

**федеральное государственное бюджетное учреждение «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)**

З А С Е Д А Н И Е
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
29.03. 2017 года, протокол № 38 /2016- 21

Повестка дня:

Защита диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
БАЙРАМОВОЙ Севды Афгановны

на тему: «Оценка эффективности превентивной криоизоляции легочных вен у пациентов с радиочастотной аблацией каво-трикуспидального перешейка», научная специальность 14.01.05 Кардиология

Научный руководитель:

д-р медицинских наук, профессор, член-корр. РАН
ПОКУШАЛОВ Евгений Анатольевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук ЗЕНИН Сергей Анатольевич;

доктор медицинских наук,
доцент кафедры хирургических болезней МИХАЙЛОВ Евгений Николаевич

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии»

Диссертация принята к защите 25.01.2017 г.

Дата размещения автореферата и объявления о защите диссертации в сети Интернет:
26.01.2017.

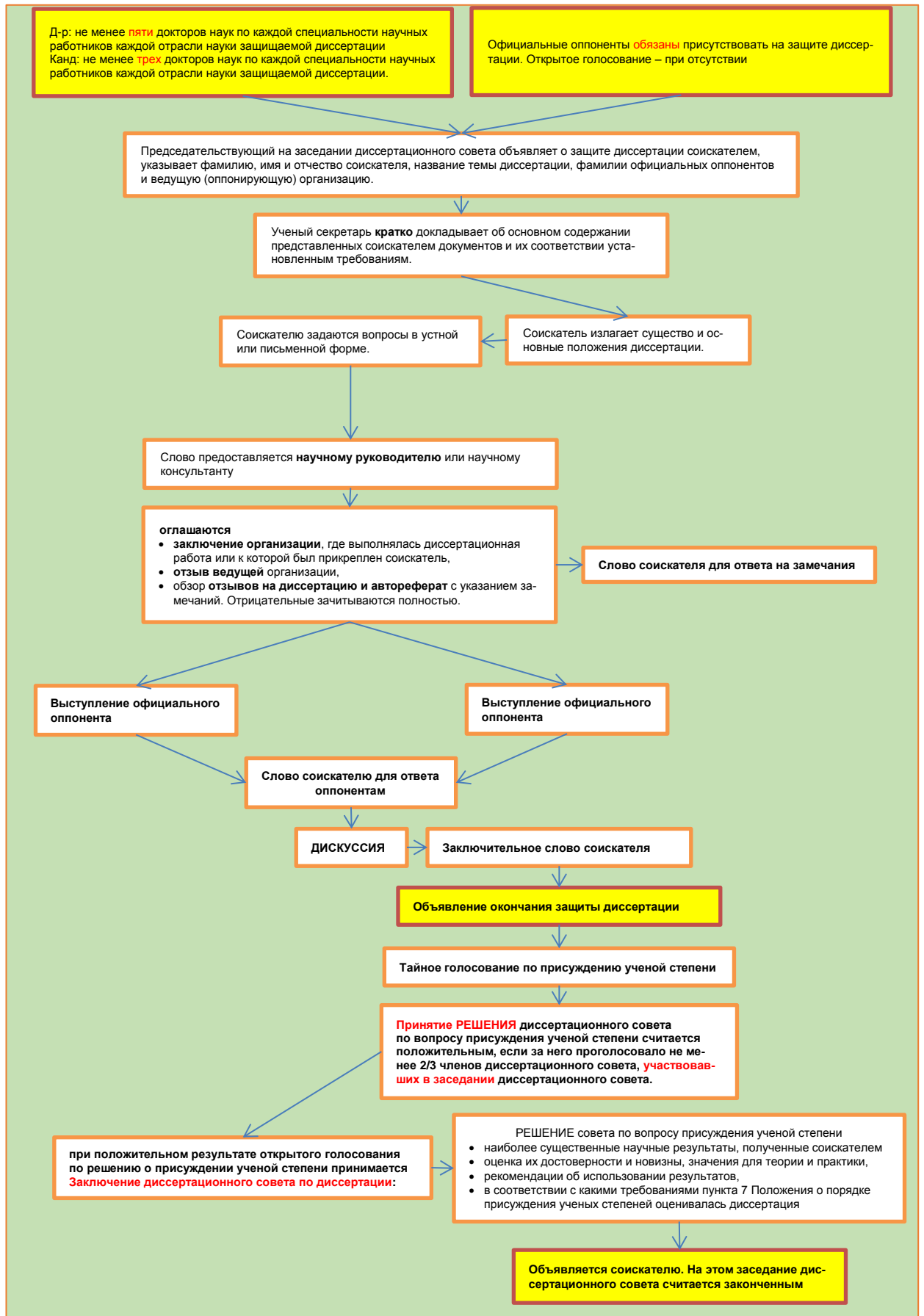


Рис. 1. Структура заседания диссертационного совета при защите диссертации

З А С Е Д А Н И Е
ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 208.063.01
29.03. 2017 года, протокол № 38 /2016- 21

По письменному распоряжению председателя Совета (приложено в аттестационное дело №2), заседание проводит заместитель председателя совета.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ – доктор мед. наук, профессор ЛОМИВОРОТОВ Владимир Владимирович

УЧЕНЬЙ СЕКРЕТАРЬ – доктор мед. наук, профессор Ленько Е.В.

На заседании диссертационного совета Д 208.063.01 присутствовали следующие члены совета:

Ломиворотов Владимир Владимирович	зам. председателя, д-р мед наук, профессор	14.01.20
Покушалов Евгений Анатольевич	зам. председателя, д-р мед наук, профессор	14.01.05
Ленько Евгений Владимирович	ученый секретарь, д-р мед наук, профессор	14.01.26
Альсов Сергей Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Богачев-Прокофьев Александр Владимирович	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Ефремов Сергей Михайлович	член совета, д-р мед наук	14.01.20
Железнев Сергей Иванович	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.05
Иванов Сергей Николаевич	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.05
Карпенко Андрей Анатольевич	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.26
Ломиворотов Владимир Николаевич	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.20
Мироненко Светлана Павловна	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.05
Нарциссова Галина Петровна	член совета, д-р мед наук	14.01.05
Непомнящих Валерий Анатольевич	член совета, д-р мед наук	14.01.20
Постнов Вадим Георгиевич	член совета, д-р мед наук, старший научный сотрудник	14.01.20
Романов Александр Борисович	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Стародубцев Владимир Борисович	член совета, д-р мед наук	14.01.26
Струнин Олег Всеволодович	член совета, д-р мед наук	14.01.20
Туров Алексей Николаевич	член совета, д-р мед наук	14.01.05

Чернявский Александр Михайлович	член совета, д-р мед наук, профессор	14.01.26
Широкова Наталия Васильевна	член совета, д-р мед наук	14.01.05

– всего членов совета: 20, в том числе 7 докторов наук по специальности 14.01.05.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Уважаемые коллеги! Согласно письменному распоряжению директора Института, право председательствовать на заседании предоставлено... (Приказ по Институту ...)

Прошу членов совета расписаться в явочном листе (члены совета расписываются в явочном листе, подсчитывается кворум). Для правомочности заседания нашего диссертационного совета кворум должен быть не менее 15,33. Из 23 членов Совета на заседании присутствуют 20 человек, в том числе 7 докторов наук по специальности 14.01.05. Кворум присутствует, наше заседание правомочно принимать решения по повестке дня.

Соискатель присутствует, официальные оппоненты дали положительные отзывы о диссертации и все присутствуют ; по уважительной причине отсутствует официальный оппонент МИХАЙЛОВ Евгений Николаевич, но с ним имеется аудиовизуальный контакт (Skype), он может интерактивно принять участие, а его отзыв, согласно требованиям процедуры, будет полностью оглашен. Выношу на голосование предложение о продолжении защиты диссертации (результаты открытого голосования: единогласно «За продолжении защиты диссертации»).

Начинаем работу Совета.

(Приглашение диссертанта занять место за трибуной, а всех участников - места в демонстрационном зале, напоминание, что во время заседания диссовета могут по требованию объявляться технические перерывы).

На повестке дня защита диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Байрамовой Севды Афгановны на тему «Оценка эффективности превентивной криоизоляции легочных вен у пациентов с радиочастотной аблацией каво-трикуспидального перешейка». Научная специальность 14.01.05 Кардиология.

Работа выполнена в Центре интервенционной кардиологии ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

Научный руководитель: д-р медицинских наук, профессор, член-корр. РАН

ПОКУШАЛОВ Евгений Анатольевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук ЗЕНИН Сергей Анатольевич, доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней МИХАЙЛОВ Евгений Николаевич

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии».

Слово для краткого сообщения об основном содержании представленных соискателем документов и их соответствии установленным требованиям предоставляется ученому секретарю.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

Документы Байрамовой Севды Афгановны поступили в Совет 27.12.2016 года. Байрамова Севда Афгановна, 1987 года рождения, Гражданка России, врач, диплом ВСГ 2662569 от 2008 года. Диссертант с 2011 года по настоящее время работает младшим научным сотрудником в Центре интервенционной кардиологии ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, а также в консультативно-диагностическом центре №2 врачом-кардиологом. Диссертация подготовлена в Центре интервенционной кардиологии

ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России - за время обучения в аспирантуре.

Во исполнение пп.2, 10, 11 приказа Минобрнауки РФ от 16 апреля 2014 г. N 326 «Порядок размещения в информационно-телекоммуникационной сети... "интернет" информации, необходимой для обеспечения порядка присуждения ученых степеней, на сайте ННИИПК размещены: полный текст диссертации (21.12.2016); скриншот объявления ВАК о защите и размещении автореферата (26.01.2017); за 10 дней до дня защиты размещены все поступившие отзывы, включая сведения об оппонентах и ведущей организации. Все документы, представленные соискателем и поступившие в ходе подготовки к защите тщательно проверены и полностью соответствуют установленным требованиям процедуры. Комиссия диссертационного совета в составе: д-р мед. наук ИВАНОВ Сергей Николаевич; Центр новых хирургических технологий; ведущий научный сотрудник (ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России); д-р мед. наук ТУРОВ Алексей Николаевич; Центр интервенционной кардиологии; ведущий научный сотрудник (ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России); д-р мед. наук ШИРОКОВА Наталия Васильевна; Центр интервенционной кардиологии; ведущий научный сотрудник (ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России) провела регламентированные экспертизы, представила в Совет свое мотивированное заключение и проект заключения Совета по рассматриваемой диссертации. Таким образом, требования процедуры предварительного рассмотрения и принятия к защите полностью соблюдены. Препятствий для проведения публичной защиты нет.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Есть ли вопросы к ученому секретарю? Нет.

Слово для изложения основных положений диссертационной работы предоставляется Байрамовой Севде Афгановне. Пожалуйста.

Байрамова С. А. -

Уважаемые председатель и члены диссертационного совета, уважаемые оппоненты и присутствующие! Разрешите представить вашему вниманию работу «Оценка эффективности превентивной криоизоляции легочных вен у пациентов с радиочастотной аблацией каво-трикуспидального перешейка» (Зачитывает доклад).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

У кого возникли ВОПРОСЫ по ДОСТОВЕРНОСТИ результатов и ОБОСНОВАННОСТИ выводов и рекомендаций, содержащихся в диссертации? Прошу задавать в устной или письменной форме.

Доктор наук Чернявский Александр Михайлович: «Скажите пожалуйста у Вас в докладе прозвучало, что 25% ложно-положительных эпизодов ФП при анализе данных с подкожного монитора REVEAL»

Байрамова С.А: «Да, ложно-детектированные эпизоды фибрилляции предсердий»

Чернявский Александр Михайлович: «А как Вы их различили, что это ложно-детектированные?»

Ответ соискателя Байрамова С.А: «Все эпизоды, которые были детектированы подкожным монитором исследовались вручную, так как к сожалению подкожный монитор не обладает 100% чувствительностью, но достаточно высокой специфичностью, то вручную мануально, специалистом осматривались и анализировались все эпизоды, то есть глазом мы анализировали каждый эпизод. В основном ложно-детектированные эпизоды обусловлены частой экстрасистолией и наличие артефактов или шумов, которые воспринимались аппаратом как различия в интервалах R-R и детектировались как ФП. Естественно такие эпизоды не входили в анализ как достоверный эпизод ФП, а они сразу же вычитывались из анализа.

Доктор наук Чернявский Александр Михайлович: «И скажите пожалуйста, Вы сказали, что у Вас каждый третий пациент идет повторную операцию аблацию устьев легочных вен, скажите на сколько Вы считаете целесообразным тем не менее делать всем подряд пациентам такую сочетанную процедуру, да она снижает частоту ФП, но насколько Вы считаете это целесообразным как врач-кардиолог?»

Байрамова С.А.: «Спасибо большое. Это действительно достаточно открытый вопрос зачем выполнять? Учитывая полученные позитивные результаты, я считаю целесообразным выполнение комбинированной процедуры, что может сэкономить во-первых время пациента и средства клиники, если пациент поступит повторно через какое-то время: через пол года, через 12 месяцев на ту же процедуру изоляции легочных вен, а также самое главное выполнение одномоментной процедуры возможно избавит пациента от достаточно высоких рисков инсульта, потому что как мы знаем после успешной процедуры аблации cavo-трикуспидального перешейка, обычно через 1 месяц отменяется антикоагулянтная терапия, однако есть очень много случаев когда пациенты возвращаются с фибрилляцией предсердий и даже с фатальными инсультами, когда на тот момент фибрилляции предсердий еще не была выявлена. Соответственно выполнение такого возможно немного радикального подхода - я думаю, что достаточно оправдан, учитывая многочисленные исследования, подтверждающие это».

Доктор наук Железнев Сергей Иванович: «Севда Афгановна, поясните пожалуйста такой момент: одним из критериев включения либо исключения из исследования у Вас была ФВ левого желудочка 35%, по суди дела это уже сниженная или низкая ФВ, само по себе низкая ФВ ЛЖ это тоже фактор развития фибрилляции предсердий и в таком случае какой процент пациентов у Вас уложился в процент от 35 до 50%»

Байрамова С.А.: «Большинство наших пациентов было с ФВ 50% и более, один пациент был с ФВ 48%, но при анализе предикторов фибрилляции предсердий, этот показатель не сыграл как повышающий частоту рецидивов, возможно, потому что у нас был малый объем выборки. И да, конечно же, низкая ФВ миокарда ЛЖ является фактором риска фибрилляции предсердий».

Доктор наук Железнев Сергей Иванович: «По сути дела у Вас таких больных не было?»

Байрамова С.А.: «Да, у нас таких больных не было»

Доктор наук Железнев Сергей Иванович: «Просто в дизайне исследования вы немного вводите сомнения этой цифрой».

Доктор наук Мироненко Светлана Павловна: «Уважаемая Севда Афгановна, скажите пожалуйста какой из вариантов аритмии: фибрилляция или трепетание предсердий более устойчив, это один вопрос. И второй вопрос: раньше в рекомендациях по лечению фибрилляции предсердий значилось, что если удастся купировать фибрилляцию предсердий, развивается трепетание предсердий, то целесообразно трепетание перевести в фибрилляцию, значит ли это что трепетание предсердий прогностически более неблагоприятное и несет более значимые риски осложнений? Спасибо»

Байрамова С.А.: «Да, Светлана Павловна Вы правы, в том, что эти две аритмии достаточно схожи и терапевтические и хирургические подходы тоже достаточно похожи, сказать о том, что одна аритмия более значимее второй, на сегодняшний день таких данных нет. Можно сказать, что для трепетания предсердий высокий риск инсульт он подтвержден в немногих исследованиях, потому что чаще всего эти две аритмии сосуществуют вместе, и в настоящий момент даже идут такие дискуссионные разговоры о том, что трепетание предсердий возможно является этапом развития фибрилляции предсердий и ранним индикатором. Поэтому я думаю, что в будущем возможно эти две аритмии будут рассматриваться как одно целое, на сегодняшний момент они разделены, и совсем немного разделены подходы к ним: трепетание предсердий лечится однозначно радикально радиочастотной абла-

цией каво-трикуспидального перешейка, фибрилляция предсердий – лечится изоляцией легочных вен, но сегодняшний момент также есть исследования, которые указывают на то, что триггер для этих аритмий, субстрат - единый. Поэтому выделить одну или вторую аритмию в более главенствующей позиции возможно было бы ошибочным».

Доктор наук Богачев-Прокофьев Александр Владимирович: «Севда Афгановна, спасибо большое, у меня два вопроса: первый вопрос – на графиках Каплан-Майера, где Вы показывали AF burden двух групп и внизу идет табличка количество пациентов, в группе пациентов с РЧА КТП на 12 месяцев почему-то очень маленькое количество пациентов (11 или 12) может это неправильно указано? При это почти полная группа пациентов находится у пациентов, которым выполнялось сочетанное вмешательство РЧА и Криоабляция легочных вен»

Байрамова С.А: «Эта табличка показывала на какой месяц были рецидивы и скольких пациентов, то есть в группе с изолированной аблацией каво-трикуспидального перешейка на 12 месячном периоде было достаточно много пациентов с ФП и они соответственно выпали как имевшие рецидив ФП, а в группе с криоизоляцией легочных вен таких пациентов было немного, и они остались на том же проценте как это было на 3-месячном периоде, поэтому их количество не изменилось на этом графике»

Доктор наук Богачев-Прокофьев Александр Владимирович: «И второй вопрос всё-таки в дополнение к сказанному Александром Михайловичем Чернявским, учитывая что это всё-таки инвазивное вмешательство – хирургия, может быть Ваш взгляд всё-таки более узкий в плане найденных факторов/предикторов фибрилляции предсердий, в частности женский пол, которые могут сподвигнуть хирурга выполняя аблацию каво-трикуспидального перешейка пойти еще на транссептальную пункцию и сделать изоляцию легочных вен или всё-таки очень это сомнительно?»

Байрамова С.А: «Так как объем выборки был малый у нас сыграли только эти два фактора, возможно, если бы объем выборки пациентов был бы больше сыграли бы и другие факторы и было бы больше предикторов, это однозначно, здесь еще имеет значение количество пациентов, которое мы включили, пациентов было немного, и имеющих артериальную гипертензию, сахарный диабет, и другие факторы риска их было тоже немного, поэтому больше сыграли эти самые распространенные факторы».

Доктор наук Туров Алексей Николаевич: «Уважаемая Севда Афгановна, у Вас в группе пациентов после изолированной аблации перешейка в 2,5 раза больше пациенты принимали антикоагулянты в сравнении с пациентами из второй группы, как это можно объяснить ? это были более тяжелые пациенты по шкале CHADS?»

Байрамова С.А: “Эти пациенты имели рецидивы фибрилляции предсердий спустя 3-месячный “blinking period” в связи с чем по современным рекомендациям если они имеют 2 балла и более по шкале CHADSVasc2 они получали антикоагулянтную терапию дополнительно”

Доктор наук Горбатов Юрий Николаевич: «Севда Афгановна, скажите, пожалуйста, учитывая то, что у Вас не было практически пациентов с фракцией выброса 35%, почему Вы взяли именно этот критерий, 35%, а не скажем там какое-то другое значение ФВ? Это первый вопрос. И второй вопрос: я может быть пропустил и не совсем понял, вот у Вас практически все пациенты с комбинированной процедурой не имели возврата аритмии, я правильно Вас понял?»

Байрамова С.А: «Они имели возврат аритмии в течение первых трех месяцев».

Доктор наук Горбатов Юрий Николаевич: «В течение 3 месяцев, и именно поэтому они продолжали получать антиаритмическую и антикоагулянтную терапию?»

Байрамова С.А: «Да, возможно Вы не до конца поняли, в течение первых 3 месяцев у этих пациентов появился первый эпизод фибрилляции предсердий и этот процент составлял 4%, в дальнейшем к концу периода наблюдения к 12 месячному периоду этот процент не нарастал, то есть он оставался на прежнем уровне».

Доктор наук Горбатов Юрий Николаевич: «Но тем не менее вот эти 4 % имели нарушения ритма и эти больные поэтому и продолжали получать антиаритмическую и антикоагулянтную терапию, теперь всё понятно. Тогда на первый вопрос будьте добры ответьте пожалуйста».

Байрамова С.А: «Фракция выброса 35% - такой уровень принят по всем международным рекомендациям в проведении клинических исследований для пограничного метода отбора пациентов, потому что ниже 35% это однозначно ясно, что есть структурная патология сердца и необратимые изменения, и таким пациентам возможно нужен другой подход. Поэтому мы и включили 35%, опираясь на современные исследования, которые проведены в этой области».

Доктор наук Горбатов Юрий Николаевич: «Но тем не менее есть публикации, которые говорят о том, что ФВ 35% является предиктором для развития фибрилляции предсердий».

Байрамова С.А: «Да, совершенно верно».

Доктор наук Горбатов Юрий Николаевич: «То есть возможно вот этот lack интервал между нормальной фракцией выброса и фракцией выброса 35% и является предиктором того, что достаточно большая часть пациентов с трепетанием предсердий уходила в группу с фибрилляцией предсердий».

С.А: «Да, но для этого необходимы исследования, которые бы это подтвердили. У нас таких пациентов не было, и мы в этой работе этот показатель не изучали, но в принципе это вопрос, который еще подлежит изучению».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово о диссертации и диссертанте предоставляется научному руководителю.

– д-р медицинских наук, профессор, член-корр. РАН

ПОКУШАЛОВ Евгений Анатольевич оглашает отзыв, прилагаемый к стенографическому отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Ученому секретарю предоставляется слово для зачитания заключения организации, где была выполнена работа.

УЧЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ -

В аттестационном деле имеется Заключение, составленное в Центре интервенционной кардиологии ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, где была выполнена работа, утвержденное руководителем организации. В указанном Заключении отражены: личное участие автора в получении результатов, изложенных в диссертации, степень достоверности результатов проведенных исследований, их новизна и практическая значимость, ценность научных работ соискателя, специальность, которой соответствует диссертация, полнота изложения материалов диссертации в работах, опубликованных соискателем (зачитывается заключение). Организация, где была выполнена работа, проведя предварительную экспертизу диссертации, свидетельствует, что диссертационная работа соответствует установленным требованиям.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Ведущая организация - Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии»,- прислала положительный отзыв (зачитывается отзыв ведущей организации).

Слово для ответа предоставляется Байрамовой Севде Афгановне.

Байрамова С. А. -

Я согласна с замечаниями по тексту диссертации, указанными в отзыве ведущей организации.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет первый официальный оппонент - доктор медицинских наук ЗЕНИН Сергей Анатольевич.

доктор медицинских наук ЗЕНИН Сергей Анатольевич оглашает отзыв, прилагаемый к отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Байрамовой Севде Афгановне.

Байрамова С. А. -

Я хотела бы выразить благодарность за внимание уважаемого официального оппонента к моей работе, указанные погрешности, имеющиеся в тексте диссертации, постараюсь учесть в дальнейшей работе.

Вопросы официального оппонента д.м.н. Зенина С.А.: «Работа, мне кажется, уникальна, она смелая, она прорывная, она дерзкая, мне кажется, что за много лет впервые мы обсуждаем превентивные операции в кардиологии, такого раньше не звучало и здесь соискатель решила исследовать эту проблему и это безусловно привлекает к работе повышенный интерес, работ подобных нет, и этим и обусловлена безусловная научная новизна, которая как мне кажется в данной ситуации никакому обсуждению не подлежит дальнейшему. Подобных работ не было, по крайней мере мне не попадалось. Хочу подчеркнуть качество написания работы, я не первый раз в этом зале, спасибо что меня приглашаете, работа написана с моей точки зрения идеально, стилистически нет никаких ошибок, всё убедительно, четко, ясно, так что я думаю, что многим начинающим специалистам можно брать пример с Севды Афгановны как надо готовить работу к защите. Касательно замечаний: два небольших замечания: 1) рекомендация №2 практически дублирует вывод №4, немножечко изменены слова, но абсолютно тоже самое, не понимаю почему так получилось 2) следующий момент – Севда Афгановна доложила, что операция радиочастотная абляция кавотрикуспидального перешейка является предиктором развития фибрилляции предсердий, здесь я позволю себе не согласиться – предиктором развития фибрилляции предсердий является трепетание, то есть сама аритмия, а не попытка устранить ее. Мы знаем, что у многих пациентов, у которых есть и трепетание, и фибрилляция, и если убрать трепетание, то существенно легче становится и фибрилляции тоже, иногда она уходит полностью. Соответственно предиктором надо считать всё-таки не операцию, не попытку оказать человеку помощь, а наличие аритмии в виде трепетания предсердий. И третий момент, на который обратил внимание Александр Михайлович Чернявский, я не согласен с рекомендацией №1, где написано, что всем пациентам, у которых есть трепетание предсердий надо делать криобаллонную изоляцию легочных вен. Почему? Потому что Вам повезло у Вас не было осложнений, осложнения у этой процедуры бывают как мы всем это знаем, попытка изолировать легочные вены существенно удлиняет процедуру, увеличивает риск, увеличивает стоимость этой процедуры и опять же Ваши результаты противоречат рекомендации №1: Вы говорите, что трети пациентов, которым делалась абляция кавотрикуспидального перешейка в дальнейшем требовалась изоляция легочных вен. Соответственно, я понимаю, что это молодой кардиолог, и предлагаю, что эту рекомендацию воспринимать следующим образом: когда мы берем пациента в операционную с трепетанием предсердий, надо взвесить все риски развития у него в последующем фибрилляции и иметь ввиду, что может быть какой-то части из этих пациентов выполнять криобаллонную изоляцию легочных вен. Это всё относительно замечаний.

В целом еще раз повторюсь, что работа уникальна, работа хороша, и я считаю, что автор заслуживает искомого звания.

Ответ соискателя: «Спасибо большое, Сергей Анатольевич за положительный отзыв. Приступая к ответам на Ваши вопросы: первый вопрос, касающейся того, почему в нашей работе указано именно выполнение самой процедуры радиочастотной абляции кавотрикуспидального перешейка? Да Вы правы, что предиктор не сама процедура, а предиктор тре-

петание предсердий, в данном случае чтобы статистически посчитать и как-то озвучить результаты, потому что обе группы имели трепетание предсердий, типичное, но отличались они тем, что одной группе выполнялась радиочастотная абляция кавотрикуспидального перешейка - второй группе добавлялась криоизоляция легочных вен. То есть это был показатель для статистики, который вышел в выводы как выполнение процедуры абляции перешейка, только для того чтобы статически было показано отличие двух групп, потому что обе группы имели одинаковое трепетание предсердий. Да, действительно именно трепетание является предиктором, а не самая процедура абляции трепетания.

Второй вопрос, касающийся вывода 4, который пересекается с практической рекомендацией №2. Вывод 4 гласит о том, что в результаты работы мы выявили предикторы, такие как женский пол и выполнение радиочастотной абляции КТП и это было получено по результатам исследования, что позволило нам вынести этот вывод в практическую рекомендацию №4, которая звучит данным образом, что при определении группы риска развития фибрилляции предсердий в будущем нужно обратить внимание на выполнение изолированной абляции каво-трикуспидального перешейка и женский пол. Я думаю, что здесь это последствие, выходящее из результата., и это было выставлено в практические рекомендации.

И вопрос номер 3, касающийся целесообразности выполнения криоизоляции легочных вен: как было уже сказано, данное исследование, оно не зов к общим международным рекомендациям, это результаты данного исследования, пилотного исследования, первого исследования, по результатам которого мы не получили осложнений. Да, действительно осложнения могут быть, в нашей группе их не было, по нашим данным результаты были позитивные и положительные, что позволило мне вывести эту рекомендации на первый план.

Официальный оппонент Зенин С.А: «Спасибо большое за ответы. Касательно последнего момента, просто нужно было менее категорично это сформулировать.»

Байрамова С.А: «Возможно, «рассмотреть вопрос о выполнении криоизоляции легочных вен» звучало бы не так диссонансно».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово имеет ученый секретарь для оглашения отзыва, который представил второй официальный оппонент, доцент кафедры хирургических болезней МИХАЙЛОВ Евгений Николаевич

– д-р наук, доцент кафедры хирургических болезней МИХАЙЛОВ Евгений Николаевич оглашает отзыв, прилагаемый к отчету.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Слово для ответа предоставляется Байрамовой Севде Афгановне.

Байрамова С. А. -

Прежде всего, позвольте выразить благодарность уважаемому официальному оппоненту за внимание к моей работе и доброжелательное отношение к ней.

Вопросы официального оппонента д.м.н., Михайлова Е.Н:

1) В выводах работы сформулировано, что «превентивная криоизоляция легочных вен» является безопасной процедурой». К настоящему времени в ряде работ показано, что криоабляция может быть ассоциирована с редкими, но крайне тяжелыми осложнениями, например формирование предсердно-пищеводного свища. Возможно, что в данном исследовании не наблюдалось серьезных осложнений ввиду ограниченного объема выборки. При этом в работе показано, что ФП развивается не у всех пациентов с анамнезом типичного трепетания предсердий, а также соискателем выявлены предикторы развития фибрилляции предсердий. Не является ли целесообразным проведение превентивной криоизоляции легочных вен в подгруппе пациентов с риском развития фибрилляции предсердий?

2) Поскольку возникновение эпизодов ФП после проведения абляции каво-трикуспидального истмуса диагностировалось с помощью имплантируемых устройств – мониторов ЭКГ, а заключение об отсутствии ФП до абляции проводилось на основании других ЭКГ данных и клинической характеристики, насколько достоверным является указание на развитие ФП у пациентов именно в периоде наблюдения после абляции типичного трепетания предсердий?

Ответы соискателя Байрамова С.А: 1) Отвечая на первый вопрос по поводу осложнений криоизоляции легочных вен, да, действительно такое осложнение как формирование предсердно-пищеводного свища описано и при радиочастотной абляции, оно является достаточно редким и развивается в менее чем 0.05% случаев, а при криоизоляции легочных вен такое осложнение встречается еще реже – меньше чем 1 случай на 10 000 операций, и в нашем исследовании к счастью мы с этим не столкнулись. Да, действительно мы изучали предикторы фибрилляции предсердий, и вопрос стоит о том, что возможно целесообразно выполнение криоизоляции у больных с уже известными предикторами, я думаю что в будущем исследования, которые будут проводиться большие рандомизированные, для подтверждения нашей гипотезы действительно ответят на этот вопрос. В нашем исследовании работало всего лишь два предиктора, и поэтому говорить о том, что выполнять процедуру нужно только женщинам и только всем больным с радиочастотной абляцией кавотрикуспидального перешейка – наверное я бы тоже так сто-процентно не сказала. Я думаю, что в подтверждении этой гипотезы нужны дополнительные исследования.

2) И второй вопрос касался того, что как мы оценивали фибрилляцию предсердий до процедуры абляции и после процедуры. Действительно, до процедуры абляции мы не имплантировали ни одному пациенту подкожного монитора, наличие фибрилляции предсердий оценивалось только с помощью изучения архива ЭКГ больных и действительно это могло послужить тем, что мы могли пропустить некоторые эпизоды фибрилляции предсердий, но другого метода достоверно оценить наличие ФП на тот момент не было. После операции мы уже оценивали рецидивы ФП на основании подкожного монитора. На сегодняшний день согласно международным рекомендациям оценка рецидива ФП не проводится с помощью имплантированного монитора, однако подкожные мониторы доказали свою высокую чувствительность и специфичность, в частности в исследовании ХРЕСТ, где они сравнивались с холтеровским мониторингом ЭКГ и показали высокую чувствительность в детекции ФП, поэтому международным сообществом принято считать данный вид регистрации ЭКГ и подтверждения рецидива ФП оправданным.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Переходим к научной дискуссии О СПОРНЫХ ВЫВОДАХ И РЕКОМЕНДАЦИЯХ, которая, согласно требованиям должна быть посвящена «анализу их достоверности и обоснованности». Проведем дискуссию в обстановке требовательности и принципиальности, но соблюдения научной этики. Кто из членов совета или из присутствующих в зале хотел бы выразить свое мнение по поводу ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОБОСНОВАННОСТИ ВЫВОДОВ / РЕКОМЕНДАЦИЙ, содержащихся в диссертации?

Евгений Анатольевич Покушалов, доктор наук, чл.-корр. РАН: на самом деле, я бы хотел добавить ко всему вышесказанному, о том, что трепетание предсердий само по себе является риском развития фибрилляции предсердий, вот тот блок первый – первое исследование, мы сделали его для того, чтобы показать, потому что нет данных в мировой литературе сколько на самом деле процент ФП у этой категории больных на основании подкожных мониторов бывает, и это тоже в какой-то степени новизна, и для того чтобы работу логически продолжать нам нужно было сначала сделать этот первый блок. Теперь смотрите, у 30% возникает фибрилляция предсердий, мы не можем предсказать у кого она

возникнет, но у 30% возникнет. Фибрилляция предсердий возникла, соответственно у таких пациентов с CHADSVASc более 2 балла в течение первого года у 5% возникнет инсульт, соответственно в том числе и смертельные осложнения будут. Получается так что если мы не можем понять у кого возникнет фибрилляция у кого не возникнет, и наверное здесь я думаю в практических рекомендациях это можно было бы прописать наверное целесообразно выполнение дополнительной криоизоляции легочных вен у пациентов с CHADSVASc 2 балла и больше. Потому что на самом деле этот критерий является очень важным, поэтому вот для того чтобы убрать пациента из-под риска возникновения инсульта, наверное эта процедура имеет смысл быть. Поэтому понятно, что здесь необходимо многоцентровое исследование на большой категории пациентов. Да могут быть возражения, что давайте мы их на антикоагулянтах оставим и всё, но проблема в том что сами антикоагулянты являются грозными риском осложнений, и там процент осложнений тоже высокий, они вырастают до 25%, поэтому понимаете инструментальный инвазивный метод профилактики Вы знаете, на самом деле, он может быть, то есть это объективно, для того чтобы это доказать это нужно большое исследование, которое просто сравнит эти методики, и в большом многоцентровом исследовании надо брать пациентов с CHADSVASc 2 балла и больше, и это тоже должно быть критерием включения, но это так сказать следующий этап.

Ломиворотов Владимир Владимирович, доктор наук: Ваша идея о многоцентровом исследовании находит поддержку единомышленников?

Евгений Анатольевич Покушалов: Многоцентровое исследование требует участия каких-то компаний в виде спонсорской поддержки, это компания Медроник, после этого исследования можно с ними уже начинать разговаривать, потому что здесь мы использовали Криобаллон – уникальный продукт компании Медтроник, и криоблация априори считается более безопасной, чем радиочастотная. Если такое исследование будет – конечно мы будем принимать в нем исследование.

Романов Александр Борисович, доктор наук: Я бы хотел буквально два слова сказать и остановиться на трех моментах: первое - это о чем уже сегодня говорилось, и я бы хотел это подчеркнуть это то, что это исследование впервые направлено на профилактику, сейчас очень много в медицине в целом и в сердечно-сосудистой хирургии исследований будет направлено на профилактику какого-либо заболевания. Да, разумеется, есть свои плюсы и минусы, можно говорить об осложнениях, хотя осложнения после катетерной аблации фибрилляции предсердий по мировой статистике не превышает более 3%, а если говорить о каких-то жизнеугрожающих осложнениях, то десятые или сотые доли процента.

Второй момент, о я хотел сказать это то, что сейчас уже по данному исследованию у нас получены уже 3-летние результаты, и всё то, что мы продемонстрировали сейчас - соответственно подтверждено, и эти данные будут изложены на крупнейших конгрессах в ближайшее время, я не буду сейчас раскрывать их содержания, но тем не менее, та гипотеза которая была, она собственно говоря и подтверждается.

И третий момент о котором я бы хотел сказать, и то о чем сейчас Евгений Анатольевич говорил, на самом деле сейчас нашими зарубежными коллегами подан грант на основе дизайна этого исследования в Институт сердца, и исследование будет включать порядка 500 пациентов и конечные точки здесь уже будут клинические, то есть дизайн будет примерно точно такой же, но точки клинически - это соответственно все исходы и события, и я думаю что, если этот грант будет выдан, то мы уже на огромной популяции больных получим ответы на те вопросы, которые были заданы здесь.

Богачев-Прокофьев Александр Владимирович, доктор наук: ну и два слова я хотел быть добавить: учитывая, что дискуссия развернулась по поводу того каким пациентам это делать? Может быть можно было бы, чтоб так директивно не звучали практические рекомендации, всё-таки может быть добавить, что процедура должна выполняться в усло-

виях опытного центра. Мы прекрасно знаем, что где выполняется 1500 катетерных аблаций в год - 1% осложнений той же транссептальной пункции, там, где имеется 100 операций таких в год - процент совершенно другой. Понятно, что такое заключение будет после многоцентрового исследования, но для того чтобы не было директивно в практических рекомендациях, можно было добавить такую фразу.

Мироненко Светлана Павловна, доктор наук: мне хочется поддержать работу, она посвящена важной проблеме. Дело в том, что в последние десятилетия внимание исследователей сфокусировано на фибрилляции предсердий и работ по подходам к лечению трепетания предсердий не так много. При едином электрофизиологическом субстрате до сих пор не до конца понятны взаимоотношения между этими формами нарушениями ритма – что первично, что вторично? В рамках выполненного исследования автор предлагает метод, который позволяет оптимизировать и предотвращать развитие нарушений ритма у пациентам, которые уже подвергались устранению трепетания предсердий и она научно обосновала эффективность этого подхода и что очень важно на отдаленном результате. Я считаю, что работа соответствует всем требованиям ВАК. И если позволите несколько слов мне хочется сказать о докторе, мы работаем на одной площадке, в консультативном центре, и не редко пациенты с нарушениями ритма первично обращаются к кардиологу и конечно же нам без помощи аритмологов не обойтись, и очень приятно когда положительно отзываются пациенты о работе Севды Афгановны, благодарят за помощь, и нас восхищает высокая профессиональная эрудиция и удивительное увлечение своей профессией. Я считаю, что она заслуживает искомой степени. Спасибо.

Ломиворотов Владимир Владимирович, доктор наук: Если больше желающих выступить нет, то я бы тоже хотел поддержать эту работу – выполнена она на достаточно высоком научно- методическом уровне, очень ясно всё доложено, всё написано и ну и соответственно, как Евгений Анатольевич говорит это только первый этап, и на основании данной работы нельзя сказать надо делать, или нет, здесь естественно вопрос о дальнейших многоцентровых исследованиях. Но здесь уже вопрос на сколько это можно осуществить, подбор пациентов, и здесь Александр Владимирович правильно подметил, что если опыта в центрах мало или его нету, то и количество осложнений там будет выше и это может свести результаты большого исследования на нет, и факторы не будут учтены.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ –

Если больше нет желающих выразить свое мнение по существу дискуссии, диссертанту предоставляю заключительное слово.

Байрамова С. А.

Разрешите выразить слова искренней признательности членам диссертационного совета, председателю совета за проводимую государственную аттестацию моей диссертации, за доброжелательное отношение и создание всех условий. Я также хотел бы поблагодарить моих уважаемых официальных оппонентов и ведущую организацию за внимание к моей работе и высказанные замечания и выразить глубокую благодарность моему научному руководителю за помощь и поддержку в работе, а также моему коллективу, в котором диссертация была подготовлена, и всем присутствующим в этом зале. Спасибо.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ -

Объявляю окончание защиты диссертации. Переходим к процедуре выработки РЕШЕНИЯ диссертационного совета по вопросу присуждения ученой степени путем тайного голосования, для проведения которого предлагается счетная комиссия в следующем составе:

д-р мед. наук Нарциссова Г.П., д-р мед. наук Широкова Н.В., д-р мед. наук, профессор Железнев С.И.

Кто за то, чтобы избрать счетную комиссию в названном составе? (Голосование). Кто против? – Нет. Кто воздержался? – Нет. Счетная комиссия избрана единогласно. Счетной комиссии приступить к работе. Обсудим проект ЗАКЛЮЧЕНИЯ по диссертации, которое, в случае положительного РЕШЕНИЯ примем открытым голосованием простым большинством голосов членов диссовета.

Напоминаю комиссии, что кворум - не менее 15,33 и что члены совета, опоздавшие к началу защиты диссертации, ушедшие до ее окончания или временно отсутствовавшие на заседании диссертационного совета, кроме времени объявленного перерыва, в определении кворума не учитываются и в тайном голосовании не участвуют!

(Ученый секретарь диссертационного совета готовит бланки бюллетеня. Счетная комиссия осматривает и опечатывает урну для тайного голосования. Получение бюллетеней экспертами совета под роспись, проведение тайного голосования. Члены счетной комиссии в присутствии членов диссертационного совета вскрывают урну для тайного голосования, подсчитывают бюллетени и составляют по итогам голосования протокол счетной комиссии. Не розданные бюллетени остаются у счетной комиссии с соответствующей пометкой, сделанной ими ДО НАЧАЛА ПОДСЧЕТА ГОЛОСОВ. Опечатывание бюллетеней в конверт и передача ученому секретарю).

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ (председателю счетной комиссии): Во время оглашения результатов тайного голосования прошу Вас проинформировать совет о присутствии кворума на этапе тайного голосования - по числу розданных бюллетеней.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ - Слово для оглашения результатов тайного голосования имеет председатель счетной комиссии д-р мед. наук Нарциссова Г.П.

Председатель счетной комиссии д-р мед. наук Нарциссова Г.П. - (Оглашает протокол заседания счетной комиссии): Состав диссертационного совета Д 208.063.01 на данное заседание утвержден в количестве 23 экспертов. Присутствовало на заседании 20 членов совета, в том числе 7 докторов наук по специальности 14.01.05.

Количество подготовленных к защите бюллетеней 23. Роздано бюллетеней 20. Количество нерозданных бюллетеней 3. Все присутствовавшие члены совета приняли участие в тайном голосовании. В урне оказалось бюллетеней 20.

Результаты тайного голосования: за присуждение Байрамовой Севде Афгановне ученой степени кандидата медицинских наук подано голосов: ЗА – 20, ПРОТИВ – 0, НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫХ бюллетеней – 0. Прошу утвердить протокол.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ – Есть ли вопросы к председателю счетной комиссии? – Нет. Выявлены ли какие либо нарушения процедуры защиты диссертации, в тайном голосовании или в работе счетной комиссии? – Нет. Есть предложение. Кто за то, чтобы открытым голосованием утвердить протокол счетной комиссии, прошу проголосовать. (Голосование) Кто против? – Нет. Кто воздержался? – Нет. Протокол счетной комиссии утверждается единогласно. Кворум для правомочности вынесения Решения на нашем заседании - 15,33. Итак, на основании результатов тайного голосования членов диссертационного совета (за – 20; против – 0; недействительных бюллетеней – 0) и на основании открытого голосования по вопросу утверждению протокола счетной комиссии (за – 20; против – нет; воздержавшихся – нет) считать, что диссертационная работа Байрамовой Севды Афгановны «Оценка эффективности превентивной криоизоляции легочных вен у пациентов с радиочастотной аблацией каво-трикуспидального перешейка» соответствует нормативным требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата мед. наук, и присудить Байрамовой Севде Афгановне ученою степень кандидата медицинских наук по специальности 14.01.05 Кардиология.

Принято положительное Решение о присуждении ученой степени. Какие будут замечания, дополнения по проекту Заключения диссертационного совета по диссертации? Нет замечаний.

Кто за то, чтобы принять Заключение? (Голосование). Кто против? – Нет. Кто воздержался? - Нет. Принимается единогласно.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ! Диссертационный совет провел государственную экспертизу диссертационной работы и решил присудить Байрамовой Севде Афгановне ученую степень кандидата медицинских наук по специальности 14.01.05 Кардиология. Ученая степень кандидата наук присуждается решением нашего Совета по результатам публичной защиты диссертации соискателем, имеющим высшее профессиональное образование. Решение о присуждении ученой степени кандидата наук является основанием для выдачи диплома кандидата наук и вступает в силу со дня принятия Министерством образования и науки Российской Федерации решения о выдаче диплома. Поздравляю с успешной защитой!

Секретарю: в течение 10 дней со дня заседания диссовета, pdf-файл Заключения диссовета по диссертации разместить на сайте Института. Копию выдать Соискателю в течение 1 месяца со дня защиты. На этом заседании диссертационного совета объявляю закрытым.

решение диссертационного совета от 29.03. 2017 № 21

О присуждении БАЙРАМОВОЙ Севде Афгановне, гражданке России, ученой степени кандидата медицинских наук

Диссертация «Оценка эффективности превентивной криоизоляции легочных вен у пациентов с радиочастотной аблацией каво-трикуспидального перешейка» по специальности 14.01.05 Кардиология принята к защите 25.01.2017 г, диссертационным советом Д 208.063.01 на базе ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России (630055, Новосибирск, ул. Речкуновская, 15).

Совет Д 208.063.01 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук по следующим специальностям научных работников: 14.01.26 - Сердечно-сосудистая хирургия (медицинские науки); 14.01.20 - Анестезиология и реаниматология (медицинские науки); 14.01.05 - Кардиология (медицинские науки) создан приказом Минобрнауки России от 16 декабря 2013 г. № 974/нк.

Количество членов Совета по приказу - 23.

Соискатель БАЙРАМОВА Севда Афгановна, 1987 года рождения. В 2008 году окончила Новосибирский государственный медицинский университет, выдавший диплом о высшем образовании. Работает в ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России в Центре интервенционной кардиологии, младшим научным сотрудником, а также в консультативно-диагностическом центре №2, врачом-кардиологом. Диссертация выполнена в Центре интервенционной кардиологии ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

Научный руководитель - д-р медицинских наук, профессор, член-корр. РАН

ПОКУШАЛОВ Евгений Анатольевич, работает в ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, заместитель директора по научно-экспериментальной работе; руководитель Центра Интервенционной кардиологии.

Официальные оппоненты:

ЗЕНИН Сергей Анатольевич, доктор медицинских наук, гражданин России, основное место работы: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер, руководитель Новосибирского областного центра хирургической и интервенционной аритмологии ГБУЗ НСО НОККД;

МИХАЙЛОВ Евгений Николаевич, гражданин России, основное место работы: федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий НИЛ нейромодуляции, доцент кафедры хирургических болезней,- дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация: ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии», город Томск, в своем положительном заключении, подписанном доктором мед. наук, профессором, академиком РАН, ПОПОВЫМ Сергеем Валентиновичем (руководитель отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр» Российской академии наук; «Научно-исследовательского института кардиологии»), - указала, что суть полученных новых знаний заключена в следующем. В настоящее время наряду с радиочастотной аблацией активно используется криобаллонная изоляция легочных вен (ЛВ). Определение оптимального подхода инвазивного лечения у таких пациентов является достаточно сложной проблемой ввиду отсутствия четких рекомендаций. Диссертационная работа Байрамовой С. А. посвящена оценке эффективности профилактической криоизоляции устьев ЛВ у пациентов с ТП, оценке частоты ФП в долгосрочном периоде после операции РЧА КТП, выявлению предикторов ФП у пациентов с ТП, что бесспорно является актуальной задачей современной кардиологии. Значимость для медицинской науки и практического здравоохранения несомненна: в результате исследования определен подход для лечения пациентов с ТП и высоким риском возникновения ФП. Исследование показало, что превентивная изоляция ЛВ одновременно с аблацией КТП может снизить вероятность развития ФП в послеоперационном периоде. Выявлена группа риска среди пациентов, подвергшихся РЧА КТП. Оценен риск развития тромбоэмболии и разработан режим оптимальной антикоагулянтной терапии. Изучена частота развития ФП у пациентов с типичным ТП в отдаленном периоде после катетерных вмешательств посредством анализа данных аппарата длительного подкожного мониторинга ЭКГ. Выявлены предикторы развития ФП. Диссертационная работа является первым рандомизированным клиническим исследованием, изучающим предотвращение развития ФП использованием криоизоляции ЛВ у больных после РЧА КТП. Высокий уровень работы обусловлен в первую очередь значимым количеством, выполненными высокотехнологичными и дорогостоящими оперативными вмешательствами, современными подходами к статистическому анализу. Замечаний нет. Показано преимущество метода превентивной криоизоляции ЛВ с РЧА КТП. Полученные результаты определяют целесообразность применения криоизоляции ЛВ при выполнении РЧА КТП.

Соискатель имеет 21 опубликованную работу, из них по теме диссертации опубликовано 5 научных работ общим объемом 12,25 печатных листов, в том числе 5 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций, а также 10 работ в зарубежных научных изданиях. Соискателем опубликованы 8 работ в материалах всероссийских и международных конференций и симпозиумов. Краткая характеристика научных работ: научных статей в соавторстве 16, единолично 2. За рубежом издано 9 научных работ. Опубликованные работы в достаточной мере отражают основные научные результаты, полученные автором. Авторский вклад в работах, написанных в соавторстве, по отношению к объему научного издания оценен "в равных долях", по числу соавторов.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Д. Стейнберг, А. Романов, Д. Муссат, М. Премингер, С. БАЙРАМОВА, С. Артеменко, В. Шабанов, Д. Лосик, А. Караськов, Р. Шоу, Е. Покушалов. Превентивная изоляция легочных вен у пациентов с аблацией кавотрикуспидального перешейка. Исследование PreVenT AF I. // Патология кровообращения и кардиохирургия (2015) Т.19. №2. С. 93-101.

2. С.А. БАЙРАМОВА, А.Б. Романов, С.Миттель, Д. Муссат, Д.Стейнберг, Е.А. Покушалов. Длительный ЭКГ мониторинг имплантируемыми петлевыми регистраторами для выявления фибрилляции предсердий после аблации кавотрикуспидального перешейка у пациентов с трепетанием предсердий. // Патология кровообращения и кардиохирургия (2015) Т.19. №3. С. 100-109.

Выбор официальных оппонентов и ведущей организации обосновывается компетентностью в рассматриваемых научных вопросах и подтверждается известным научным вкладом в сфере исследования: С.А.ЗЕНИН, А.В. Федосеенко, О.В. Кононенко, О.В. Пятаева. Особенности проведения кардиоверсии при трепетании и фибрилляции предсердий в эру новых антикоагулянтов: взгляд практического кардиолога // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2014; 10(4);

Д.С. Лебедев, Е.Н. МИХАЙЛОВ, Т.Н. Новикова, Б.А. Татарский, Ю.В. Шубик, С.М. Яшин. Соглашение экспертов Санкт-Петербургского отделения Всероссийского научного общества аритмологов по периоперационной антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий, направленных на катетерное лечение нарушений ритма сердца или имплантацию антиаритмических устройств.// Вестник аритмологии.86. 2016.70-75.;

Р.Е. Баталов, С.В. ПОПОВ, Ю.В. Егай. Лечение фибрилляции предсердий // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). 2011. Т. 26. №4-1

Б.А. Татарский, Р.Е. Баталов, С.В. ПОПОВ. Фибрилляция предсердий: патофизиологические подходы к выбору антиаритмической терапии – Томск: STT, 2013 – 484 с

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: *доказана* перспективность использования новых идей в науке, в практике.

Отличительные особенности полученного соискателем нового научного результата (новых знаний), в сравнении с существующими подходами, заключаются в следующем. Впервые изучена профилактическая эффективность криоизоляции устьев лёгочных вен у пациентов с трепетанием предсердий. Впервые оценена частота фибрилляции предсердий в долгосрочном периоде после операции радиочастотной аблации кавотрикуспидального перешейка посредством оценки данных непрерывного мониторинга ЭКГ. Впервые оценено время нахождения в состоянии ФП у пациентов с типичным трепетанием предсердий, которым выполнялась РЧА КТП. Выявлены предикторы фибрилляции предсердий у пациентов с трепетанием предсердий.

Научные результаты соискателя отличаются от результатов, опубликованных другими авторами. В отличие от других работ данная работа является первым рандомизированным клиническим исследованием, направленным на предотвращение развития ФП с использованием криоизоляции ЛВ у больных с радиочастотной аблацией КТП. В отличие от работ Navarette (2011) в результате настоящего исследования впервые показано, что превентивная криоизоляция легочных вен совместно с аблацией КТП снижает потребность в последующей повторной процедуре аблации по ИЛВ, а также потребность в антиаритмической терапии. В отличие от других работ (Navarette 2011, Ellis 2007, Mohanty 2013) в данном исследовании впервые при помощи устройства непрерывного мониторинга ЭКГ продемонстрировано, что пациенты, которым выполнялась лишь изолированная РЧА КТП, имели достоверно больший процент времени пребывания в состоянии ФП в сравнении с пациентами, которым выполнялась дополнительно криоизоляция ЛВ.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что проведена модернизация существующих алгоритмов, обеспечивающих получение новых результатов по теме диссертации. В результате данного исследования определен подход для лечения пациентов с трепетанием предсердий и высоким риском возникновения ФП. Впервые доказана клиническая эффективность и безопасность превентивной криоизоляции ЛВ у пациентов с изолированным типичным трепетанием предсердий. С помощью выявленных предикторов

возможно определение группы риска пациентов, которым необходимо выполнение превентивной криоизоляции легочных вен. Использование устройства непрерывного мониторинга ЭКГ у больных с типичным трепетанием предсердий и радиочастотной аблацией кавотрикуспидального перешейка дает возможность более объективно оценить частоту и процент возникновения ФП независимо от наличия или отсутствия симптомов, что делает предпочтительной имплантацию данного устройства у этой категории больных.

Наиболее ценными признаны следующие выводы. Добавление превентивной криоизоляции легочных вен к аблации кавотрикуспидального перешейка на 40% снижает частоту возникновения фибрилляции предсердий у пациентов с трепетанием предсердий (52 % против 12 %, $p = 0.005$).

У пациентов в группе изолированной аблации кавотрикуспидального перешейка потребность в антиаритмических препаратах превышала таковую в группе пациентов с добавлением криоизоляции легочных вен на 32%.

Превентивная криоизоляция легочных вен является безопасной процедурой, сопоставимой по количеству осложнений с группой РЧА КТП.

Наиболее ценными (полезными) практическими рекомендациями из тех, что приводятся в диссертации, признаны следующие.

Пациентам с трепетанием предсердий, которым выполняется радиочастотная аблация кавотрикуспидального перешейка, целесообразно выполнение криоизоляции легочных вен. При определении группы риска для развития в будущем фибрилляции предсердий обращает внимание женский пол и выполнение изолированной аблации КТП. Для прогнозирования риска тромбоэмболий и выбора режима оптимальной антикоагулянтной терапии и объективной оценки развития ФП и определения точного времени пребывания в состоянии ФП целесообразна имплантация аппарата подкожного непрерывного мониторинга ЭКГ.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что результаты получены на сертифицированном оборудовании, показана воспроизводимость результатов исследования в различных условиях, а также эффективность внедрения авторских разработок в лечебную практику Центре интервенционной кардиологии ФГБУ «СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России. Концепция и вытекающая из неё гипотеза исследования базируются на известных, проверяемых фактах, согласуется с опубликованными клиническими данными по теме диссертации.

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии соискателя в получении исходных данных и клинических исследованиях, обработке и интерпретации полученных данных (обосновании выводов и основных положений), подготовке основных публикаций по выполненной работе.

На заседании 29.03. 2017 диссертационный совет принял решение присудить БАЙРАМОВОЙ Севде Афгановне ученую степень кандидата медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 20 человек, из них 7 докторов наук по специальности 14.01.05, участвовавших в заседании, из 23 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за присуждение учёной степени - 20, против присуждения учёной степени - 0, недействительных бюллетеней - 0.

Зам.председателя
диссертационного совета

Ломиворотов Владимир Владимирович

Ученый секретарь
диссертационного совета

Ленько Евгений Владимирович

29.03. 2017 г.

М.П.