

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧЕРЕЖДЕНИЕ  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-  
СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ИМ. А.Н. БАКУЛЕВА» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**СТЕНОГРАММА № 6**

заседания Диссертационного совета Д 001.015.01

17 февраля 2017 года

**ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЗАСЕДАНИЯ:**

председатель Диссертационного совета,

доктор медицинских наук,

академик РАН

Бокерия Лео Антонович

**УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ:**

доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Защита диссертации

на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

**Табиной Анастасии Евгеньевны** на тему:

«структурно-функциональные и электрофизиологические особенности  
ремоделирования предсердий при пароксизмальной форме фибрилляции  
предсердий»

по специальности «кардиология» - 14.01.05

Москва, 2017

**Председатель заседания – председатель Диссертационного совета,  
доктор медицинских наук академик РАН Бокерия Л.А.:**

– Добрый день, уважаемые члены Диссертационного совета, присутствующие. Всего из 23 членов Совета, утверждённых приказом председателя ВАК Российской Федерации, присутствуют сегодня 17.

| №  | Ф. И. О.          | Ученая степень, шифр специальности в совете |
|----|-------------------|---------------------------------------------|
| 1  | Бокерия Л. А.     | доктор мед. наук, 14.01.26                  |
| 2  | Подзолков В. П.   | доктор мед. наук, 14.01.26                  |
| 3  | Газизова Д. Ш.    | доктор мед. наук, 14.01.05                  |
| 4  | Бокерия О.Л.      | доктор мед. наук, 14.01.05                  |
| 5  | Бузиашвили Ю. И.  | доктор мед. наук, 14.01.05                  |
| 6  | Голухова Е. З.    | доктор мед. наук, 14.01.05                  |
| 7  | Камбаров С.Ю.     | доктор мед. наук, 14.01.26                  |
| 8  | Ким А. И.         | доктор мед. наук, 14.01.26                  |
| 9  | Ключников И. В.   | доктор мед. наук, 14.01.05                  |
| 10 | Лобачева Г. В.    | доктор мед. наук, 14.01.20                  |
| 11 | Купряшов А.А.     | доктор мед. наук, 14.01.20                  |
| 12 | Маликов В. Е.     | доктор мед. наук, 14.01.05                  |
| 13 | Муратов Р. М.     | доктор мед. наук, 14.01.26                  |
| 14 | Никитин Е. С.     | доктор мед. наук, 14.01.20                  |
| 15 | Сигаев И. Ю.      | доктор мед. наук, 14.01.26                  |
| 16 | Сокольская Н. О.  | доктор мед. наук, 14.01.20                  |
| 17 | Ярустовский М. Б. | доктор мед. наук, 14.01.20                  |

Таким образом, уважаемые коллеги, количественный кворум обеспечен. По специальности «кардиология» - 14.01.05 присутствуют 6 членов Совета. Качественный кворум обеспечен, Совет правомочен начать свою работу. Я объявляю заседание открытым.

На повестке дня защита диссертации Табиной Анастасии Евгеньевны «Структурно-функциональные и электрофизиологические особенности ремоделирования предсердий при пароксизмальной форме фибрилляции

председрий» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «кардиология» - 14.01.05.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, академик РАН **Голухова Елена Зеликовна**, руководитель отделения неинвазивной аритмологии и хирургического лечения комбинированной патологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева».

**Официальные оппоненты:**

**Алехин Михаил Николаевич** – доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, заведующий отделением функциональной диагностики.

**Фонякин Андрей Викторович** – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр неврологии», руководитель лаборатории кардионеврологии.

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

**Ученый секретарь** оглашает официальные данные диссертанта и отмечает соответствие документов аттестационного дела требованиям «Положения» Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации.

**Председатель:** - Есть ли вопросы по справке? (нет) Итак, Табина Анастасия Евгеньевна, Вам предоставляется 20 минут для изложения основных положений Вашей диссертации.



Табина Анастасия Евгеньевна – диссертант – докладывает (доклад прилагается).

Председатель:

– Спасибо, Анастасия Евгеньевна. Какие есть вопросы у членов Диссертационного совета? Пожалуйста, Юрий Иосифович.

Член Диссертационного совета, доктор медицинский наук Бузиашвилли Юрий Иосифович:

– Скажите, пожалуйста, в Вашей практике, сколько больных у вас бывает с фракцией выброса больше 61%? Так как больных с фракцией выброса больше 60% в моей практике достаточно мало...

Председатель:

– Простите, пожалуйста, Юрий Иосифович. Коллеги, давайте договоримся, мы здесь обсуждаем конкретную диссертацию, мы обсуждаем материалы, которые здесь представлены.

Член Диссертационного совета, доктор медицинский наук Бузиашвилли Юрий Иосифович:

– Я хочу сказать, что таких больных в практике очень мало. Какой процент ваших больных в исследовании имел фракцию выброса больше 61%? Второй вопрос. Я читал ваши выводы очень внимательно. Выводы выходят из главного кардиохирургического института страны для практикующих врачей. Тема очень актуальная. Может быть, вам стоит подумать, если вы выпустите монографию, или будете писать практические рекомендации, как-то упростить выводы? Потому что, чтобы их понять, надо знать эту тематику наравне с вами и вашими учителями, чтобы правильно и грамотно распоряжаться дальше этими данными. Спасибо.

Табина А.Е. – диссертант – ответ на вопрос:

– Спасибо большое за вопрос. По поводу фракции выброса левого желудочка. Действительно, все больные, которые нами были обследованы, имели нормальную фракцию выброса левого желудочка. И мы были удивлены, получив связь рецидивов фибрилляции предсердий именно с этим показателем.

Я думаю, что этот показатель отражает то, что есть небольшой вклад сокращения левого предсердия в выброс левого желудочка. Все показатели, которые коррелировали с риском рецидива фибрилляции предсердий, отражают сократительную способность сердца: это и фракция выброса левого желудочка, и показатели тканевого доплеровского исследования, отражающие активное сокращение левого предсердия. Данный показатель - менее 61% - получился статистически. И я соглашусь, что 1-2% в оценке фракции выброса левого желудочка существует в рамках погрешности самого метода исследования. По поводу второго вопроса. Эти выводы являются результатом моей научной работы. Но я соглашусь с вами, что для врачей общей практики выводы действительно сложны. И при выпуске монографии или методических рекомендаций мы постараемся упростить материал.

**Председатель:**

– Хорошо, еще есть вопросы, коллеги? Пожалуйста, Иван Вячеславович.

**Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, Ключников Иван Вячеславович:**

– Анастасия Евгеньевна, вопрос по поводу отдалённых результатов. У вас 2 исследовательские группы, они очень разные. У одних есть сопутствующие заболевания, у других нет. А в отдалённых результатах у вас нет достоверных различий по эффективности радиочастотной абляции при фибрилляции предсердий. С чем бы вы могли это связать?

**Табина А.Е. – диссертант – ответ на вопрос:**

– Спасибо большое за вопрос. Я считаю, что это в первую очередь связано с тем, что отдалённые результаты удалось оценить только у 32 больных, для статистики это недостаточно большое количество больных, чтобы получить достоверные различия. Думаю, что если бы мы оценивали большее количество исследований, то мы бы получили достоверные различия.

**Председатель:**

– Так, еще вопросы? Пожалуйста.

**Доктор медицинских наук Полякова Ирина Петровна:**

– Анастасия Евгеньевна, вы в своем докладе показали, что вы исследовали показатели тканевого доплеровского исследования и ЭКГ высокого разрешения. Скажите, вы не включали в свои алгоритмы показатели ЭКГ высокого разрешения? И второй вопрос, не выявлялась ли у вас связь, между показателями тканевого доплера и ЭКГ ВР? Между группами они различаются, и это было бы любопытно.

**Табина А.Е. – диссертант – ответ на вопрос:**

– Спасибо большое за вопрос. Показатели ЭКГ ВР действительно различались между группами, и данные показатели вошли в формулу для проведения диагностики наличия ремоделирования. Но не было получено связи показателей ЭКГ ВР и эффективности радиочастотной аблации. Поэтому данные показатели не вошли в формулу оценки риска развития фибрилляции предсердий после радиочастотной аблации. И данные показатели не коррелировали с данными тканевого доплеровского исследования.

**Председатель:**

– Еще есть вопросы? (нет). Спасибо. Присаживайтесь. Пожалуйста, слово научному руководителю, доктору медицинских наук, академику Российской академии наук, Елене Зеликовне Голуховой.

**Научный руководитель, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Голухова Елена Зеликовна – выступление:**

– Уважаемые коллеги! Я хочу представить диссертанта, как очень хорошего доктора. С одной стороны, это представитель очень хорошей школы – первого медицинского института, и замечательный практический доктор, с другой стороны, доктор, который, работая в качестве кардиолога, продолжает работать как научный сотрудник нашей лаборатории и занимается большой практической работой, смогла овладеть техниками ультразвукового исследования. Каждая новая технология привносит специальные термины, ровно как и попытки математического вычисления, представления чувствительности и специфичности. Без каких-либо ментальных усилий их невозможно воспринять, поскольку процесс представления данных никогда не



носит пассивный характер, это не цирковое и никакое другое представление. Мне кажется, что автор действительно смогла показать в своей работе очень важную мысль, мысль о том, что даже в нормальном сердце, сердце с нормальными размерами камер, есть определённые изменения, которые мы не можем выявить глобальными оценками, скажем, фракции выброса левого желудочка, и даже размерами левого предсердия. Но при этом есть у наших больных с аритмиями реальные предпосылки для того, чтобы эти аритмии возникли. И когда мы говорим об идиопатических аритмиях, особенно это относится к больным с пароксизмальной формой фибрилляции, потому что до 60% таких больных, это так называемые идеопатические больные, важно понимать, что признаки ремоделирования предсердий уже есть. С моей точки зрения, это уникальная работа, которая была абсолютно полностью выполнена самостоятельно от начала и до конца автором. У нее большие перспективы для дальнейших научных и практических разработок. Работа выполнена по хорошему, чётко прописанному дизайну, используются современные методики. Роль автора в ее непосредственном выполнении велика. Поэтому это действительно законченный научный труд. Не всегда он бывает лёгок для восприятия. Тут я конечно согласна с тем, что не все можно сделать легким, хотя, если не ориентироваться на двадцать минут, можно это рассказать более популярно. Поэтому, моя просьба эту работу поддержать.

**Председатель:**

– Спасибо, Елена Зеликовна. Мы вас слушаем, как руководителя огромного экспертного совета, и вносим свои поправки. Но нам бы хотелось больше услышать о самом человеке. Но поскольку она обучалась у нас в ординатуре и аспирантуре, мы ее, конечно, хорошо знаем. Разрешите предоставить слово учёному секретарю для оглашения письменных отзывов, поступивших в наш ученый совет на диссертацию и автореферат.

**Учёный секретарь** зачитывает:

1. **Заключение организации**, в которой выполнена диссертация, – Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр

сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (В заключении диссертация рекомендуется к защите, заключение прилагается).

**2. Отзыв ведущей организации** – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» в своём положительном заключении, подписанном Гуревичем Михаилом Александровичем, доктором медицинских наук, профессором кафедры терапии факультета усовершенствования врачей Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» указало, что работа Табиной Анастасии Евгеньевны содержит высокий уровень новизны, актуальности и практической значимости для кардиологии.

**3. Отзыв на автореферат от:**

- **Максимов Максим Леонидович** – доктор медицинских наук, (Отзыв не содержит замечаний, положительный, прилагается);
- **Демкина Александра Евгеньевна** – кандидат медицинских наук (Отзыв не содержит замечаний, положительный, прилагается);
- **Васюк Юрий Александрович** – доктор медицинских наук, (Отзыв не содержит замечаний, положительный, прилагается).

**Председатель:**

– Спасибо. Есть ли вопросы к ученому секретарю? (нет) Слово предоставляется официальному оппоненту доктору медицинских наук, Алехину Михаилу Николаевичу.

**Доктор медицинских наук, Алехин Михаил Николаевич (официальный оппонент):**

– зачитывает отзыв (отзыв положительный, не содержит принципиальных замечаний, прилагается).

**Председатель:**



– Спасибо, Вам большое Михаил Николаевич. Анастасия Евгеньевна, Вы можете ответить официальному оппоненту.

**Табина А.Е.– диссертант – ответ официальному оппоненту:**

– Глубокоуважаемый Михаил Николаевич, спасибо Вам большое за тщательный анализ моей работы. Спасибо!

**Председатель:**

– Присаживайтесь. Приглашаем к выступлению официального оппонента доктора медицинских наук, профессора Фoniaкина Андрею Викторовичу.

**Доктор медицинских наук, профессор Фoniaкин Андрей Викторович (официальный оппонент):**

– зачитывает отзыв (отзыв положительный, не содержит замечаний, прилагается).

**Председатель:**

– Спасибо, Андрей Викторович. Анастасия Евгеньевна, Вам слово для ответа официальному оппоненту.

**Табина А.Е. – диссертант – ответ официальному оппоненту:**

– Глубокоуважаемый Андрей Викторович, большое Вам спасибо за такое внимательное прочтение и скрупулёзный анализ моей работы, а также высокую оценку. Спасибо! Хотелось бы ответить по поводу практических рекомендаций. Да, формула, содержащаяся в практических рекомендациях сложна в применении, так как там большое количество коэффициентов. Но эта формула может быть введена в программу эхокардиографа, мы никогда сейчас не считаем в ручную фракцию выброса, мы просто забиваем значения показателей, и программа сама нам выдаёт фракцию выброса, как и большинство других показателей, которые мы исследуем.

**Председатель:**

– Кто еще из членов ученого совета хочет обменяться мнениями по поводу данной работы? Бузиашвили и Юрий Иосифович, пожалуйста!

Бузиашвили Юрий Иосифович:

– Глубокоуважаемый председатель, глубокоуважаемые члены диссертационного совета, коллеги! Если бы не актуальность тематики, можно было бы всю эту шероховатость пройти, но такие нарушения ритма, как мерцательная аритмия, настолько актуальны, что их сейчас намного больше, как мне кажется, чем инфарктов миокарда. И, если с инфарктами миокарда, по крайней мере в Москве, борются так, что они резко падают и скоро могут сойти на ноль, я, конечно, утрирую, то с нарушениями ритма здесь творится нечто неправдоподобное, так как каждый лечит по своему протоколу, и количество осложнений и инсультов нам всем известно. Поэтому я просто выступаю за то, что когда мы говорим о фракции выброса, ведь к нам прислушиваются как к alma mater, можно было бы написать фракцию выброса 61%, что я в своей практике редко встречаю, нормальный среднестатистический человек имеет фракцию 58-60%. Возможно, можно смягчить и написать фракцию выброса 60% и меньше, чтобы указать на ту норму, которая существует. Но это остается на усмотрение автора. И второе, что я хочу сказать - о сложности. Сложность, я абсолютно согласен, что научная. Сегодня, все что идет не от Бога, идет от науки, и одно непонятно, и другое. Поэтому, в связи с формулами, можно абсолютно спокойно изобразить мысль таким образом, что если кто заинтересуется и возьмет ваш автореферат, и для него будет совершенно понятно. Если человек не хочет читать, а хочет одним взглядом посмотреть на выводы и пользоваться в своей практике, то это слабый врач и он не сможет применить это в своей практике. Надо стремиться к совершенству и ваша работа на это указывает. Я вас поздравляю с такой хорошей работой, желаю удачи, спасибо!

Председатель:

– Спасибо Юрий Иосифович! Кто еще хотел бы выступить? Пожалуйста, Иван Вячеславович.

Иван Вячеславович:

– Глубокоуважаемый Лео Антонович, глубокоуважаемые члены ученого совета, коллеги, Анастасия Евгеньевна! Я повторно знакомлюсь с этой работой и должен сказать о несомненной актуальности данного исследования, высоком качестве проведённой работы. Это характеризует представленный доклад и диссертацию. Диссертация находилась на сайте и можно было с ней ознакомиться. Я соглашусь с Михаилом Николаевичем, что это, конечно же, фундаментальное исследование. Хочу сказать, что группа пациентов действительно очень большая и разнообразная. Выделена группа пограничных пациентов. Можно клинически охарактеризовать неких больных, вероятность развития у которых пароксизмальной фибрилляции предсердий достаточно высока: это и наличие ишемической болезни сердца, и артериальной гипертензии, и увеличение полостей сердца, и сердечной недостаточности, и так далее. А эта группа, фактически, с малоизменёнными сердцами. А с точки зрения наличия некоторого анамнеза, повышения артериального давления, и ишемической болезни сердца автор разделил больных на 2 группы. Но по результатам проведённого лечения - выполнения радиочастотных абляций лёгочных вен – отделённые результаты оказались сопоставимы в обеих группах. Автор получила очень хорошие результаты, связанные с тем, что автор использовала новые, относительно новые, методы исследования, характеризующие состояние предсердий, это тканевое доплеровское исследование. И характеристики, которые были получены, позволили показать, что при наличии некоторых критических значений фракции выброса, более или менее 61%, и некоторые показатели деформации, позволяют говорить о том, что вероятность нарушений ритма после операции радиочастотной абляции в одном случае больше, в другом случае меньше. То есть получен некий инструмент, позволяющий выделить этих пациентов. И в настоящий момент возможность использования данных методов оценки сердца и предсердий стала уже достаточно высокой и аппараты с такими функциями уже достаточно распространены. Нужно внедрять в практику использование этих методов, о чем



и было сделано несколько замечаний, для приближения возможности использования практических рекомендаций практикующими врачами. Я считаю, что работа полностью соответствует требованиям, предъявляемым к кандидатским диссертациям, и поддерживаю эту работу. Спасибо!

**Председатель:**

– Спасибо! Ещё есть желающие выступить? Пожалуйста, Елена Зеликовна.

**Член Диссертационного совета, доктор медицинских наук, академик-РАН Голухова Елена Зеликовна:**

– Разрешите, глубокоуважаемый Лео Антонович, выступить уже ни как руководитель. Хочу сказать уже ни как руководитель, который хочет похвалить своего ученика, а как исследователь, который, равно как и многие, присутствующие здесь ученые и врачи, проявляет особый интерес к этой проблеме, проблеме мерцательной аритмии. В 2014 году выходят американские рекомендации, в 2016 году выходят европейские рекомендации, и в них впервые 2А класс рекомендаций заслуживает хирургическое лечение мерцательной аритмии. И специальные рекомендации для сочетанных хирургических вмешательств при комбинированной патологии в том числе с пороками сердца, впервые узаконена операция «лабиринт». И это все не случайно. Почему? Потому что действительно, результаты аблации - это, к сожалению, общая беда – по всем мета-анализам, в которые включены и многие убедительные рандомизированные исследования, дают пограничные результаты. Оказывается, что есть преимущество в пользу аблаций, но эти преимущества имеются в течение относительно короткого периода наблюдения. Скажем, в течение 3 месяцев. А что происходит к году? К году они примерно выравниваются. Причём большинство пациентов, которые оперируются, это не те пациенты, которые выбирают аблацию, как первую линию лечения. Это те пациенты, у которых уже антиаритмики были неэффективны. И даже вопрос о том, снижается ли при аблации число инсультов в последующем, это тоже вопрос дальнейших исследований. И поэтому сегодня есть множество дополнительных документов, которые говорят о том, что это системное заболевание, это попытка

найти какие-либо средства, которые нарушают или снижают активность микро-РНК, которые действуют на фиброз. Это уже доказано в эксперименте. Думаю, что до такого лечения мы тоже доживём. С моей точки зрения, эта работа интересна тем, что она пытается проанализировать успех или не успех и то, что заставляет развиваться аритмию даже в так называемом нормальном сердце. Это заслуживает большого внимания. И второй вопрос, по поводу разных формул. Мы запатентовали такой способ оценки ишемических событий после проведения процедуры ЧКВ. Мы сейчас должны получить патент на него. Равно как, я считаю, мы должны запатентовать и этот способ оценки риска рецидива фибрилляции предсердий после процедуры аблации у больных с нормальным размером левого предсердия. Этот риск очень большой, как мы здесь видим: 40% за 3 года. 3 года – это длительный период наблюдения. На сколько это может быть распространено в практике? Естественно, никто не сидит с калькулятором. Я внимательно слежу за всеми нововведениями. Как я уже показывала моим глубокоуважаемым друзьям, на сайте American College of Cardiology, размещён калькулятор, позволяющий рассчитать длительность антикоагулянтной терапии, особенно при тройной терапии, после ЧКВ. Это очень помогает в практической работе. Они никогда не дают непроверенных формул. Это всегда тщательно выверенная, так же как и вами предлагаемая формула. Это только формула. Только идея. Она должна быть подтверждена в дальнейших исследованиях. Большинство больных, которые входили в исследования по абляциям были легче, моложе, были более образованные, в целом это были более благоприятные пациенты. Но это, безусловно, даёт определённую уверенность врачу, это тот практический выход, о котором сегодня говорили. Это не сложная формула, которую ты должен патентовать и подтверждать, а в более простом варианте калькулятора это вполне могло быть полезно. Спасибо!

**Председатель:**

– Спасибо! Кто еще хотел бы выступить, коллеги? (нет желающих). Я бы хотел прокомментировать несколько вещей, которые имеют прямое отношение



к нынешней диссертации. По спектру сегодняшней дискуссии, мне кажется, что на наших ежегодных сессиях и съездах запускать в качестве затравки такую диссертационную работу в качестве апробации, потому, что желающих выступить на такие темы будет достаточно. Многие люди стесняются выступать по общим вопросам, а по таким вопросам дискуссии были бы очень живые. Я бы сделал одно такое замечание в адрес анализа литературы, который представила диссертант. Дело в том, что непревзойдёнными данными, как вы знаете, по отдалённым результатам, являются результаты операции «лабиринт». Феноменальные были получены результаты, как вы знаете, до 96% у разных групп больных. Почему? Потому, что успех лечения аритмии – это знание его механизма. Другого варианта не существует. Так произошло с операцией «лабиринт-3». Поскольку тогда было доказано, что это макро ри-ентри, и были изолированные макро-ри-ентри. Вот и вся история. Лисагуер, который обнаружил эктопическую тахикардию в устьях легочных вен. Первоначально проводилась абляция просто этой зоны. Затем, так как результаты были не очень хорошие, они начали делать абляцию устьев легочных вен, пробовать другие схемы абляции. Есть очень много доказательств, что эти все схемы работают не очень хорошо. Потому, что к тому времени, когда больной устойчиво находится в состоянии этой аритмии, у него увеличиваются размеры атриовентрикулярных клапанов, возникает регургитация, возникают дальнейшие условия для развития аритмий. Поэтому мое единственное замечание в этой части к тому, что вы говорили, я бы, в качестве примера, назвал бы именно эту операцию, «лабиринт-3», которая является «золотым стандартом» лечения. И ваш научный руководитель, очень справедливо сказала, что мы все равно вернёмся к радикальному лечению этих пациентов, оно неизбежно. Как говорит тот же классик, Джеймс Какс, фибрилляция предсердий у больных после многократного воздействия прекращается по причине того, что все предсердие становится фиброзом. Я так долго говорю, потому, что мне действительно понравилась диссертация. Почему я так в начале отреагировал на вопрос Юрия Иосифовича, то что мы формулируем, должно быть по науке. Это ориентировано на круг людей, которые могут это понять и применять дальше.



Дальше идёт вопрос о практических рекомендациях. Мы не можем рекомендовать такую работу врачу, который сидит в кабинете в поликлинике. Мы имеем ввиду сообщество людей, которые занимаются данной проблемой, которые этим интересуются. Практические рекомендации не должны быть написаны языком, который будет понятен кухарке. Конечно, если мы обладаем такой способностью, то диссертант может привести рекомендации, которые будут разделены на разные уровни: для врачей первого звена, для профессуры, и так далее. Но, наверное, этим не стоит заниматься, потому что тогда мы потеряем таких способных людей, которые делают такие хорошие работы. И я с большим удовольствием предоставляю вам заключительное слово.

**Табина А.Е. – диссертант – заключительное слово:**

– Глубокоуважаемый председатель, члены Диссертационного совета! Я бы хотела в первую очередь поблагодарить Дирекцию Центра во главе с Лео Антоновичем Бокерия за возможность не только выполнить работу и защитить ее в этих стенах, но и за тот период, который проходил в обучении в этом Центре. Благодарю всех членов Диссертационного совета за проявленное терпение в этот долгий день. Конечно, хочу поблагодарить все подразделения, которые участвовали в данной работе – это наше отделение неинвазивной аритмологии, лабораторию интраоперационной диагностики и лечения аритмий, отделение клинической лабораторной диагностики. И, конечно, я выражаю глубокую признательность моему научному руководителю, Елене Зеликовне Голуховой, за то доверие, которое было мне оказано, за терпение, проявленное в отношении меня, так как в ходе выполнения данной работы, имелись и другие события в моей жизни. И, конечно, она оказала мне всестороннюю поддержку в проведении этой работы. Спасибо всем сотрудникам нашего отделения за моральную поддержку и помощи в написании данной диссертации. В конце, я хочу поблагодарить свою большую и дружную семью, во главе с моим супругом и детьми. Спасибо моим детям за терпение, которое они проявили сегодня, и моим родителям за любовь, понимание и помощь. Спасибо большое!

**Председатель:**

– Спасибо. Вопрос передаётся на тайное голосование, нам нужно выбрать счётную комиссию, предлагаются следующие доктора наук, профессора: Ключников Иван Вячеславович, Камбаров Сергей Юрьевич и Купряшов Алексей Анатольевич. Кто за то, чтобы избрать данную счетную комиссию, прошу голосовать? (Голосуют) Кто против? (Нет) Кто воздержался? (Нет) Принято единогласно. Прошу комиссию приступить к работе.

– Происходит процедура тайного голосования – (За время проведения тайного голосования решаются текущие дела).

**Председатель:**

– Слово предоставляется председателю счетной комиссии, Ключникову Ивану Вячеславовичу, доктору медицинских наук, профессору.

**Председатель счётной комиссии, доктор медицинских наук, профессор Ключников Иван Вячеславович – оглашает:**

– Результаты работы счетной комиссии по тайному голосованию по диссертации Табиной Анастасии Евгеньевны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «кардиологи» 14.01.05. Из 23 постоянных членов учёного совета присутствовали на заседании 17 членов Совета, в том числе 6 докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации «кардиология» - 14.01.05.

Роздано бюллетеней \_\_\_\_\_ 17

Осталось не розданных бюллетеней \_\_\_\_\_ 6

Оказалось в урне бюллетеней \_\_\_\_\_ 17

**ЗА** \_\_\_\_\_ 17

**ПРОТИВ** \_\_\_\_\_ НЕТ

**НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫХ БЮЛЛЕТЕНЕЙ** \_\_\_\_\_ НЕТ

**Председатель:**

- Спасибо. Прошу членов учёного совета утвердить протокол счетной комиссии, кто «ЗА»? (Голосуют) Есть ли воздержавшиеся? (Нет) Против? (Нет) Принято единогласно. Нам необходимо также утвердить проект заключения по диссертации. Слово предоставляется ученому секретарю.

**Ученый секретарь:** – зачитывает проект заключения Диссертационного совета Д001.015.01 по диссертации Табиной Анастасии Евгеньевны «структурно-функциональные и электрофизиологические особенности ремоделирования предсердий при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий», по специальности «кардиология» - 14.01.05.

– Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: **разработаны и внедрены** в ряд отделений Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации подходы к выявлению пациентов повышенного риска развития рецидива фибрилляции предсердий после операции радиочастотной абляции устьев легочных вен; **определена** целесообразность проведения тканевого доплеровского исследования стенок левого предсердия у больных с фибрилляцией предсердий; **представлено** уравнение, позволяющее комплексно использовать данные стандартной эхокардиографии и тканевого доплеровского исследования для более точного выявления больных с риском рецидива фибрилляции предсердий после операции радиочастотной абляции устьев легочных вен; **создана** система практических рекомендаций для ведения больных с риском рецидива фибрилляции предсердий в отдаленные сроки после операции радиочастотной абляции легочных вен. **Оценка достоверности результатов** исследования **выявила**, что: теоретические положения, изложенные в диссертации, согласуются с полученными результатами, представляющими данные о современном подходе к диагностике ремоделирования предсердий и стратификации риска развития рецидива фибрилляции предсердий в отдалённые сроки после операции радиочастотной абляции устьев легочных вен. Идея базируется на наличии изменений в структуре и функции предсердий даже при нормальных и



незначительно увеличенных размерах левого предсердия. Доказана возможность выявления структурно-функциональных нарушений в левом предсердии с помощью современных методов ультразвуковой диагностики и ЭКГ высокого разрешения. Использованы современные методы сбора и обработки информации, достаточный объем клинического материала (87 пациентов), корректно выбраны сроки наблюдения. **Личный вклад соискателя состоит** в сборе материала для диссертационной работы, самостоятельном проведении эхокардиографического тканевого доплеровского исследования, анализе ЭКГ высокого разрешения, статистической обработке материала и участии в написании основных публикаций по выполненной работе.

На заседании **17 февраля 2017 года** Диссертационный совет принял решение присудить Табичей Анастасии Евгеньевне учёную степень кандидата медицинских наук. (Прилагается)

**Председатель:**

– Кто за то, чтобы утвердить данный проект? (Голосуют) Кто против? (Нет) Кто воздержался? (Нет) Принято единогласно. Разрешите от нашего имени, от членов ученого совета, от администрации Научного центра сердечно-сосудистой хирургии, поздравить Анастасию Евгеньевну с большим достижением в жизни, успешной защитой кандидатской диссертации, и хотим пожелать вам, чтобы следующий этап, а то, как вы рассмотрели эту работу, позволяют на это рассчитывать, был не очень длинным. Всяческих вам личных и других успехов.

**Председатель заседания:**

Председатель Диссертационного совета Д 001.015.01,  
доктор медицинских наук, академик РАН



**Бокерия Л.А.**

**Ученый секретарь**

Диссертационного совета Д 001.015.01,  
доктор медицинских наук  
17 февраля 2017 года

**Газизова Д.Ш.**