

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

СТЕНОГРАММА

заседания Диссертационного совета 24.1.182.01
в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой 21.04.2023 г.

Защита диссертации Кудинского Д.М.
«Комплексная клинико-лучевая диагностика
эрозивного остеоартрита кистей»
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

по специальностям:

3.1.27. Ревматология

3.1.25. Лучевая диагностика

Москва – 2023 г.

СТЕНОГРАММА

заседания Диссертационного совета 24.1.182.01 на базе
Федерального государственного бюджетного научного учреждения
«Научно-исследовательский институт ревматологии» имени В.А. Насоновой
по защите диссертации Кудинского Даниила Марковича на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук

от 21.04.2023 г., протокол № 9

Председатель Диссертационного совета

Е.Л. Насонов

д.м.н., профессор, академик РАН

Ученый секретарь диссертационного совета, к.м.н.

И.С. Дыдыкина

Присутствуют на заседании следующие члены Диссертационного совета:

	ФИО	Научная степень	Шифр специальности
1	Насонов Е.Л. – председатель	д.м.н.	3.1.27.
2	Зоткин Е.Г. – заместитель председателя	д.м.н.	3.1.27.
3	Дыдыкина И.С. – ученый секретарь	к.м.н.	3.1.27.
4	Алексеева Л.И.	д.м.н.	3.1.27.
5	Амирджанова В.Н.	д.м.н.	3.1.27.
6	Ананьева Л.П.	д.м.н.	3.1.27.
7	Балабанова Р.М.	д.м.н.	3.1.27.
8	Белов Б.С.	д.м.н.	3.1.27.
9	Галушко Е.А.	д.м.н.	3.1.27.
10	Гордеев А.В.	д.м.н.	3.1.27.
11	Денисов Л.Н.	д.м.н.	3.1.27.
12	Каратеев Д.Е.	д.м.н.	3.1.27.
13	Коротаева Т.В.	д.м.н.	3.1.27.
14	Муравьев Ю.В.	д.м.н.	3.1.27.
15	Лиля А.М.	д.м.н.	3.1.27.
16	Попкова Т.В.	д.м.н.	3.1.27.
17	Решетняк Т.М.	д.м.н.	3.1.27.
18	Чичасова Н.В.	д.м.н.	3.1.27.
19	Егорова Е.А.	д.м.н.	3.1.25.
20	Петровская В.В.	д.м.н.	3.1.25.
21	Трутенъ В.П.	д.м.н.	3.1.25.

Насонов Е.Л.: Уважаемые коллеги! Начинаем нашу работу. В повестке дня
совета защита диссертации Кудинского Даниила Марковича на тему:

«Комплексная клинико-лучевая диагностика эрозивного остеоартита кистей» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.27 «Ревматология» и 3.1.25 «Лучевая диагностика».

Диссертация принята к защите 17.02.2023 г., протокол № 4, на заседании диссертационного совета 24.1.182.01 на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А). Диссертационный совет утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 105/нк от 11.04.2012 г.

Научный руководитель – Алексеева Людмила Ивановна, доктор медицинских наук, заведующая отделом метаболических заболеваний костей и суставов, заведующая лабораторией остеоартрита Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А).

Научный руководитель — Смирнов Александр Викторович, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории инструментальной диагностики Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А).

Официальные оппоненты:

Трофимов Евгений Александрович, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э.Э. Эйхвальда Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (191015, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41);

Завадовская Вера Дмитриевна, исполняющая обязанности заведующего кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (634050, г. Томск, Московский тракт, 2) дали положительные отзывы на диссертацию.

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

В связи с тем, что защищаемая диссертация выполнена по двум специальностям (3.1.27 «Ревматология» и 3.1.25 «Лучевая диагностика»), в

состав диссертационного совета дополнительно введены на разовую защиту 3 члена диссертационного совета 21.2.016.08 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, созданного на базе Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1) по специальности 3.1.25 «Лучевая Диагностика»:

1. Трутень Виктор Павлович, доктор медицинских наук, доцент, заведующий учебной частью, профессор кафедры лучевой диагностики стоматологического факультета Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

2. Петровская Виктория Васильевна, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры лучевой диагностики стоматологического факультета Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

3. Егорова Елена Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры лучевой диагностики стоматологического факультета Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

Дыдыкина И.С. (зачитывает официальные данные, содержащиеся в личном деле диссертанта): Кудинский Данил Маркович, 1989 года рождения, в 2012 году окончил Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Лечебное дело». На протяжении двух лет до поступления в клиническую ординатуру по специальности 3.1.27 «Ревматология» посещал научный студенческий кружок на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А), где проявил себя как заинтересованный и ориентированный на избранную специальность студент, собирающийся связать свою жизнь с институтом ревматологии. В период с 2012 по 2014 гг. обучался в ординатуре по специальности «Ревматология» в Федеральном государственном бюджетном

научном учреждении «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А).

В 2015 году прошёл профессиональную переподготовку по специальности «Лучевая диагностика» в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства России». В период подготовки диссертации соискатель Кудинский Данил Маркович с 2017 по 2022 гг. совмещал работу младшего научного сотрудника и врача-рентгенолога в лаборатории инструментальных исследований и в отделении лучевой диагностики Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А).

Справка о сдаче кандидатских экзаменов выдана 21.10.2021 г. № 49 Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (127473, Москва, улица Делегатская, д. 20, стр. 1).

Полный текст кандидатской диссертации был размещены на сайте Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А. Насоновой (www.rheumatolog.su) 07.12.2022г. «Экспертно-аналитическим центром Российской академии наук» оригинальность диссертации определена как 96%.

Документы в соответствии с требованиями Высшей аттестационной комиссии (ВАК) Минобрнауки РФ и заявление соискателя были представлены в диссертационный совет 26.12.2022 г. Представлены положительные отзывы научных руководителей доктора медицинских наук Алексеевой Людмилы Ивановны и доктора медицинских наук Смирнова Александра Викторовича.

Тема диссертации и обоснование назначения двух научных руководителей в связи с тем, что диссертация выполняется по двум специальностям (3.1.27 «Ревматология», 3.1.25 «Лучевая диагностика») были утверждены 21.01.2020 г., протокол № 1 на заседании Ученого совета Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А). Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А) — выписка из протокола №10 от 04.06.2020г. Проверка первичной документации была произведена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г.

Москва, Каширское шоссе, дом 34А). Акт проверки первичной научной документации от 16.05.2022 г. Основные результаты работы внедрены в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А). По теме диссертации опубликовано 11 печатных работ, 5 – в рецензируемых изданиях, входящих в перечень ВАК. Основные результаты доложены на российских и международных конгрессах и конференциях.

17.01.2023 г. проведено заседание диссертационного совета (протокол № 2) по назначению экспертной комиссии для решения вопроса о приеме диссертации к защите по специальностям 3.1.27. «Ревматология», 3.1.25. «Лучевая диагностика». 06.02.2023 г. комиссия в составе д.м.н., проф. Балабановой Р.М., д.м.н., проф. Чичасовой Н.В., д.м.н., проф. Эрдеса Ш.Ф. рекомендовала принять диссертационную работу Кудинского Д.М. к защите и назначить в качестве ведущей организации Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. В качестве официальных оппонентов были предложены кандидатуры: Трофимова Евгения Александровича, доктора медицинских наук, профессора кафедры терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э.Э. Эйхвальда Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (191015, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41) и Завадской Веры Дмитриевны, доктора медицинских наук, профессора, исполняющей обязанности заведующего кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (634050, г.Томск, Московский тракт, 2). Выбор официальных оппонентов и ведущей организации определялся и обосновывался компетентностью в вопросах, изучаемых в диссертационном исследовании, наличием публикаций в соответствующей сфере исследования.

Согласия оппонентов на работу по оппонированию, подготовке отзывов, на участие в заседании диссертационного совета при защите диссертации и ведущей организации были получены, подтверждены соответствующими документами. На заседании диссертационного совета 17.02.2023 г. протокол № 4 были утверждены оппоненты, ведущая организация, назначена дата защиты на 21.04.2023 г. В связи с тем, что защищаемая диссертация выполнена по двум

специальностям (3.1.27. «Ревматология» и 3.1.25. «Лучевая диагностика»), в состав диссертационного совета было предложено дополнительно ввести на разовую защиту 3 члена диссертационного совета 21.2.016.08 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, созданного на базе Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1) по специальности 3.1.25 «Лучевая диагностика»: Трутня Виктора Павловича, доктора медицинских наук, доцента, профессора и заведующего учебной частью кафедры лучевой диагностики стоматологического факультета Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Петровскую Викторину Васильевну, доктора медицинских наук, доцента, профессора кафедры лучевой диагностики стоматологического факультета Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Егорову Елену Алексеевну, доктора медицинских наук, профессора, профессора кафедры лучевой диагностики стоматологического факультета Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Объявление о защите размещено на официальном сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» и на сайте ВАК 17.02.2023 г. Соискателю разрешено распечатать автореферат и разослать его по адресам обязательной рассылки и передать членам диссертационного совета, что было осуществлено 21.02.2023 г. Все требования, которые предъявляются на подготовительном этапе, были соискателем выполнены.

Насонов Е.Л.: Спасибо. Данил Маркович, 20 минут для изложения основных тезисов работы. Пожалуйста.

(Кудинский Д.М. излагает основные положения диссертации)

Насонов Е.Л.: Спасибо, Данил Маркович. Хороший компактный доклад. Пожалуйста, мы сейчас переходим к вопросам. Лев Николаевич Денисов, пожалуйста.

Денисов Л.Н.: Скажите пожалуйста, была ли у вас какая-то группа пациентов, у которых была ускоренная СОЭ или повышенный СРБ? Если сравнить с группой, в которой не было таких показателей, какие были различия в рентгеновских и магнитно-резонансных признаках? Далее, у вас все больные

были старше 65 лет, в менопаузе, я понимаю, что связь с остеопорозом не являлась задачей исследования, но всё же, может ли остеопороз внести какой-то вклад в развитие этой патологии? Какое количество пациентов у вас было с эрозивным поражением и дистальных, и проксимальных межфаланговых суставов в сочетании с поражением первых запястно-пястных суставов?

Кудинский Д.М.: Глубокоуважаемый Лев Николаевич! Спасибо за вопросы. К сожалению групп, разделенных на основании ускорения СОЭ или повышения СРБ у нас не было.

Денисов Л.Н.: А какое количество пациентов было с данными показателями?

Кудинский Д.М.: из шестидесяти восьми человек, включенных в исследование, у десяти отмечалось повышение СРБ примерно до 10 мг/л, но они имели сопутствующие метаболические изменения. Также в нашем исследовании присутствовало минимальное или пороговое увеличение СОЭ у шести пациентов, четыре из которых не имели эрозивных изменений, двое с эрозивными изменениями.

К сожалению, остеопороз и остеопоротический фенотип мы не изучали, в задачи исследования он не входил, а третий вопрос был про...

Денисов Л.Н.: про взаимосвязь между изменениями в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах и первых запястно-пястных суставах, какая между ними взаимосвязь?

Кудинский Д.М.: Корреляция прямая. Наличие эрозивных изменений в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах было группирующим фактором в нашем исследовании. У пациентов с эрозивными изменениями в межфаланговых суставах кистей статистически чаще встречались эрозии как в первых запястно-пястных, так и в трапецевидно-ладьевидных суставах кистей, которые характерны для поражения при остеоартрите суставов кистей.

Насонов Е.Л.: Вы удовлетворены?

Денисов Л.Н.: Да.

Насонов Е.Л.: Спасибо. Пожалуйста, ещё какие будут вопросы? Дмитрий Евгеньевич Каратеев, пожалуйста.

Каратеев Д.Е.: Спасибо за интересную работу.

Я так понимаю, что дифференциальная диагностика с эрозивным процессом при ревматоидном артрите, видимо, не входила в задачи исследования?

Дыдыкина И.С.: Это критерий исключения.

Каратеев Д.Е.: Но всегда возникает и рассматривается такой вопрос в подобных работах, в частности вопрос следующий: мы знаем критерии эрозивного артрита при ревматоидном артрите, минимум две локализации, которые во многом совпадают с теми локализациями, где вы увидели эрозии при эрозивном остеоартрите. Соответственно, сколько таких больных было, которые

могли соответствовать критериям эрозивного ревматоидного артрита? Потому что, судя по тому, что вы показали, 8% эрозий в пястно-фаланговых суставах — такие больные должны были быть.

Кудинский Д.М.: Глубокоуважаемый Дмитрий Евгеньевич, спасибо большое за действительно очень интересный вопрос. Те изменения, которые мы нашли в пястно-фаланговых суставах, по большому счёту, являются случайными находками, то есть изначально пястно-фаланговые суставы не входили в протокол *Oslo Hand Osteoarthritis Score*, однако, когда мы увидели эти изменения, то решили изучить этот вопрос более подробно. К сожалению, магнитно-резонансная томография не является методом достоверной оценки кортикального слоя и трабекулярной структуры кости. Такие пациенты требуют динамического наблюдения и выполнения компьютерной томографии для более чёткой оценки структуры пястных головок, чтобы установить, не могут ли сигнальные изменения в пястных головках имитировать эрозивные изменения, то есть являются ли они истинными эрозиями или нет. На момент исследования все пациенты были осмотрены лично мной, врачами первого ревматологического отделения и Людмилой Ивановной Алексеевой, другие ревматические заболевания были исключены. Я так понимаю, речь идёт в большей степени о проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставах?

Каратеев Д.Е.: Проксимальные межфаланговые, пястно-фаланговые и суставы запястий.

Кудинский Д.М.: Из суставов запястий у нас поразились только первые запястно-пястные и трапецевидно-ладьевидные суставы, тогда как отмечено практически полное отсутствие поражения остальных межзапястных суставов, вторых-пятых запястно-пястных суставов, что может помочь в дифференциальной диагностике, а также отсутствие поражения луче-запястных суставов, без которого ревматоидный артрит сложно себе представить.

Каратеев Д.Е.: Тогда ещё один вопрос, если можно. Получается, что использовать эти критерии ревматоидного артрита, как и ваши, чисто формально невозможно, потому что если использовать критерии как они опубликованы, у вас тоже будут такие больные. Тогда как вы считаете, не стоит ли в дальнейшем, несмотря на то, что это выходит за рамки вашей работы, всё-таки рекомендовать таким пациентам компьютерную томографию? Так как сейчас мы сталкиваемся на практике, что нам нужна компьютерная томография, а не магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных суставов, потому что далеко не всегда мы можем получить однозначные характеристики изменений. Может быть, здесь аналогичная ситуация и стоит рекомендовать компьютерную томографию?

Кудинский Д.М.: Моё мнение по этому поводу таково, что перечисленные два исследования отвечают на совершенно разные вопросы — магнитно-

резонансная томография используется для оценки костного мозга, мягких тканей, в том числе периартикулярных, а при оценке архитектоники костной ткани, в частности, кортикального слоя и эрозивных изменений, целесообразно применение компьютерной томографии. Однако для уточнения по данному вопросу, нужно иметь группу пациентов с выполненной компьютерной томографией кистей, чтобы иметь возможность сравнить эти изменения с магнитно-резонансной томографией.

Насонов Е.Л.: Спасибо. Пожалуйста, Лиля Александр Михайлович.

Лиля А.М.: Данил Маркович, спасибо огромное, очень интересная работа. При характеристике поражения суставов при остеоартрите мы обычно используем термины «узелки Гебердена», «узелки Бушара». Скажите пожалуйста, были ли какие-то особенности при наличии узелков Гебердена при эрозивном остеоартрите?

Кудинский Д.М.: Глубокоуважаемый Александр Михайлович, попытка разделить пациентов на группы в зависимости от наличия или отсутствия узелковых изменений при клиническом осмотре никаких статистически значимых данных не показала. Единственное, что при оценке стандартных рентгенограмм, примерно у 74% пациенток с наличием эрозивных изменений в межфаланговых суставах встречались узелки Бушара и Гебердена.

Насонов Е.Л.: Пожалуйста, несколько вопросов от нашего гостя.

Трутень В.П.: Данил Маркович, спасибо большое за вашу научную работу и изложение ваших комментариев. У меня вопрос: с чем связано отсутствие статистически значимых различий между магнитно-резонансной томографией и рентгенографией при определении кист в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах?

Кудинский Д.М.: Глубокоуважаемый Виктор Павлович, наверное, решение кроется в разнице семиотики кистовидных просветлений по данным рентгенографии, где киста считается замкнутым внутрикостным полостным образованием со склеротическим ободком по периферии, и магнитно-резонансной томографии, где кистовидные просветления имеют характерное усиление интенсивности магнитно-резонансного сигнала в режиме T2 STIR. Поскольку рентгенография не имеет мультипланарной визуализации, возможно, некоторые из этих кистовидных просветлений могут быть просто вертикально ориентированными трабекулами или трабекулами, которые находятся в ортогональном сечении и, соответственно, могут быть ошибочно приняты за кисты, особенно при усилении регионарной рентген-прозрачности костной ткани, хотя ею не являются.

Насонов Е.Л.: Виктор Павлович, вы удовлетворены?

Насонов Е.Л.: Юрий Владимирович, пожалуйста.

Муравьев Ю.В.: Данил Маркович, скажите, пожалуйста, у меня такой вопрос: почему при цитировании собственных работ вы указываете doi, а в списке вашей литературы doi не указано практически нигде? Это первый вопрос.

Второй вопрос — почему не указан литературный источник австралийско-канадского опросника *AUSCAN*, ни в автореферате, ни в публикациях, ни в вашей работе. Тем не менее написано, что больные сами оценивали боль и скованность по этой шкале. Каким образом они это могли делать, если в том предложении, которое вы приводите в диссертационной работе, этого нет? И почему в вопросах опросника *AUSCAN* 9-14 вопросы вы пишете о кистях рук? Вопрос: кисти ног бывают? Спасибо.

Кудинский Д.М.: Глубокоуважаемый Юрий Владимирович, нет, кисти ног, скорее всего, не бывают. Список литературы, оформленный в автореферате, был неоднократно приведён в соответствие с общими нормами и требованиями к авторефератам. Есть ГОСТ.

Кудинский Д.М.: Австралийско-канадский опросник — это переводная версия и она используется достаточно давно, возможно стоило указать автора в одной из ссылок, но это общепринятый опросник, которым мы пользуемся в повседневной практике.

Насонов Е.Л.: Я думаю, что дан исчерпывающий ответ. Пожалуйста, Ирина Степановна.

Дыдыкина И.С.: Данил Маркович, конечно, у вас 25% пациентов имеют остеит, при этом СОЭ и СРБ не изменены — что это за остеит? Откуда он взялся?

Кудинский Д.М.: Глубокоуважаемая Ирина Степановна, во-первых, нужно оговориться, что любые, даже очаговые изменения в режиме T2 STIR, рассматривались как остеит, включая 1 балл по шкале *Oslo Hand Osteoarthritis Score*. Во-вторых, усиление интенсивности магнитно-резонансного сигнала может происходить по разным причинам. Если это крупный кортикальный дефект, он выполняется синовиальной жидкостью, особенно при выраженном синовите, если же происходит перифокальная реакция костной ткани на внутренний костный дефект, возможно и достаточно незначительное повышение интенсивности магнитно-резонансного сигнала, которое подтверждается и в T1 взвешенной последовательности. Тем не менее, возможно, эти изменения просто настолько локальны и не сильно выражены, что не вызывают повышения маркёров.

Насонов Е.Л.: Мне кажется, очень хороший ответ. Мы ещё продолжим во время обсуждения, сейчас у нас технический перерыв.

(Дыдыкина И.С. раздает всем членам диссертационного совета проект заключения по диссертации Кудинского Д.М.)

Насонов Е.Л.: Передаю слово научным руководителям.

Алексеева Л.И.: положительно характеризует Кудинского Д.М. Подчеркнула, что институт подготовил хорошего специалиста, который может

консультировать ревматологических пациентов, делать выводы, но самое главное, он очень глубоко погрузился в проблему инструментальной диагностики ревматических заболеваний.

Смирнов А.В.: положительно характеризует Кудинского Д.М. Защита диссертации — это не самоцель. За десять лет работы в отделении лучевой диагностики Кудинский Д.М. стал не просто специалистом, но и экспертом в своей области. Широта его знаний не вызывает сомнений. Он стал специалистом высокого класса, в чем я не сомневаюсь. В России не так много специалистов, которые могут правильно оценивать очень сложные изменения на рентгенограммах, МРТ, КТ при ревматических заболеваниях.

Насонов Е.Л.: Спасибо большое, Александр Викторович! Полностью с вами солидарен в этом отношении. А сейчас переходим к следующему этапу, который сводится к выступлению ученого секретаря.

Дыдыкина И.С.: Заключение по первичной экспертизе диссертации было подготовлено 20.06.2022 г.. В обсуждении работы принимали участие все члены диссертационного совета. Вы помните, что это было горячее обсуждение с большим количеством рекомендаций по улучшению работы. Свой вклад в рекомендации по улучшению работы внесла Наталья Владимировна Чичасова, которая высоко оценила эту работу. В качестве независимого рецензента (эксперта) мы пригласили на заседание Учёного совета Фёдорову Александру Владимировну, рентгенолога, которая работает в онко-центре им. Блохина и является специалистом в области патологии опорно-двигательного аппарата. Она подготовила объёмную подробную рецензию (более, чем десять страниц) с детализацией рекомендаций, вопросов, замечаний, которые автор принял во внимание при работе над окончательным вариантом диссертации. Учёный совет обратил внимание соискателя на необходимость привести свою работу в соответствии с рекомендациями и замечаниями, доработать, после чего представить диссертацию на защиту по двум специальностям на соискание степени кандидата наук.

Ведущее учреждение — Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова представил заключение, которое было обсуждено на двух кафедрах — кафедре лучевой диагностики и терапии, которую возглавляет широко известный профессор Юдин Андрей Леонидович, и на кафедре факультетской терапии им. Нестерова, которую возглавляет Клименко Алеся Александровна (кратко зачитывает отзыв). Обращает внимание на то, что в отзыве подчеркивается научная новизна и практическое значение работы. Критических замечаний нет. Диссертация полностью соответствует требованиям, которые предъявляются к соискателям степени кандидата медицинских наук, а автор заслуживает присуждения искомой степени по специальностям 3.1.27 «Ревматология» и 3.1.25 «Лучевая диагностика». В исследовании решена важная научная задача - выявлена ассоциация боли в

суставах кистей при остеоартрите с частотой, локализацией, выраженностью структурных изменений по данным рентгенографии и магнитно-резонансной томографии, установлены клинические, рентгенографические и магнитно-резонансные особенности при эрозивной и неэрозивной формах остеоартрита, адаптирована методика *Oslo Hand Osteoarthritis Score* магнитно-резонансной томографии кистей для использования в рутинной практике, а также разработаны показания для проведения магнитно-резонансной томографии пациентам с остеоартритом суставов кистей. По актуальности, по научной новизне, теоретической, практической значимости, достоверности полученных результатов работа Кудинского Данила Марковича полностью отвечает требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ № 842 от 24.09.2013 г. (с изменениями, утвержденными в Постановлении Правительства РФ от 21.04.2016г. № 335, от 02.08.2016 г. № 748, от 29.05.2017 г. № 650, от 28.08.2017 г. № 1024, от 01.10.2018 г. № 1168, от 20.03.2021 г. № 426, от 26.09.2022 г. № 1690, от 26.01.2023 г. № 101), предъявляемых к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а ее автор заслуживает присуждения искомой учёной степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.27 «Ревматология», 3.1.25 «Лучевая диагностика».

На автореферат диссертации поступило 3 положительных отзыва от:

Раскиной Татьяны Алексеевны, доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой пропедевтики внутренних болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Евстигнеевой Людмилы Петровны, доктора медицинских наук, доцента кафедры терапии лечебно-профилактического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации ;

Наумова Антона Вячеславовича, доктора медицинских наук, доцента, заведующего лабораторией заболеваний костно-мышечной системы Обособленного структурного подразделения «Российский геронтологический научно-клинический центр», ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения РФ, г. Москва;

Отзывы положительные, вопросов и замечаний не содержат. В отзывах подчеркивается научная новизна и практическая значимость результатов исследования.

Насонов Е.Л.: Спасибо, Ирина Степановна. Поскольку нет вопросов, мы просим выступить официальных оппонентов. Пожалуйста, Евгений Александрович Трофимов, с большим удовольствием предоставляю вам слово.

Трофимов Е.А.: Глубокоуважаемый Евгений Львович, глубокоуважаемые члены Диссертационного совета, глубокоуважаемый Данил Маркович! Я бы начать хотел со слов благодарности за возможность оппонировать эту диссертацию и вообще выступить в таком уважаемом Диссертационном совете, выражаю большую признательность.

Нет сомнений, что мы обсуждаем весьма актуальные вопросы и актуальную работу, поскольку остеоартрит — это гетерогенное мультифакториальное заболевание, оно является самым распространенным заболеванием скелетно-мышечной системы в мире и некоторые исследователи называют самой частой локализацией именно поражение мелких суставов кисти. Эрозивный фенотип остеоартрита — это особый фенотип остеоартрита, который характеризуется наличием центральных и краевых эрозий суставных поверхностей дистальных и проксимальных суставов кисти, а также достаточно агрессивным клиническим течением с выраженным болевым синдромом и высокой степенью функциональной недостаточности. Рентгенологическая картина данного заболевания изучена недостаточно и вопрос, является ли остеоартрит самостоятельной формой, закономерной более поздней стадией заболевания или отдельной нозологией, является очень актуальным и обсуждается в настоящее время.

(Трофимов Е.А. зачитывает отзывы)

Принципиальных замечаний нет.

Так же, как у глубокоуважаемых членов Диссертационного совета, у меня возникли вопросы к термину «кисти рук», но как официальный оппонент, я решил, что Данил Маркович решил оценить с биологической точки зрения, поскольку мы все относимся к высшим приматам, отряд руконогие, возможно, в этом причина таких терминов.

Также, уважаемые коллеги, в процессе оппонирования у меня возникли два вопроса, которые ни в коем случае не умаляют значимости этой работы, я бы хотел получить на них ответы.

В результате вашего исследования выявлены взаимосвязи между интенсивностью боли, подвывихами и дегенеративными изменениями коллатеральных связок в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах по данным МРТ. Является ли формирование эрозий фактором развития более интенсивного болевого синдрома у пациентов с остеоартритом кисти?

Кудинский Д.М.: Глубокоуважаемый Евгений Александрович, спасибо вам большое за вопрос. Да, наличие эрозий в межфаланговых суставах кистей в нашем исследовании, помимо того, что являлось группирующим фактором при разделении на эрозивную и неэрозивную формы остеоартрита, статистически значимо ассоциировалось с наличием высокой интенсивности боли (более 200 мм по *AUSCAN*).

Трофимов Е.А.: Второй мой вопрос переключается как раз с теми вопросами, которые задавал Дмитрий Евгеньевич, это как ревматоидный артрит и эрозии. Можно ли считать остеит предиктором развития эрозивного процесса у пациентов с остеоартритом кистей? Есть ли такая закономерность?

Кудинский Д.М.: Глубокоуважаемый Евгений Александрович, при ответе на этот вопрос нужно сказать, что у нас было одномоментное исследование, поэтому для определения, является ли остеит предиктором эрозий нужно проспективное исследование — у нас не было такой возможности. Безусловно, такие данные существуют в литературе по поводу других локализаций, следовательно, это было бы интересно посмотреть в будущем. Спасибо за вопрос.

Трофимов Е.А.: Спасибо. Я позволю зачитать заключение.

(Трофимов Е.А. зачитывает заключение): По актуальности темы исследования, научной новизне, практической значимости работа Кудинского Данила Марковича полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а ее автор заслуживает присуждения искомой ученой степени по специальностям 3.1.27 «Ревматология», 3.1.25 «Лучевая диагностика».

Насонов Е.Л.: Евгений Александрович, спасибо вам за такой развернутый замечательный отзыв. Слово предоставляется второму оппоненту (он-лайн). Вера Дмитриевна, мы вас горячо приветствуем. С нетерпением ждём вашего выступления.

Завадовская В.Д.: Спасибо. Глубокоуважаемый Евгений Львович, глубокоуважаемые члены Диссертационного совета, также, как и Евгений Александрович, я хочу начать своё выступление с благодарности за возможность принять участие в работе Диссертационного совета института, который, наверное, определяет развитие ревматологической службы у нас в стране. Евгений Александрович в качестве первого оппонента дал исчерпывающую оценку исследования и существенно облегчил мою задачу. Тем не менее, мне хотелось бы остановиться на актуальности работы с позиции лучевой диагностики и подчеркнуть роль визуализации применительно к основному ключевому содержанию работы — фенотипированию эрозивного остеоартрита. Тема остеоартрита с позиции лучевой диагностики насчитывает более, чем вековую историю, буквально с момента открытия рентгеновского излучения и достаточно широко представлена в литературе — как с рентгенологической, так и с позиции магнитно-резонансной томографии, которая занимает лидирующие позиции в оценке внутрисуставных структурных и воспалительных изменений. В частности, достаточно широкое применение магнитно-резонансной томографии при данной патологии свидетельствует оценочная шкала *Oslo Hand Osteoarthritis Score*. Однако, как убедительно показал диссертант в своей работе,

до настоящего времени, несмотря на такое большое количество публикаций, окончательно возможности рентгенографии и магнитно-резонансной томографии себя не исчерпали. Существенным моментом как клинически, так и с позиции визуализации является отсутствие чётко сформированных диагностических критериев различных форм остеоартрита, что сводится к проблеме фенотипирования. Что касается валидированных протоколов и балльной оценки — такие протоколы разработаны не для всех суставов. Также отсутствуют четкие показания к исследованию в случаях, когда предполагается остеоартрит. Всё это обосновывает цель исследования, направленного на повышение информативности методов лучевой диагностики и получение новых знаний об остеоартрите путём изучения взаимосвязи между клинической картиной данного заболевания кистей и данными рентгенографии и магнитно-резонансной томографии, что отражает актуальное направление современной ревматологии и лучевой диагностики. Практическая значимость нучного исследования бесспорна, она заключается в том, что автором на основании систематизации рентгенологической и магнитно-резонансной семиотики эрозивной и неэрозивной форм остеоартрита аргументированы положения, позволяющие сформировать фенотип эрозивного остеоартрита. Об этих положениях говорил Евгений Александрович, но я повторяю.

(Завадовская В.Д. зачитывает отзыв)

Принципиальных замечаний к работе нет, но есть непринципиальные комментарии терминологического характера, относящиеся к использованию в тексте терминов «краевой дефект» и «эрозия», поскольку, фактически, это одно и то же. А также мне хотелось бы получить ответы на следующие вопросы: основу формирования эрозий при ревматоидном артрите и псориатическом артрите представляет утолщенная синовиальная мембрана. Чем, по мнению автора, обусловлены эрозии при остеоартрите, в том числе в костях, которые образуют пястно-фаланговые суставы? Мне зачитать второй вопрос сразу?

Наоснов Е.Л.: Да, зачитайте, пожалуйста, второй вопрос.

Завадовская В.Д.: Хотелось бы получить развёрнутую характеристику с точки зрения визуальной диагностики дистрофических изменений коллатеральных связок у больных остеоартритом, имеется в виду, по данным магнитно-резонансной томографии.

Кудинский Д.М.: Глубокоуважаемая Вера Дмитриевна, спасибо вам большое за вопросы. К сожалению, вопрос о природе формирования эрозий при эрозивном фенотипе остеоартрита сейчас дискутируется. В литературе, единого мнения по этому поводу нет. Тем не менее, длительное время считалось, что эрозивный процесс ассоциируется с третьей — четвёртой стадиями остеоартрита согласно шкале *Kellgren&Lawrence*, и данные эрозивные изменения являются больше следствием общей деформации сустава — так называемого «коллапса» суставов по типу «крыльев чайки» в дистальных, по типу «зубьев пилы» в

проксимальных межфаланговых суставах. Однако в последнее время идёт речь и о возможной воспалительной природе появления этих дефектов. Но для уточнения этого вопроса нужно иметь группу пациентов с длительностью заболевания до пяти лет. У нас были пациенты преимущественно с длительностью заболевания в среднем пятнадцать лет.

Отвечая на второй вопрос по поводу дистрофических изменений коллатеральных связок, на магнитно-резонансной томографии они визуализируются как нарушение хода волокон, изменение и нечеткость контура, участки разволокнения, характерное полосовидное усиление интенсивности сигнала по ходу волокон в режиме T1w. Система *Oslo Hand Osteoarthritis Score* предполагает двухбалльную систему оценки таких изменений, один балл присваивается если мы видим всё только что мной перечисленное, два балла присваиваются, когда в режиме с жироподавлением мы видим участки усиления в местах прикрепления коллатеральных связок к кости. Это может быть интересно, поскольку есть единичные работы, где хотя и не используются модальности визуализации, оказывалось, что самыми ранними изменениями при остеоартрите могут быть и очаговые инфильтраты в местах прикрепления коллатеральных связок к костям, но таких исследований у нас не было, вероятно, опять же из-за того, что средняя длительность заболевания составила около пятнадцати лет, группы с ранним остеоартритом у нас не было.

Насонов Е.Л.: Вера Дмитриевна, вы удовлетворены ответом?

Завадовская В.Д.: Да. Я могу завершать отзыв?

Насонов Е.Л.: Пожалуйста.

Завадовская В.Д.: Прежде, чем перейти к заключению, я хочу сказать, что одним из критериев качества научного исследования являются проблемы, которые предполагают дальнейшее исследование. Сегодня было задано много вопросов, которые указывают на то, что исследование можно расширить и продлить, поэтому это характеризует работу только с положительной стороны.

По актуальности темы исследования, научной новизне, практической значимости работа Кудинского Данила Марковича полностью соответствует требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней» (позвольте мне все не перечислять), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а ее автор заслуживает присуждения искомой ученой степени по специальностям 3.1.27 «Ревматология», 3.1.25 «Лучевая диагностика».

Насонов Е.Л.: Вера Дмитриевна, спасибо вам большое, спасибо, что нашли время выступить, я думаю, будем и дальше встречаться по разным поводам. Ваша поддержка для нас крайне важна.

Завадовская В.Д.: Спасибо.

Насонов Е.Л.: Спасибо большое. Теперь мы переходим к дискуссии. Пожалуйста, кто хотел бы выступить? Может быть, задать какие-то дополнительные вопросы? Пожалуйста, Дмитрий Евгеньевич Каратеев.

Каратеев Д.Е.: Я бы хотел поддержать эту работу, она качественно сделана, представляет из себя немалый научный интерес. Конечно, как очень многие работы такого типа, вызывает большое количество вопросов и не то, чтобы сильно проясняет, а немного путает. Только, буквально несколько лет назад, здесь же защищался Илья Иммануилович Рапопорт, который доказывал, что костный отёк и эрозии на МРТ — это признаки раннего ревматоидного артрита. Сейчас у нас другой диссертант, который доказывает, что это могут признаки уже, правда, не раннего, но остеоартрита кистей. Поэтому, с одной стороны мы видим накопление новых интересных данных, с другой стороны мы начинаем сомневаться в том, как нам надо использовать правильно наши методы визуализации при диагностике. Я думаю, что это очень правильное направление, потому что в результате, скорее всего, мы увидим защиту под руководством глубокоуважаемого Александра Викторовича третьей диссертации, где будет сравниваться ранний ревматоидный артрит с поздним остеоартритом, в результате мы к чему-то придём и докажем, где и как нам смотреть. У меня есть подозрение, что результатом будет проведение компьютерной томографии. Упомянувшиеся в плане дифференциальной диагностики подвывихи ясно, что не годятся, потому что, когда есть подвывихи, диагноз совершенно очевиден клинически. Так что спасибо большое, хорошая работа, надо поддержать.

Насонов Е.Л.: Спасибо, Дмитрий Евгеньевич. Пожалуйста, Александр Михайлович, вам слово.

Лула А.М.: Глубокоуважаемый Евгений Львович, глубокоуважаемая Ирина Степановна, уважаемые коллеги, я очень хочу поддержать эту работу, потому что она отражает такой интерес, который в настоящее время мы видим по отношению к остеоартриту. Знаете, само определение «эрозивный остеоартрит» наиболее полно отражает эту терминологию. Потому что остеоартрит, когда мы говорим о поражении коленных, тазобедренных суставов, то в клинических рекомендациях иногда мы даже не видим необходимость выполнять рентгенографию, так как диагноз понятен и мы назначаем лечение. Здесь же дискуссия, которая сегодня идёт, свидетельствует о том, что это отдельная нозологическая форма, отдельный фенотип, порождающий парадокс: есть рекомендации по остеоартриту коленных, тазобедренных суставов, у нас нет рекомендаций по остеоартриту мелких суставов кистей, тем более, по эрозивному остеоартриту. Поэтому я думаю, что эта диссертация является стимулом для того, чтобы обсудили этот вопрос и сформулировали наши подходы, причем при этой форме патологии будут совершенно иные подходы к лечению с учётом изменений, которые были показаны.

В отношении того, что надо провести дифференциальный диагноз, думаю, что как раз коллеги из отделения сейчас на 75% погружены в работу с искусственным интеллектом, и та программа, которая уже почти готова, наверняка справится и с этой проблемой. Спасибо огромное.

Насонов Е.Л.: Спасибо, Александр Михайлович. Пожалуйста, сейчас Юрий Владимирович, потом Андрей Викторович.

Муравьев Ю.В.: (представил презентацию своего выступления).

Трактовка классификационных критериев ACR 1990 ошибочна. Не описана методика AUSCAN. Произвольно применяется классификация Kellgren&Lawrence. Вместо клинических примеров представлены случаи без клинических диагнозов.

Насонов Е.Л.: Юрий Владимирович, спасибо большое. я хотел бы, сформулировать вопрос, есть замечания, вероятно, они разумные. Они влияют на общую положительную оценку? Ну, вы можете не отвечать, вы отметите конкретно свой ответ во время голосования.

Каратеев Д.Е.: Глубокоуважаемый Евгений Львович и глубокоуважаемый Юрий Владимирович, вы, к сожалению, по-видимому всё-таки допускаете ошибку, потому что в оригинальном тексте критериев упоминается не более трёх припухших пястно-фаланговых суставов, а запястно-пястные суставы располагаются в другом месте, и определить клинически их припухлость отдельно друг от друга, к сожалению, практически невозможно. Поэтому естественно что Altman, который это писал, разбирался в клинической медицине и соответственно он взял именно те суставы, которые могут припухать, что технически можно определить. Другие замечания можно обсуждать, но данное замечание, по-видимому, не совсем точно.

Насонов Е.Л.: Спасибо большое, Дмитрий Евгеньевич. Перед тем, как я передам слово уважаемому Виктору Павловичу, хочу сделать замечание — для того мы и собираем специализированный совет, чтобы высказывать различные замечания. А далее мы переводим это в практическую плоскость — голосование, где каждый имеет право высказать своё мнение. А сейчас я хочу передать слово Виктору Павловичу.

Трутень В.П.: Глубокоуважаемый Евгений Львович, глубокоуважаемые члены Диссертационного совета, Данил Маркович! Прежде всего, мы с моими коллегами благодарим за приглашение на защиту в столь уважаемый Учёный и диссертационный совета и позвольте мне сказать несколько слов о работе. Работа имеет важное научное и практическое значение. Конечно, использованы высокотехнологичны методы и показаны результаты различных методов. У меня сейчас возникло предложение к автору, чтобы изложил краткие чёткие практические рекомендации, которые могут быть полезны как врачам ревматологам, так и лучевым диагностам, и более того, в сфере образования мы должны это всё проповедовать. Я полностью согласен с заключением

официальных оппонентов и буду поддерживать эту работу. Спасибо за внимание.

Насонов Е.Л.: Спасибо вам большое, для нас очень важно. Андрей Викторович, пожалуйста.

Гордеев А.В.: Глубокоуважаемый Евгений Львович, глубокоуважаемый Ученый совет, глубокоуважаемый Данил Маркович, начну с главного. Я, безусловно, поддерживаю работу и призываю всех членов Учёного совета последовать моему примеру. Были высказаны замечания и, наверняка, они имеют право на существование. Диссертанту удалось привлечь моё внимание к тем проблемам, которые обсуждались уважаемым Дмитрием Евгеньевичем и Александром Михайловичем. Эрозии могут иметь различную локализацию, а отёк кости один. А если вы вспомните отёк кости при анкилозирующем спондилите, то там он вообще не имеет общего с эрозивным процессом — там «плюс ткань», там анкилозирование. Так предтечей чего является этот отёк ткани? Невоспалительного по формальным признакам остеоартрита или воспалительного ревматоидного артрита, или низковоспалительного анкилозирующего спондилоартрита? Мне думается, что те находки, которые мы сегодня увидели и услышали, и которые были аргументированы и показаны, это как раз тот мостик, которые позволяет нам идти немного дальше, шире посмотреть на формальные признаки в виде эрозий и отёка, а если идти ещё дальше, то и в виде критериев, тех или иных диагнозов. Спасибо вам за работу, она доставила удовольствие.

Насонов Е.Л.: Спасибо большое. Давайте, дорогие друзья, я думаю, мы исчерпывающе всё обсудили. Я буквально скажу два слова: я думаю, что это очень большое событие для нашего института. Вообще все диссертации, которые сделаны по двум специальностям, надо чрезвычайно поддерживать. И я думаю, Александр Михайлович, что эта тенденция будет в нашем институте продолжаться. И второе — это то, что затронул Дмитрий Евгеньевич, не могу об этом не сказать, пусть это и прозвучит несколько наивно, но мне было бы очень интересно, допустим, обсудить вопрос по поводу серонегативного ревматоидного артрита у пожилых. Скажем так, может я несколько преувеличиваю, но эта проблема сейчас широко обсуждается и в широком смысле слова то, что вы сейчас показали, и исследования, которые инициированы в нашем институте, которые, конечно, затрагивают разных пациентов, мне кажется, этот сегмент, связанный именно с поражением кистей, имеет принципиальное значение. В дальнейшем, Людмила Ивановна, Александр Викторович, Данил Маркович эти изменения могли бы стать предметом специального изучения, поскольку мы всё время говорим о сочетании. И здесь, мне кажется, магнитно-резонансная томография позволила бы ответить на некоторые чрезвычайно важные вопросы, а, следовательно, это конечно проблема и терапии. Выбор правильной терапии для правильного больного.

Поэтому я надеюсь, что пройдет какое-то время и мы будем обсуждать эту тему, а потом, возможно, будет такой же успешный человек, специалист, по двум специальностям, потому что нужно, чтобы проблему рентгенологии изучал врач-ревматолог, и наоборот. Вот тогда получаются интересные хорошие работы. Спасибо вам большое.

Переходим к выбору счетной комиссии. Предлагаем в состав счетной комиссии избрать д.м.н. Каратеева Д.Е., д.м.н. Амирджанову В.Н., и д.м.н. Коротаеву Т.В. Прошу голосовать. Кто «за»? Единогласно.

(Члены диссертационного совета приступили к тайному голосованию)

Насонов Е.Л.: Дорогие друзья, я прошу занять места. Пожалуйста, Дмитрий Евгеньевич.

Каратеев Д.Е.: Итак, протокол заседания счётной комиссии от 21 апреля 2023 года, избранной диссертационным советом 24.1.182.01, созданным на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой». В состав счетной комиссии вошли д.м.н. Каратеев Д.Е., д.м.н. Амирджанова В.Н., д.м.н. Коротаева Т.В. Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Кудинского Данила Марковича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Состав диссертационного совета утвержден в количестве 22 человек. Срок полномочий совета на период действия номенклатуры специальностей научных работников, утвержденной приказом Минобрнауки России от 24.02.2021 № 118.

В состав диссертационного совета дополнительно с правом решающего голоса введено 3 человека. Присутствовали на заседании 21 член диссертационного совета, в том числе докторов наук по специальности 3.1.27. Ревматология – 17, по специальности 3.1.25. Лучевая диагностика – 3. Роздано бюллетеней – 21, осталось не розданных – 4. В урне оказалось – 21. Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени кандидата медицинских наук Кудинскому Даниле Марковичу: «за» – 21, «против» – 0, недействительных – 0.

Насонов Е.Л.: Мы утверждаем протокол счетной комиссии? Кто «За»? Кто «Против»? Кто воздержался? Принято единогласно.

Насонов Е.Л.: По проекту заключения есть какие-то замечания? Замечаний нет. Мы утверждаем проект заключения? Кто «За»? Кто «Против»? Кто воздержался? Принято единогласно.

Проект заключения принят единогласно в следующей редакции:

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

- Адаптирована методика *Oslo Hand Osteoarthritis Score* для рутинного анализа МРТ суставов кистей, она включает в себя бесконтрастное исследование суставов кистей в

режимах T1 и T2 STIR у пациенток с клинически верифицированным остеоартритом суставов кистей;

- Доказана ассоциация интенсивности боли при остеоартрите суставов кистей с подвывихами, остеитом в дистальных межфаланговых суставах; с дегенеративными изменениями коллатеральных связок в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах по данным МРТ; с подвывихами в дистальных межфаланговых суставах по данным рентгенографии. Важным фактором для дифференциальной диагностики является то, что подвывихи пястно-фаланговых суставов, рентгенологические изменения лучезапястных суставов не характерны для данной патологии;

- Доказано, что в сравнении с неэрозивной формой при эрозивном остеоартрите определяются более выраженные боль и скованность в суставах у пациенток, которым выполнена МРТ, $p < 0,05$, а также более выраженные боль и скованность у пациенток, которым выполнена стандартная рентгенография, $p < 0,05$. Согласно результатам исследования установлено, что рентгенографические признаки имеют меньшую ассоциацию с болью, чем магнитно-резонансные признаки;

- Доказано, что при эрозивной форме остеоартрита в суставах кистей по данным МРТ помимо более выраженных структурных нарушений (остеофиты, сужение суставных щелей, дегенеративными изменениями коллатеральных связок), $p < 0,05$, также более выражены и воспалительные изменения (остеит, теносиновиты), $p < 0,05$;

- Доказано, что по данным рентгенографии кистей, при эрозивной форме остеоартрита, в сравнении с неэрозивной формой, значимо чаще ($p < 0,05$) обнаруживаются: в дистальных межфаланговых суставах субхондральный остеосклероз, подвывихи, кистовидные просветления и остеофиты; в проксимальных межфаланговых суставах — субхондральный остеосклероз, кистовидные просветления костной ткани и подвывихи; в 1 запястно-пястном суставе подвывихи, сужение суставных щелей, субхондральный остеосклероз и эрозивные изменения; в трапецевидно-ладьевидном суставе субхондральный остеосклероз и эрозии;

- Предложены показания к проведению МРТ у пациентов с остеоартритом суставов кистей: при обнаружении эрозий по данным рентгенографии пациенткам с клиническим диагнозом остеоартрита суставов кистей, пациенткам с кортикальными дефектами пястно-фаланговых суставов для дифференциальной диагностики, при наличии III–IV стадии остеоартрита по *Kellgren & Lawrence* в сочетании с выраженным болевым синдромом по *AUSCAN*, при вовлечении в патологический процесс трапецевидно-ладьевидного и 1 запястно-пястного суставов для уточнения наличия симптомов активного воспаления, а также отмечено, что при изолированном остеоартрите дистальных межфаланговых суставов проведение МРТ обязательно.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что на достаточном клиническом материале (68 магнитно-резонансных томограмм, 64 стандартных рентгенограммы, 68 заполненных опросников AUSCAN)

- Разработаны показания к исследованию магнитно-резонансной томографии у пациентов с остеоартритом суставов кистей;
- Показано вовлечение в патологический процесс пястно-фаланговых суставов. При эрозивном остеоартрите не характерны поражение лучезапястных суставов, подвывихи пястно-фаланговых суставов, что является важным моментом для дифференциальной диагностики;
- Адаптирован протокол *Oslo Hand Osteoarthritis Score* для оценки суставов кистей при остеоартрите по данным магнитно-резонансной томографии, внедрение которого в рутинную практику позволит анализировать признаки воспалительной активности у пациентов с эрозивным остеоартритом и проводить дифференциальную диагностику;
- Выявлена высокая частота эрозивного остеоартрита.

Применительно к проблематике диссертации, полученные данные обладают научной новизной, а в ходе работы использован комплекс стандартных клинических и инструментальных методов обследования, современные международные диагностические критерии, современные методы статистической обработки данных, применяемые в медицине.

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

- результаты исследования внедрены и применяются в отделении лучевой диагностики и лаборатории инструментальной диагностики Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» (115522 г. Москва, Каширское шоссе, дом 34А). На основании результатов проведенной работы для сопоставления результатов дальнейших исследований в динамике, а также стандартизации и сравнения с другими схожими исследованиями внедрена и используется в практике система *Oslo Hand Osteoarthritis Score* без применения контрастного препарата.

Оценка достоверности результатов исследования выявила следующее:

- комплекс используемых автором методов исследования соответствует цели и задачам исследования;
- достаточное количество включенных пациентов ($n = 68$), подробная клиническая характеристика больных, а также использование современных инструментальных методов исследования, международных диагностических критериев, позволяют высоко оценить достоверность полученных результатов;
- результаты исследования и выводы основываются на статистическом анализе, выполненном с использованием пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 10 (IBM Corporation, 1989–2013);

- научные положения, выводы и практические рекомендации отражают содержание диссертации и являются обоснованными;
- использованы корректные сравнения авторских и литературных данных, полученных ранее по рассматриваемой тематике.

Личный вклад автора состоит в непосредственном участии на всех этапах проведения научного исследования. Совместно с научными руководителями в соответствии с целью работы определены задачи, выбраны оптимальные методы для проведения научной работы, разработана тематическая карта обследования больных. Все включенные в исследование пациенты были осмотрены лично автором в соответствии с протоколом исследования. Автор лично выполнял магнитно-резонансную томографию, интерпретировал и анализировал полученные томограммы и стандартные рентгенограммы кистей, а также работал с медицинской документацией. Полученные данные были собраны в электронной базе, созданной диссертантом. Статистическая обработка результатов проведена автором самостоятельно. Автором выполнены анализ, интерпретация, изложение полученных данных, сопоставление результатов исследования с данными других авторов, формулировка выводов и практических рекомендаций для дальнейшего практического применения и внедрения их в практическую и образовательную деятельность, подготовка основных публикаций по выполненной работе. Текст диссертации и автореферат написаны лично автором.

На заседании 21.04.2023 г. диссертационный совет пришел к выводу, что диссертация «Комплексная клинико-лучевая диагностика эрозивного остеоартрита кистей» 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, от 20.03.2021 № 426, 26.09.2022 № 1690, от 26.01.2023 № 101), предъявляемым к диссертациям на соискание степени кандидата наук, а ее автор заслуживает присуждения искомой ученой степени.

Диссертационный совет принял решение присудить Кудинскому Данилу Марковичу ученую степень кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.27. Ревматология, 3.1.25. Лучевая диагностика.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 21 человек, из них 18 докторов наук по специальности 3.1.27. Ревматология и 3 доктора наук по специальности 3.1.25. Лучевая диагностика, участвовавших в заседании, из 25 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за – 21, против – нет, недействительных бюллетеней нет.

Насонов Е.Л. А теперь мы можем от всего сердца поздравить дорогого Данила Марковича и, конечно, вас, Людмила Ивановна, и вас, Александр Викторович. А Кудинскому Д.М. мы можем дать слово для благодарности.

Кудинский Д.М. благодарит членов диссертационного совета за интересное обсуждение, вопросы, замечания, дискуссию, высокую оценку работы. Благодарит научных руководителей и коллег за помощь при выполнении работы.

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

Насонов Евгений Львович

Учёный секретарь
диссертационного совета, к.м.н.

Дыдыкина Ирина Степановна



21.04.2023 г.