

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой»

СТЕНОГРАММА

Заседания Диссертационного Совета Д 001.018.01
В ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой 24.05.2019 г.

Защита диссертации Кирилловой И.Г.

«Клинико-диагностические особенности хронической сердечной
недостаточности у больных ранним ревматоидным артритом», представленной
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальностям
14.01.22 – ревматология, 14.01.05 - кардиология

Москва – 2019

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 Кирилловой Ирины Геннадьевны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук от 24.05.2019 г. протокол № 20

Председатель диссертационного совета,

академик РАН, профессор, д.м.н.

Е.Л. Насонов

Ученый секретарь диссертационного совета, к.м.н.

И.С. Дыдыкина

Е.Л. Насонов: утвержденный состав совета 24 человек, присутствует 18 человек, в том числе докторов наук по специальности 14.01.22 «Ревматология» 14 человек и по специальности 14.01.05 «Кардиология» 3 человека, дополнительно введенных в состав совета для разовой защиты.

Присутствуют на заседании следующие члены совета:

№	ФИО	Научная степень	Шифр специальности
1.	Насонов Е.Л., председатель	д.м.н.	14.01.22
2.	Эрдес Ш., заместитель	д.м.н.	14.01.22
3.	Дыдыкина И.С., ученый секретарь	к.м.н.	14.01.22
4.	Алексеева Л.И.	д.м.н.	14.01.22
5.	Амирджанова В.Н.	д.м.н.	14.01.22
6.	Ананьева Л.П.	д.м.н.	14.01.22
7.	Балабанова Р.М.	д.м.н.	14.01.22
8.	Галушко Е.А.	д.м.н.	14.01.22
9.	Гордеев А.В	д.м.н.	14.01.22

10.	Денисов Л.Н.	д.м.н.	14.01.22
11.	Каратеев Д.Е.	д.м.н.	14.01.22
12.	Муравьев Ю.В.	д.м.н.	14.01.22
13.	Попкова Т.В.	д.м.н.	14.01.22
14.	Соловьев С.К.	д.м.н.	14.01.22
15.	Чичасова Н.В.	д.м.н.	14.01.22
16.	Затейщиков Д.А.	д.м.н.	14.01.05
17.	Минушкина Л.О.	д.м.н.	14.01.05
18.	Хадзегова А.Б.	д.м.н.	14.01.05

В повестке дня совета защита диссертации Кирилловой И.Г. на тему: «Клинико-диагностические особенности хронической сердечной недостаточности у больных ранним ревматоидным артритом», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 14.01.22 – «ревматология», 14.01.05 – «кардиология».

Диссертация выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522 г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А) в лаборатории ревмокардиологии.

Диссертация принята к защите 05.03.2019 г., протокол № 12, диссертационным советом Д 001.018.01.

Научный руководитель: Новикова Диана Сергеевна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории системных ревматических заболеваний Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522 г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А).

Официальные оппоненты:

Ребров Андрей Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета, ФГБОУ

ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Нарусов Олег Юрьевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

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

Соискатель Кириллова Ирина Геннадьевна, 1987 года рождения, в 2010 году окончила Федеральное государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» в г. Чебоксары. Выдан диплом с отличием и присуждена квалификация врач по специальности «лечебное дело». После окончания Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова Ирина Геннадьевна поступила и окончила клиническую ординатуру по специальности «кардиология» в Научно-исследовательском институте кардиологии имени А.Л. Мясникова Российского кардиологического научно-производственного комплекса Министерства Здравоохранения Российской Федерации (121552, г. Москва, ул. 3-я Черпковская, д. 15а). После окончания ординатуры была зачислена в штат Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522 г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А) в качестве младшего научного сотрудника. В настоящее время

является научным сотрудником лаборатории системных ревматических заболеваний Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522 г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А). Представлены соответствующие сертификаты. Полный текст диссертации размещен на сайте нашего института 20 декабря 2018 г., на сайте ВАК спустя 2 дня. Заявление и пакет документов были представлены в диссертационный совет 6 февраля 2019 года с положительным отзывом научного руководителя. Среди документов представлены: выписка протокола об утверждении темы кандидатской диссертации, которая была утверждена по двум специальностям на заседании ученого совета нашего института 6 сентября 2016 года. Выполнение работы одобрено этическим комитетом. Для выполнения диссертационного исследования, сдачи экзаменов кандидатского минимума была прикреплена отделом ординатуры и аспирантуры ФГБНУ НИИР им. В.А. насонина в качестве соискателя. Все экзамены сданы на отлично. Для сдачи экзамена по философии и истории науки, иностранному языку была прикреплена в качестве экстерна в Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр.1). Результаты диссертации внедрены, имеется справка о внедрении результатов в нашем институте. Акт проверки первичной документации подписан профессором Ананьевой Л.П., к.м.н. Урумовой М.М., к.м.н. Волковым А.В., к.м.н. Кандратьевой Л.В. Представлена экспертно-аналитическая справка об оригинальности работы, которая составляет 90%. 7 февраля 2019 г. на заседании диссертационного совета, протокол № 7 была назначена экспертная комиссия в составе профессора, д.м.н. Балабановой Р.М., д.м.н. Амирджановой В.Н., д.м.н. Попковой Т.В., которые подготовили заключение о соответствии диссертации шифру специальности и полноте изложения материалов диссертации в научной

печати. Были предложены кандидаты в оппоненты и ведущей организации. Получены устные, а затем письменные согласия на оппонирование и подготовку отзыва ведущей организации. Представлены сведения от официальных оппонентов - письменное согласие профессора Реброва Андрея Петровича со сведениями о публикациях на тему, близкую к той работе, которая представляется к защите; от Нарусова Олега Юрьевича получены письменное согласие и заверенные сведения о том, что имеются публикации, близкие к теме диссертации. После этого 05.03.2019 состоялось заседание диссертационного совета, протокол № 5, на котором диссертация Кирилловой И.Г. была принята к защите, утверждены оппоненты, ведущая организация, дано разрешение на печать и рассылку автореферата. Объявление о защите на сайте нашего института сделано 12 марта 2019, на сайте ВАК 14 марта 2019 года. Таким образом, уважаемые коллеги, члены диссертационного совета, гости, Кириллова И.Г. выполнила все требования, которые предъявляются ВАК на этапе подготовки к защите.

Е.Л. Насонов: Слово предоставляется диссертанту. Пожалуйста, Ирина Геннадьевна, 20 минут у вас. (Кириллова И.Г. излагает основные положения диссертации).

Е.Л. Насонов: Спасибо большое, Ирина Геннадьевна. Сейчас у нас вопросы. Пожалуйста, у кого есть вопросы? Пожалуйста, Лев Николаевич Денисов.

Л.Н. Денисов: Ирина Геннадьевна, у вас указано 74 пациента в возрасте от 46 до 62 лет. Каков вклад возраста, как фактора риска развития хронической сердечной недостаточности? Когда вы включали пациентов, вы собирали анамнез заболевания, до того как развился ревматоидный артрит, срок которого 6 месяцев, были ли признаки хронической сердечной недостаточности? Второй вопрос: у вас больных было 74 пациента. 66 больных получали метотрексат и комбинацию с генно-инженерным биологическим препаратом. А группа больных из 8 человек что получала? Теперь о предпочтениях среди генно-инженерных препаратов. Абатацепта у вас было больше и адалимумаб принимали больше. Какое предпочтение

лечению вы отдаете? Может какой-то препарат лучше, или они действовали одинаково? Третий вопрос, у вас была группа после 18 месяцев, у которой сохранялся высокий уровень активности и высокий уровень NT-proBNP, что можно сказать? И четвертый вопрос о рекомендациях. Первый пункт. Эффективно ли для врачей первичного звена и вообще для врачей рекомендовать вот такие обширные исследования эхокардиографию, УЗИ брахиоцефальных артерий, не говоря о NT-proBNP? Что бы вы из этих моментов могли четко рекомендовать практикующему врачу, что реально можно сделать больному по этим рекомендациям?

И.Г.Кириллова: Спасибо большое за вопрос Лев Николаевич. По поводу первого вопроса.

И.Г. Кириллова: Да. Мы набирали всех пациентов, не исключали пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, брали всех пациентов. Поэтому у нас хроническая сердечная недостаточность составила 33% на момент включения. При медиане заболевания 7 месяцев у нас уже 33% пациентов имели хроническую сердечную недостаточность. Кроме того, более 65% наших пациентов уже имели кардиоваскулярный риск, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. В большом проценте, больше 50%, была зарегистрирована артериальная гипертония, у 16% уже имелась ишемическая болезнь сердца, были высокие уровни холестерина, отмечалась дислипидемия, атеросклероз сонных и коронарных артерий. Поэтому, в связи с тем, что мы брали всех больных в исследование у нас, получился такой высокий процент сердечной недостаточности. По поводу 8 пациентов, какую группу препаратов они получали. Эти 8 пациентов, не включились в динамику исследования, они не пришли на вторую точку. У части из них не было каких-то данных, поэтому их не включили для оценки динамики сердечной недостаточности и других показателей. То есть это не отдельная группа, это просто пациенты, которые выбыли из нашего исследования.

И.Г. Кириллова: По поводу генно-инженерных препаратов. По результатам нашего исследования, получилось, что пациенты, которые получали с

сердечной недостаточностью именно адалимумаб, то есть ингибитор ФНО-альфа, достигли полной ремиссии ревматоидного артрита, нормализовалась диастолическая функция, как левого, так и правого желудочков, полностью исчезли клинические проявления. Поэтому предпочтительнее среди наших пациентов применять адалимумаб. Пациентов, получавших абатацепт было всего 5 человек.

Пациенты, у которых сохранялась высокая активность заболевания и высокий уровень NT-proBNP. У них не было достижения ремиссии ревматоидного артрита, и поэтому у них сохранялся высокий уровень NT-proBNP. Среди них были пациенты с сердечной недостаточностью, которые не достигли ремиссии, их было 36%.

По поводу рекомендаций. Мы даем такие рекомендации. По поводу первичного звена, когда пациент поступает к терапевту или кардиологу, или ревматологу с наличием ревматоидного артрита, в первую очередь, нам необходимо оценить его факторы риска. То есть, если у пациента высокая активность заболевания, имеется высокий кардиоваскулярный риск, перенесенные сердечно-сосудистые события, имеются анамнестические данные об атеросклеротическом поражении, то в таком случае, нам проще даже назначить эхокардиографию для оценки диастолической дисфункции, так как она показала достаточно высокую положительную предсказательную ценность 75% для диагностики сердечной недостаточности. Поэтому первичному звену даем такие рекомендации при высокой активности заболевания, с анамнезом уже имеющихся кардиоваскулярных заболеваний и наличием высокого риска. Не всем конкретно пациентам.

Е.Л. Насонов: Спасибо. Вы удовлетворены Лев Николаевич?

Л.Н. Денисов: В целом да.

Е.Л. Насонов: Пожалуйста, какие еще есть вопросы? Да, пожалуйста, Дмитрий Александрович Затейщиков.

Д.А. Затейщиков: Спасибо, очень интересная работа. Но вот несколько вопросов, точнее два. Первый вопрос касается правого желудочка. Дело в том

что, конечно заболевание хотя и не часто, но вызывает легочную гипертензию. Если говорить о развернутой легочной гипертензии, наверное, это уже атрибут заключительных стадий заболевания, но, по крайней мере, интересны данные секционного материала, когда у колоссального количества людей находят гипертрофию правого желудочка без клинических признаков легочной гипертензии. В этой связи, поскольку вы оценивали ранние стадии заболевания, были ли среди ваших пациентов те, у кого кроме диастолической дисфункции правого желудочка были еще какие-то начальные признаки того, что можно было бы в последующем посчитать предиктором развития легочной гипертензии? Это первый вопрос. И второй вопрос касается уже самой сердечной недостаточности поскольку, наверное, наиболее интересно для исследователей и такая наиболее трагическая группа с точки зрения лечения сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса. Не существует способов лечения. Но и многие считают, что это связано с тем, что эта сердечная недостаточность гетерогенная в отличие от сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса, там другие факторы определяют развитие. И вот один из таких пунктов гетерогенности – это функция левого предсердия. Как-то прокомментируете, что было у ваших пациентов с этим отделом сердца? Спасибо.

И.Г. Кириллова: Спасибо большое Дмитрий Александрович за вопрос. По поводу первого вопроса, по поводу правого желудочка: у нас действительно было достаточно большое количество пациентов с диастолической дисфункцией правого желудочка. В литературе мало представлено данных об изучении именно диастолической дисфункции правого желудочка у больных ревматоидным артритом. Кроме того, при исследовании мы отметили, что диастолическая дисфункция правого желудочка, особенно эхокардиографические показатели, больше коррелировали с показателями воспалительной активности ревматоидного артрита, чем левого желудочка. У нас гипертрофии правого желудочка не выявлено, не было у нас таких пациентов. Кроме того, у нас пациенты были с длительностью заболевания

всего семь месяцев, поэтому легочная гипертензия была выявлена только у двоих, и она была связана у обоих пациентов с хронической сердечной недостаточностью. По поводу второго вопроса, по поводу левого предсердия. Выраженного его увеличения у нас не было, максимальная недостаточность митрального клапана была 1-2 степени. Больше 2 степени мы не выявляли. И сказать о каких-либо ранних предикторах по изменению правого желудочка в нашем случае можно только по высокой активности заболевания ревматоидного артрита, которая приводила к нарушению диастолической функции правого желудочка.

Д.А. Затейщиков: Спасибо.

Е.Л. Насонов: Спасибо большое. Да, я хочу предоставить слово. Алла Блаловна, пожалуйста.

А.Б. Хадзегова: Ирина Геннадьевна, все-таки хочу уточнить, о какой хронической сердечной недостаточности идет речь: с сохраненной систолической функцией или с сохраненной фракцией выброса?

И.Г. Кириллова: Спасибо за вопрос, Алла Блаловна. С сохраненной систолической функцией левого желудочка.

А.Б. Хадзегова: Но по классификации с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, потому что если вы более тонкие исследования проведете и посмотрите продольную деформацию, вам надо купить «ЭХО пад» к вашему прибору, если его нет, то сможете оценить продольную деформацию, систолическая функция будет обязательно нарушена, фракция выброса сохранена. Поэтому терминология «с сохраненной фракцией выброса». Это первое. Второй вопрос. Все-таки я здесь не нашла, может у вас есть значения среднего показателя NT-proBNP в группе без сердечной недостаточности с ревматоидным артритом, какие были значения?

И.Г. Кириллова: медиана NT-proBNP составила 77 пг/мл.

А.Б. Хадзегова: Меньше 125 пг/мл?

И.Г. Кириллова: Да, меньше 125 пг/мл.

А.Б. Хадзегова: Это очень важно, потому что значение NT-proBNP - это исключить хроническую сердечную недостаточность. Ну и самое главное, что касается дисастилической дисфункции. Как вы отличали нормальное состояние диастолической функции от второго типа?

И.Г. Кириллова: Мы проводили тканевую доплерографию, определяли показатель E' , мы брали комбинированный показатель, и он должен был быть ниже 9 см/сек. Так же рассчитывали показатель E/E' и он должен был быть у нас больше 15 см/сек.

А.Б. Хадзегова: Сколько таких пациентов у вас было?

И.Г. Кириллова: Пациентов со вторым типом?

А. Б. Хадзегова: Нет, с E/E' больше 15?

И.Г. Кириллова: Таких пациентов у нас не было.

А.Б. Хадзегова: Вот, по идее не должно было быть, да! Почему вы использовали нетрадиционный метод оценки диастолической функции? Сегодня же первый, второй, третий тип уже нет в классификации, в подходах. Есть степень диастолической дисфункции. И здесь важны очень два показателя, я их нигде не увидела, это пиковая скорость трикуспидальной регургитации, если она есть хоть какая-то, и, конечно же, конечно-систолический объем левого предсердия. Без увеличения конечно-систолического объема предсердия, наличие диастолической дисфункции или же хроническую сердечную недостаточность с сохраненной фракцией выброса левого желудочка ставит под вопросом все остальное. Как вы оценивали левое предсердие и почему этот параметр вы нигде не указываете? Это важный показатель.

И. Г. Кириллова: Спасибо большое за вопрос. Мы его оценивали, проводили обследование по полному протоколу. Но вот в автореферат не включили.

А.Б. Хадзегова: Это очень важно, надо было. Спасибо.

И.Г. Кириллова: В дальнейшем будем обязательно указывать. Спасибо.

Е.Л. Насонов: Спасибо большое. Юрий Владимирович Муравьев и потом Андрей Викторович Гордеев. Юрий Владимирович, пожалуйста.

Ю.В. Муравьев: Хорошо и давно известно, что нестероидные противовоспалительные препараты вызывают диастолическую дисфункцию. Более 60% больных, по вашей таблице, получали нестероидные противовоспалительные препараты до 7 месяцев. Вопрос: как вы это прокомментируете?

И.Г. Кириллова: Спасибо большое за вопрос. 60 процентов больных получали НПВП на момент включения в исследование. Через 3 месяца, когда проходила оценка активности ревматоидного артрита, часть пациентов достигали ремиссии на метотрексате и не принимали нестероидные противовоспалительные препараты. И при подключении к терапии генно-инженерных биологических препаратов, так же часть пациентов отказывалась от приема НПВП, часть пациентов принимала не регулярно, по требованию, 1-2 раза в неделю. Кроме того, пациенты, включенные в исследование, получали НПВП непродолжительное время. Поэтому такого выраженного влияния НПВП на функцию сердца мы не заметили. Мы не выявили корреляционных связей с приемом НПВП. Мы включали НПВП при проведении многофакторного анализа. Прием НПВП никак не влиял на частоту выявления диастолической дисфункции.

Е.Л. Насонов: Так вы удовлетворены Юрий Владимирович.

Ю.В. Муравьев: Да.

Е.Л. Насонов: Андрей Викторович, очень прошу, можно сюда. Видите, у нас идет прямая трансляция. Что-то в этом есть очень торжественное.

А.В. Гордеев: Уважаемая Ирина Геннадьевна. Спасибо огромное за выполненную работу, за потрясающую наглядную презентацию. Вопрос у меня следующий. Я хочу напомнить членам диссертационного совета, что вы не только кардиолог отличный, но еще и наверняка блестящий ревматолог. Ваша работа называется особенности хронической сердечной недостаточности у больных ревматоидным артритом. В той клинической характеристике, которую вы даете больным ревматоидным артритом с наличием и отсутствием хронической сердечной недостаточности в обеих группах она была сравнимая.

С чем вы связываете отличия в наличии и отсутствии хронической сердечной недостаточности помимо тех традиционных факторов риска, где достоверность очевидна? Какой вклад, по вашему мнению, именно ревматоидного артрита, активности ревматоидного воспаления при тождественности двух групп? Спасибо.

И.Г. Кириллова: Спасибо за вопрос. Критерием включения была высокая активность ревматоидного артрита. И пациенты были равноценны по уровню DAS28, СРБ и СОЭ. Но пациенты у нас с ХСН и без сердечной недостаточности отличались по кардиоваскулярным заболеваниям. Здесь можно объяснить тем, что все-таки у пациентов с ревматоидным артритом повышен уровень СРБ. И когда мы взяли всех пациентов и разделили их с кардиоваскулярными заболеваниями и без кардиоваскулярных заболеваний, то есть не просто с ХСН, а всю группу 74 пациента, у нас выявлена корреляционная связь с уровнем СРБ. Мы в автореферате эту группу не указали.

А.В. Гордеев: То есть, один из параметров активности ревматоидного артрита только СРБ? Я правильно вас понял.

И.Г. Кириллова: Да.

А.В. Гордеев: То есть маркер воспаления. И вы показали, что наличие стратегии «*treat to target*» с использованием в основном генно-инженерных биологических препаратов приводит к регрессу хронической сердечной недостаточности. Я правильно вас понял?

И.Г. Кириллова: Да.

А.В. Гордеев: Скажите, пожалуйста, и ревматоидный артрит, и хроническая сердечная недостаточность не одномоментные ситуации. Что дало вам уверенность в том, что вы вправе отменять те препараты, я имею в виду генно-инженерные биологические препараты, через 6 месяцев у больных с ревматоидным артритом? То есть вы, в конце концов, ожидаете рецидива хронической сердечной недостаточности после отмены?

И.Г. Кириллова: Спасибо за вопрос. Мы не отменяли препараты.

А.В. Гордеев: Вы указали это.

И.Г. Кириллова: У нас точка наблюдения была нулевая и через 18 месяцев. Мы оценивали эффективность терапии через 18 месяцев.

А.В. Гордеев: У вас в автореферате написано, через 6 месяцев стойкой ремиссии либо отмена ГИБП, либо снижение дозы. И на слайде было то же самое.

И.Г. Кириллова: Да, это протокол «treat to target». Но у наших пациентов не было отмены через 6 месяцев терапии.

А.В. Гордеев: Я правильно понимаю, то, что написано, не соответствует действительности.

И.Г. Кириллова: Мы представили протокол, по которому мы собирались лечить этих пациентов.

А. В. Гордеев: Спасибо.

Е. Л. Насонов: Так, ну я думаю достаточно. Мы очень подробно, как мне кажется, и с кардиологической, и с ревматологической точки зрения все обсудили. Даже подробнее, чем обычно. Теперь у нас технический перерыв, маленький, буквально несколько минут, в течение которого будут розданы проекты заключения диссертационного совета по диссертации Кирилловой И.Г.

Е.Л. Насонов: Слово предоставляется научному руководителю, д.м.н. Новиковой Диане Сергеевне. Диана Сергеевна, несколько слов, пожалуйста, расскажите по поводу Ирины Геннадьевны.

Д.С. Новикова: положительно характеризует диссертанта (отзыв прилагается).

Е.Л. Насонов: Спасибо большое. Слово предоставляется Дыдыкиной И.С.

И.С. Дыдыкина: Уважаемые члены диссертационного совета, заключение по первичной экспертизе представлено в диссертационный совет, а сама экспертиза была проведена 27 февраля 2018г на заседании ученого совета института ревматологии. Очень подробно описывается в заключении связь научного исследования с Программой изучения сердечно-сосудистых заболеваний.

заболеваний в Институте, степень достоверности результатов проведенного исследования. Указано, где апробированы результаты, где состоялись выступления, в том числе указывается, что основные положения диссертации доложены на ежегодных европейских конгрессах ревматологов EULAR в Париже, Риме, Лондоне, Амстердаме. Замечательная география. Доложены на конгрессе Европейского общества по атеросклерозу в Глазго, на Российском национальном конгрессе кардиологов, но и, что для нас чрезвычайно важно, на ревматологических мероприятиях, таких как Дни ревматологии в Санкт-Петербурге, на ежегодных научно-практических конференциях в Москве. Соискатель награждена дипломом победителя конкурса за лучший научный доклад. Это, безусловно, представляет большой интерес. Указано, что и методология, и методы исследования адекватны поставленным целям, задачам. Научная новизна актуальна и представляет большой интерес. Сразу хочу сказать, что последнее время экспертный совет ВАК по терапии обращает особое внимание на диссертационные исследования, и в частности, на раздел научная новизна, доказательства научной новизны каждой работы. Обозначено конкретное участие автора в выполнении работы, что тоже чрезвычайно важно.

Рецензировала работу сотрудник нашего института Герасимова Елена Владимировна, научный сотрудник лаборатории системных ревматических заболеваний Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой». И мы приглашали в качестве рецензента старшего научного сотрудника отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Национального медицинского исследовательского центра кардиологии Минздрава России, кандидата медицинских наук Насонову Светлану Николаевну. Рецензенты выступили с рецензиями, сделали замечания, внесли предложения по улучшению работы. Все замечания были учтены. Представлены справки от рецензентов, о том что, внесены изменения в текст диссертации.

Отзыв ведущей организации - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации - составлен на кафедре факультетской терапии имени академика А. И. Нестерова, подписан Шостак Надеждой Александровной, замечательным ревматологом и терапевтом. Отзыв не содержит замечаний, не содержит вопросов. Ведущая организация подчеркивает не только научную новизну, но и, в первую очередь, практическую значимость полученных результатов для науки и практики. Надежда Александровна и коллеги кафедры факультетской терапии высказали свое мнение о том, что работа полностью соответствует требованиям, которые предъявляются к кандидатским диссертациям по специальностям «ревматология» и «кардиология». Все части требований, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, выполнены. Автор заслуживает присуждения искомой степени кандидата медицинских наук по двум специальностям 14.01. 22 «ревматология». 14.01.05 «кардиология». Отзыв утвержден проректором по научной работе, доктором биологических наук, профессором Ребриковым Д.В. На автореферат поступили положительные отзывы от профессора Мясоедовой Светланы Евгеньевны, доктор медицинских наук, профессор, ревматолог, заведующей кафедрой терапии и эндокринологии Института последипломного образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации. От Орловой Яны Артуровны, доктора медицинских наук, заведующей отделом возраст-ассоциированных заболеваний Медицинского научно-образовательного центра (МНОЦ) Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова». Шифр ее специальности «кардиология». Она положительно оценивает работу, никаких

замечаний и вопросов в ее отзыве на автореферат не содержится. Таким образом, соискателю нет необходимости отвечать на вопросы, Евгений Львович.

Е.Л. Насонов: Хорошо, спасибо Ирина Степановна. Теперь хочу с большим удовольствием предоставить слово официальному оппоненту профессору Реброву А.П. Пожалуйста, дорогой Андрей Петрович.

А.П. Ребров: зачитывает свой отзыв (отзыв прилагается к стенограмме). Принципиальных замечаний нет. Коллеги задавали вопросы о влиянии нестероидных противовоспалительных препаратов, генно-инженерных биологических препаратов, у меня один вопрос касается глюкокортикоидов. Потому что мы понимаем, что здесь больные, которые были с высокой активностью заболевания. Скорее всего, ну или, по крайней мере, можно предполагать, что часть из них получала на начальном этапе глюкокортикоиды, или могла получать. Поэтому конечно, это вопрос, были ли такие пациенты? И если были, есть ли там какие-то особенности выявленных изменений?

И второй вопрос, конечно, чем можно объяснить повышение уровня NT-proBNP у пациентов с ранним ревматоидным артритом без хронической сердечной недостаточности?

Е.Л. Насонов: Спасибо большое Андрей Петрович. Нам чрезвычайно важна ваша точка зрения, как выдающегося, не побоюсь этого слова ревматолога и кардиолога. Ответьте, пожалуйста, Ирина Геннадьевна коротко.

И.Г. Кириллова: Спасибо большое за отзыв и вопросы. По поводу первого вопроса. Мы включали пациентов, которые не принимали глюкокортикоиды. Это было критерием не включения в исследование. По поводу второго вопроса. У пациентов с ревматоидным артритом без ХСН повышение уровня NT-proBNP можно объяснить наличием высокой воспалительной активности заболевания, что было доказано выявлением корреляционных связей с уровнем СРБ и индексом DAS28.

А.П. Ребров: Спасибо.

Е.Л. Насонов: Очень важно, СРБ мешает выявлять пациентов другими способами, не задумываясь о клинических проявлениях.

А.П. Ребров: таким образом, диссертационная работа Кирилловой Ирины Геннадьевны, выполненная под научным руководством доктора медицинских наук Новиковой Дианы Сергеевны «Клинико-диагностические особенности хронической сердечной недостаточности у больных ранним ревматоидным артритом» является самостоятельной законченной научной квалификационной работой, выполненной на совершенно актуальную тему, здесь нет никаких сомнений, содержит новые данные, это действительно так, которые можно квалифицировать как научное достижение в ревматологии и кардиологии, я бы сказал шире, вообще в терапии и медицине, потому что это как раз те больные, которыми должны заниматься врачи разных специальностей. По объему выполненного исследования, его актуальности, методическим обеспечению, новизне и практической значимости данная работа полностью отвечает всем требованиям пункта 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации № 842 от 24.09.2013 г., предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Автор заслуживает присуждения искомой степени кандидата медицинских наук по специальностям «Ревматология» (14.01.22) и «Кардиология» (14.01.05). Благодарю вас за внимание и терпение. Спасибо.

Е.Л. Насонов: Спасибо большое Андрей Петрович. Нам чрезвычайно важна ваша точка зрения, как выдающегося, не побоюсь этого слова ревматолога и кардиолога.

Е.Л. Насонов: Теперь я с большим удовольствием хочу предоставить слово официальному оппоненту Нарусову Олегу Юрьевичу. Пожалуйста, Олег Юрьевич. Спасибо вам, что нашли время.

О.Ю. Нарусов: зачитывает отзыв (отзыв прилагается к стенограмме). Принципиальных замечаний по диссертации Кирилловой И.Г. нет. Есть два вопроса, которые родились, когда я изучал данную работу. Первый: известно,

что NT-proBNP и вообще пептиды зависят от функции почек и возраста. Делалась ли поправка на данные состояния? Второй вопрос: был 1 пациент со сниженной фракцией выброса. Как на нем отразилось лечение ревматологического заболевания? Это было бы интересно узнать с практической точки зрения.

Е.Л. Насонов: Ответьте, пожалуйста, на вопросы.

И.Г. Кириллова: Олег Юрьевич, спасибо за отзыв и вопросы. По поводу первого вопроса. Мы исследовали скорость клубочковой фильтрации у пациентов, в диссертацию мы внесли все эти данные. Медиана скорости клубочковой фильтрации составила 69 мл/мин. И пациентов с тяжелой почечной недостаточностью у нас не было. Поэтому поправки при расчетах не делали. По поводу второго вопроса. Пациент мужского пола, 64 лет, с тяжелым ревматоидным артритом, с тяжелой ХСН III ФК, с низкой фракцией выброса. На момент включения в исследование он уже перенес 2-3 инфаркта миокарда, проведено было аортокоронарное шунтирование. Этому пациенту по показаниям сразу же назначена была комбинированная терапия метотрексат с генно-инженерным биологическим препаратом. И в течении наблюдения у него была положительная динамика, ухудшения течения сердечной недостаточности не было. Уровень NT-proBNP снижался, но до нормы он не восстановился.

Е.Л. Насонов: Спасибо большое. Олег Юрьевич, вы удовлетворены.

О.Ю. Нарусов: Да. Таким образом, диссертационная работа Кирилловой Ирины Геннадьевны на тему «Клинико-диагностические особенности хронической сердечной недостаточности у больных ранним ревматоидным артритом», выполненная под научным руководством доктора медицинских наук Новиковой Дианы Сергеевны, представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук является законченной научно-квалификационной работой, в которой содержится новое решение актуальной научной задачи как для ревматологии, так и кардиологии – определение

диагностики и особенностей течения ХСН у пациентов с ранним ревматоидным артритом.

Диссертационная работа полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. №842 (в редакции постановления Правительства РФ от 28.08.2017 г. №1024), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 14.01.22 – Ревматология, 14.01.05 – Кардиология.

Е.Л. Насонов: Спасибо большое. Ну что, кто хотел бы выступить по поводу работы. Пожалуйста, Дмитрий Александрович.

Д.А. Затейщиков: Глубокоуважаемый уважаемый председатель, глубокоуважаемые коллеги. Ну я, в общем, не предполагаю длительной синтении перед вами изображать. Но несколько моментов мне хочется подчеркнуть. С точки зрения здравого смысла мы потихонечку возвращаемся в то, что было раньше. Появились основания все большего разделения по клеткам, и часто, очень искусственное, разделение на кардиологов, ревматологов, на других врачей. Очевидно, все, что происходит в последние годы, в основном проходит на стыке этих специальностей. Потому что именно стыки оказались такими детьми-сиротами, orphanными местами. И в этой связи, конечно, тот факт, что автора диссертации привлекла хроническая сердечная недостаточность тоже интересный момент. Сердечная недостаточность, ну мы так исторически считаем кардиологическим состоянием. Но гибнут пациенты от сердечной недостаточности в клинике ревматологии, гибнут в онкологических клиниках и т.д. То есть это нечто, выражаясь современным языком, некий фенотип, который требует специального подхода. И второй момент, на который мне бы хотелось обратить внимание, это тот факт, что этот фенотип для конечной стадии, для сниженной фракции, все там понятно, и протекает по одному и тому же закону. Я уже об этом говорил, когда задавал вопрос. Мне кажется важным

момент, что в рамках одной диссертации невозможно это сделать, но сделан очень важный шаг в понимании того, что сердечная недостаточность при сохраненной фракции выброса – это гетерогенное состояние и далеко не всегда есть смысл ее лечить так, как всех остальных больных. Для данной категории пациентов ключевым методом лечения является специфическая терапия заболевания, из-за которого ХСН возникла. По крайней мере, этот тезис в последующем надо будет доказывать. Ну и наконец, последний момент, на который мне тоже хочется обратить внимание. Опасение, что какие-то методики, какие-то лабораторные анализы недоступны для широкой практики, несмотря на это мы советуем или настаиваем на их применении в рамках так называемых практических рекомендаций. Тем не менее, хочу вам напомнить недавнюю историю. Несколько лет назад слово «тропонин» вызывало кривую усмешку у большинства кардиологов: «Какой там тропонин, у нас КФК не везде определяют». Но вот сейчас уже созданы сосудистые центры. И страховая компания не заплатит, если не будет включен этот самый анализ тропонина. Очевидно, вскоре тоже самое коснется и других биомаркеров. И этого бояться не надо. И фактические рекомендации - это практически дорожная карта, это то, с чем мы как бы идем в будущее, чем мы доказываем, что в будущем это должно стать рутинным способом обследования. Спасибо. Я сам поддерживаю диссертацию и предлагаю членом диссертационного совета присоединиться.

Е.Л. Насонов: Спасибо, Дмитрий Александрович. Еще кто хотел бы? Пожалуйста, Татьяна Валентиновна Попкова.

Т.В. Попкова: мне тоже хотелось бы поддержать эту работу. Мы долго этой проблемой занимаемся, и основные позиции были связаны с изучением именно атеросклеротического поражения и сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных. И действительно, я согласна с Андреем Петровичем Ребровым, это была серая зона. И до последних нескольких лет она оставалась этой серой зоной - сердечная недостаточность. И вот сейчас просто все больше и больше появляется публикаций. Причем, что интересно,

сердечная недостаточность, которая имеет не ишемический характер, это тоже один из новых моментов, который стоит в дальнейшем изучать. В этой работе мне кажется, уникальность состоит в том, что эти пациенты с ранним ревматоидным артритом, только что заболевшие, не получавшие противоревматическую терапию. И когда их обследовали, то уже было выявлено поражение сердечно-сосудистой системы, среди которой с высокой частотой выявлялась диастолическая дисфункция левого и правого желудочков. Несмотря на то, что были продемонстрированы различные факторы риска, связанные с сердечной недостаточностью, тем не менее, диссертанту удалось показать, что воспаление имеет значение. И не смотря на то, что лечение тоже имеет значение для развития сердечной недостаточности, тем не менее, за 18 месяцев диссертант все-таки продемонстрировал, причем очень объективно воспаление снижается и снижается частота сердечной недостаточности. Что касается NT-proBNP. В последнее время мы ищем факторы, предикторы для расчета кардиоваскулярного риска. Разные компоненты туда входят. В последних работах было продемонстрировано, что как раз NT-proBNP является таким очень четким биомаркером, который может достойно войти в подсчет этого кардиоваскулярного риска. Методически очень хорошо спланирована работа. Я ее поддерживаю.

Е.Л. Насонов: Спасибо большое, Татьяна Валентиновна. У нас вторая защита тоже будет кардиологическая, будет возможность задать еще какие-то вопросы по кардиологии и обсудить. Я два слова хочу сказать. Мне кажется хорошая работа. Я поздравляю, может быть, забегаю немного вперед соискателя. Но дело все в том, что большая история развития кардиологии в нашем институте. Все началось в 1964 году с острой ревматической лихорадки. Тем не менее, прошли несколько очень важных этапов. И то, что казалось удивительным, когда я пришел в 1985 году работать в кардиоцентр, это то большое чувство радости, которое я испытываю, именно от этого. Потому что, ни СРБ (слово было ругательное тогда), и целый ряд других вещей, BNP мы наладили, как сейчас помню, в 1987 году. Сколько возились, у нас не получалось. Никакой

хемилюминесценции у нас не было. Все вспоминается, как это все было и происходило. Эту работу как член диссертационного совета, как председатель, я поддержу. Давайте двигаться дальше.

Заключительное слово предоставляется Кирилловой И.Г.

И.Г. Кириллова благодарит членов диссертационного совета за интерес к работе, научного руководителя и коллег за оказанную помощь в ходе выполнения исследования.

Е.Л. Насонов: Предлагаю избрать счетную комиссию. Есть предложение: профессор Соловьев С.К., д.м.н. Амирджанова В.Н. и профессор Ананьева Л.П. Есть возражения? Проголосуем. Кто ЗА? Против и воздержавшихся нет. Состав счетной комиссии утверждается единогласно. Приступаем к тайному голосованию.

Дорогие друзья, слово предоставляется председателю счетной комиссии д.м.н. Амирджановой В.Н.

В.Н. Амирджанова: Дорогие коллеги, я зачитываю протокол счетной комиссии, которая была избрана диссертационным советом. В состав избранной комиссии вошли (председатель д.м.н Амирджанова В.Н., члены комиссии: профессор Ананьева Л.П., профессор Соловьев С.К.). Комиссия была избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Кирилловой И.Г. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Состав диссертационного совета утвержден в составе 21 человека. Срок полномочий совета на период действия номенклатуры специальности научных работников от 25.02.2009 года №59. В состав нашего диссертационного совета дополнительно с правом решающего голоса было введено три человека. Присутствовало на заседании всего 18 членов совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации 17. Роздано бюллетеней 18, не розданных бюллетеней 6. В урне оказалось бюллетеней 18. Результаты голосования о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Кирилловой И.Г. ЗА -17, ПРОТИВ – 1, недействительных бюллетеней нет. Спасибо.

Е.Л. Насонов: Мы должны утвердить протокол счетной комиссии. Кто – ЗА? Кто - ПРОТИВ? Кто воздержался? Принято единогласно, все проголосовали ЗА присуждение ученой степени кандидата медицинских наук.

По проекту заключения есть какие-то замечания? Замечаний нет. Уважаемые коллеги, нужно утвердить проект заключения. Прошу проголосовать. ЗА – 18, ПРОТИВ - нет.

Заключение принято открытым голосованием (ЗА -18 человек) в следующей редакции:

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

- установлено, что уже на ранней стадии заболевания отмечается повышение частоты ХСН. У 33% больных выявляется ХСН, преимущественно с сохраненной систолической фракцией выброса; причем у 23% из них – в возрасте моложе 60 лет. Факторами, способствующими развитию ХСН, являются абдоминальное ожирение, увеличение уровня систолического АД, С-реактивного белка, значений толщины комплекса интимы-медиа сонных артерий, наличие дислипидемии, ИБС. Согласно ROC-анализу диагностическая значимость изученных факторов оказалась высокой с 88% чувствительностью и специфичностью;

- доказано, что клинические проявления ХСН у больных ранним РА неспецифичны и имеют низкую положительную предсказательную ценность для диагностики ХСН (44%): одышка-33%, отеки лодыжек-35%, утомляемость-38%. Положительная предсказательная ценность диастолической дисфункции миокарда для диагностики ХСН составила 69%;

- установлено, что у больных ранним РА уровень NT-proBNP ниже 150 пг/мл имеет более высокую положительную предсказательную ценность (75%), чем уровень 125 пг/мл (41%) для исключения ХСН;

- показано, что уже на ранней стадии РА у 48% пациентов выявлена ДДЛЖ и у 23% – ДДПЖ. У 22% пациентов регистрировалась бессимптомная ДДЛЖ, у 10% – ДДПЖ. Среди пациентов с ДД преобладал I вид нарушений.

Ремоделирование миокарда ЛЖ отмечено как у больных с ХСН (79%), так и без ХСН (30%). Факторами, влияющими на развитие бессимптомной ДДЛЖ, являются возраст, гипертрофия левого желудочка, артериальная гипертония, уровень липопротеидов высокой плотности, атеросклероз сонных артерий (R^2 -50%, $p < 0,001$); ДДПЖ – возраст, индекс массы тела, уровень триглицеридов, толщина комплекса интимы-медиа сонных артерий, DAS28 (R^2 -37%, $p < 0,001$).;

- установлено, что у больных ранним РА концентрация NT-proBNP достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,0001$). Повышенные значения NT-proBNP более 125 пг/мл зарегистрированы у 49% пациентов ранним РА. У 24% больных ранним РА и бессимптомной ДДЛЖ выявлен уровень NT-proBNP более 125 пг/мл. Факторами, ассоциирующимися с бессимптомным увеличением уровня NT-proBNP, являются уровень С-реактивного белка, наличие ИБС, толщина комплекса интимы-медиа сонных артерий (R^2 -35%, $p < 0,001$). У больных РА отмечено достоверное снижение уровня NT-proBNP и частоты его повышенных значений на фоне снижения активности РА ($p < 0,0001$).;

- доказано, что у больных ранним РА динамика показателей диастолической функции левого и правого желудочков на фоне противоревматической терапии была разнонаправленной. Улучшение диастолической функции ассоциируется со снижением активности заболевания и достижением целевых уровней АД. Нормализация диастолической функции правого желудочка отмечена преимущественно на комбинированной терапии МТ и ГИБП. Появление новых случаев ДДЛЖ и ДДПЖ ассоциируется с недостижением ремиссии заболевания и целевых уровней АД;

- установлено, что у больных ранним РА на фоне противоревматической терапии через 18 месяцев наблюдения отмечается улучшение течения ХСН, отсутствие новых случаев ее развития. У пациентов с РА и ХСН нормализация уровня NT-proBNP отмечена в 64% случаев ($p < 0,001$). У 5 из 22 (22%) пациентов с ХСН в динамике отмечен регресс клинических проявлений ХСН,

нормализация диастолической функции ЛЖ и уровня NT-proBNP на фоне комбинированной терапии МТ и ГИБП.

Результаты диссертации обосновывают необходимость ранней диагностики, динамического наблюдения и рационального лечения пациентов с ранним ревматоидным артритом для профилактики развития и прогрессирования ХСН.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что впервые установлена у больных ранним РА высокая частота ХСН, повышенного уровня NT-proBNP до назначения базисной противовоспалительной терапии. Впервые изучены факторы, ассоциирующиеся с риском развития ХСН, диастолической дисфункции левого и правого желудочков, повышения уровня NT-proBNP у больных ранним РА. Установлено, что уровень NT-proBNP менее 150 пг/мл имеет большую положительную предсказательную ценность для исключения ХСН у больных ранним РА, чем рекомендованный уровень NT-proBNP менее 125 пг/мл в общей популяции. Впервые продемонстрировано положительное влияние метотрексата и комбинированной терапии метотрексата и генно-инженерных биологических препаратов на динамику клинических проявлений ХСН, диастолической дисфункции левого и правого желудочков, уровень NT-proBNP у больных ранним РА. Определено, что достижение ремиссии РА и целевых уровней артериального давления являются необходимыми условиями для нормализации диастолической функции и уровня NT-proBNP при раннем РА.

Применительно к проблематике диссертации результативно и эффективно, то есть с получением обладающих научной новизной данных, использован комплекс стандартных клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования, современные международные диагностические критерии, современные методы статистической обработки данных, применяемых в медицине.

Значение полученных соискателем результатов исследований для практики подтверждается тем, что:

- установлено, что в схему обследования больных РА рекомендовано включать оценку традиционных факторов риска ССЗ, ЭХОКГ с тканевой доплерографией, УЗДГ брахиоцефальных артерий, СМАД и определение уровня NT-proBNP для выявления бессимптомного течения диастолической дисфункции миокарда и верификации диагноза ХСН;

- доказано, что для исключения ХСН у больных ранним РА при скрининге предпочтительнее использовать уровень NT-proBNP менее 150 пг/мл;

- установлено, что для нормализации диастолической функции миокарда, уровня NT-proBNP и профилактики развития ХСН, необходимо снижение активности заболевания и достижения эффективного контроля АД.

- доказано, что комбинированная терапия метотрексатом и генно-инженерным биологическим препаратом, преимущественно ингибиторами ФНО- α , у больных ранним РА с ХСН I-II ФК не только не приводит к декомпенсации ХСН, но и улучшает функциональный класс, а также ассоциируется с нормализацией диастолической функции левого и правого желудочков, со снижением уровня NT-proBNP, что является дополнительным основанием для использования этой терапии у пациентов с умеренной и высокой активностью заболевания.

Основные результаты данного исследования внедрены и применяются в клинике ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой для ранней диагностики, лечения и мониторинга пациентов с ранним ревматоидным артритом и ХСН. Материалы диссертации используются при проведении лекций и практических занятий для ординаторов и аспирантов.

Оценка достоверности результатов исследования выявила следующее:

- комплекс используемых автором методов исследования соответствует цели и задачам исследования;

- достаточное количество включенных пациентов (n=74), подробная клиническая характеристика больных, а также использование современных лабораторных, инструментальных методов исследования, международных

диагностических критериев, позволяют высоко оценить достоверность полученных результатов.

- результаты исследования и выводы основываются на статистическом анализе, выполненном с использованием современных пакетов программ SPSS 18.0.

- научные положения, выводы и практические рекомендации отражают содержание диссертации и являются обоснованными.

- использованы корректные сравнения авторских и литературных данных, полученных ранее по рассматриваемой тематике.

- полученные результаты сопоставлены с результатами других авторов.

Диссертационная работа Кирилловой Ирины Геннадьевны входила в план научно-исследовательской работы Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (Тема №338 «Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях: диагностика, профилактика и лечение» (регистрационный номер 0514-2014-0003)).

Личный вклад автора состоит в самостоятельном проведении анализа научной литературы, посвященной исследуемой проблеме. Совместно с научным руководителем были определены цель и задачи исследования, сформирована электронная база для хранения и использования данных. На клинической базе ФГБНУ НИИР им.В.А. Насоновой автором лично проведен физикальный осмотр обследуемых лиц с заполнением первичной медицинской документации и индивидуальных тематических карт, проводил анализ лабораторных данных, результатов дуплексного сканирования экстракраниального отдела сонных артерий (УЗДГ). Автор освоил эхокардиографическое исследование с импульсно-волновой доплерографией и ТДГ, самостоятельно проводил суточное мониторирование АД (СМАД). Все результаты и полученные сведения внесены в общую электронную базу, обобщены и проанализированы непосредственно автором. По результатам анализа сформулированы научные положения и выводы, предложены

рекомендации для практического применения. Результаты диссертационного исследования сопоставлены с данными других авторов и представлены в виде обсуждения.

На заседании 24.05.2019 диссертационный совет пришел к выводу, что диссертация «Клинико-диагностические особенности хронической сердечной недостаточности у больных ранним ревматоидным артритом» представляет собой научно-квалификационную 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 №748, от 29.05.2017 № 650, от 28.08.2017 № 1024, от 01.10.2018 №1168, предъявляемым к диссертациям на соискание степени кандидата наук, а ее автор заслуживает присуждения искомой ученой степени. Диссертационный совет принял решение присудить Кирилловой Ирине Геннадьевне ученую степень кандидата медицинских наук по специальностям 14.01.22 – «Ревматология», 14.01.05 – «Кардиология».

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 18 человек, из них 17 докторов наук (14 по специальности 14.01.22 – «Ревматология» и 3 доктора наук по специальности 14.01.05 – «Кардиология»), участвовавших в заседании, из 24 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за - 17, против - 1, недействительных бюллетеней нет.

Председатель диссертационного совета,

д.м.н., профессор, академик РАН

Насонов Евгений Львович

Учёный секретарь диссертационного совета,

к.м.н.

Дыдыкина Ирина Степановна



24.05.2019