отмечалось повышение концентрации ИЛ-6 почти в 2 раза по сравнению с показателем группы контроля (1,1 (0,69–1,82)  $>0,60$  (0,22–0,75),  $p=0,000113$ ) и значительное увеличение концентрации вчСРБ (3,36 (1,44–5,90)  $>0,74$  (0,30–1,26),  $p=0,000015$ ).

- Третьим показателем, объединяющим пациентов с СКВ и ИМ явилась значительная активация тромбоцитов. Уровень тромбоцитарного фактора-4 (ТФ-4) в плазме больных СКВ достоверно превышал контрольные значения — 21,5 (19,80–23,28)  $>18,30$  (13,88–20,46),  $p=0,001152$ . У больных с ИМ концентрация ТФ-4 в процессе активации тромбоцитов достоверно превышала контрольный уровень — 20,76 (19,00–23,50)  $>18,30$  (13,88–20,46),  $p=0,005303$ .

- Несмотря на наличие дислипидемии в обеих группах больных, у больных СКВ данные изменения были выражены более отчетливо. В частности, у пациенток с СКВ отмечалось достоверное повышение концентрации ОХ (6,63 (5,93–7,12)  $>4,9$  (4,50–5,10),  $p=0,000000$ ), уровня ЛПНП (3,50 (3,05–4,57)  $>3,1$  (2,29–3,24),  $p=0,005908$ ) и снижение концентрации ЛПВП (1,17 (0,88–1,30)  $<1,32$  (1,24–1,37),  $p=0,005261$ ). Был достоверно повышен коэффициент атерогенности (4,75 (4,10–7,10)  $>2,45$  (2,40–2,70),  $p=0,000000$ ). У больных с ИМ, в отличие от пациентов с СКВ, показатели липидного спектра не столь значимо отличались от группы контроля. Достоверные отличия отмечены лишь для показателей уровня ЛПВП (1,05 (0,88–1,21)  $<1,32$  (1,24–1,37),  $p=0,001296$ ).

Меньшая активность воспаления у больных с ИМ отразилась и в не столь выраженном повышении уровня антител к окЛПНП по сравнению с контрольной группой (2,05 (1,43–3,26) и 1,39 (1,26–2,04),  $p=0,082851$ ). В то время как при СКВ уровень антител к окЛПНП достоверно превышал его значения в группе контроля (3,16 (1,45–4,60)  $>1,39$  (1,26–2,04),  $p=0,010166$ ).

Применительно к проблематике диссертации результативно и эффективно, то есть с получением обладающих научной новизной данных, использован комплекс существующих базовых клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, проведено тщательное всестороннее унифицированное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование всех больных, использованы корректные современные методы статистической обработки данных, применяемых в медицине.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что разработаны и внедрены в лечебную работу кардиологического и терапевтического отделений ГУЗ ЯО «Клиническая больница №8» алгоритмы диагностики и обследования больных, с учетом основных положений и выводов диссертационного исследования:

- субклиническое атеросклеротическое поражение сосудистой стенки распространено среди пациентов с системной красной волчанкой.
- на развитие и выраженность атеросклероза у больных системной красной волчанкой оказывает влияние не только дислипидемия, но и активность воспаления.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что:

- комплекс используемых автором методов исследования соответствует цели и задачам исследования; применение статистических методов выполнено на современном уровне; научные положения, выводы и практические рекомендации отражают содержание диссертации и являются обоснованными;
- при проведении исследования использованы рекомендованные российскими и международными стандартами методы физикального, лабораторного и инструментального обследования пациентов, использовано сертифицированное оборудование;
- выводы о высокой распространенности субклинического атеросклероза и его взаимосвязи с течением СКВ базируются на результатах собственного исследования и обобщении передового опыта по изучению развития атеросклероза у больных СКВ;
- использовано корректное сравнение авторских и литературных данных на тему развития атеросклероза при ревматических заболеваниях, распространенности субклинического атеросклероза, а также, диагностического значения отдельных маркеров воспаления у больных СКВ.
- установлено качественное и количественное совпадение авторских результатов с результатами, представленными в независимых источниках по данной тематике;

- использованы современные методики сбора и обработки результатов исследования с применением программы STATISTICA, version 10.0 (Statsoft. Inc, 2011).

Диссертационная работа входила в план научно-исследовательской работы Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Ярославский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (номер государственной регистрации 01201153129), утвержденной на ученом совете № 4 от 22 декабря 2010 года.

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии на всех этапах диссертационного исследования, формировании цели и задач исследования, в получении и разработке исходных данных. В соответствии с поставленной целью работы автором был проведен анализ литературных данных по исследуемой проблеме. Была разработана индивидуальная карта, заполняемая на каждого пациента. Проводилась курация всех больных, вошедших в исследование. Непосредственно автором обследовано 50 больных с СКВ и 31 пациентка с ИМ. Создан банк сывороток крови исследуемых больных для оценки содержания изучаемых маркеров. Проводилось исследование агрегационной функции тромбоцитов с индукторами агрегации: ристоцетином, аденозин-5'-дифосфатом (АДФ). Непосредственно автором проводилась оценка атеросклеротического поражения сосудов с помощью ультразвукового дуплексного сканирования сонных артерий в режиме реального времени.

Разработана специальная электронная база для хранения и статистической обработки данных. Все полученные результаты были тщательно проанализированы. При проведении статистического анализа освоены методы параметрической и непараметрической статистики, произведена тщательная и корректная статистическая обработка данных с применением программы STATISTICA, версия 10.0 (Statsoft. Inc, 2011). По результатам анализа сформулированы научные положения и выводы, предложены рекомендации для практического применения. Результаты диссертационного исследования сопоставлены с данными других авторов и на их основании диссертантом сформулированы научные положения и выводы, предложены рекомендации для практического применения. Соискатель самостоятельно апробировал результаты исследования, оформил рукопись диссертации, подготовил основные публикации и выступления по выполненной работе.

На заседании 30.11.2018 диссертационный совет пришел к выводу, что диссертация «Роль воспаления и активации тромбоцитов в развитии атеросклеротических процессов у больных системной красной волчанкой»

представляет собой научно-квалифицированную работу, которая соответствует критериям, установленным п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24.09.2013 г. № 842, с изменениями, утвержденными в Постановлении Правительства РФ от 21.04.2016 № 335, от 02.08.2016 N 748, от 29.05.2017 N 650, от 28.08.2017 N 1024, предъявляемым к диссертациям на соискание степени кандидата наук, а ее автор заслуживает присуждения искомой ученой степени. Диссертационный совет принял решение присудить Масловой Ирине Геннадьевне ученую степень кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – «Ревматология».

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 15 человек, из них 14 докторов наук (по специальности 14.01.22 – «Ревматология»), участвовавших в заседании, из 21 человека, входящих в состав совета, проголосовали: за - 15, против - нет, недействительных бюллетеней нет.

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

Насонов Евгений Львович

Ученый секретарь диссертационного совета,  
к.м.н.

Дыдыкина Ирина Степановна

30.11.2018 г.