

**Рішення**  
**разової спеціалізованої вченої ради**  
**про присудження ступеня доктора філософії**

Здобувач ступеня доктора філософії **Рзаєва Фаріда Гусейнівна**, 1992 року народження, громадянка Азербайджану, освіта вища: закінчив У 2016 році закінчила Національний медичний університет імені О. О. Богомольця з дипломом з відзнакою, де отримала повну вищу освіту за спеціальністю «лікувальна справа» та здобула кваліфікацію лікаря. У 2020 році закінчила навчання в клінічній ординатурі за спеціальністю «нейрохірургія» в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, виконала акредитовану освітньо-наукову програму Медицина.

Разова спеціалізована вчена рада, утворена наказом Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика від «22» січня 2026 року ID 11050, у складі:

- |  |   |
|--|---|
| Голови разової спеціалізованої вченої ради | - Волосовця Антона Олександровича, доктора медичних наук, завідувача кафедри Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (спеціальність 14.01.15 «Нервові хвороби»).                       |
| Рецензента                                 | - Тріщинської Марини Анатоліївни, доктора медичних наук, завідувача кафедри Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (спеціальність 14.01.15 «Нервові хвороби»).                        |
| Офіційних опонентів                        | - Нетлюха Андрія Михайловича, доктора медичних наук, професор Державного некомерційного підприємства "Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького" (спеціальність 14.01.05 «Нейрохірургія»). |
|  | - Прокопів Марії Мирославівни, доктора медичних наук, завідувача кафедри Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (спеціальність 14.01.15 «Нервові хвороби»).                                       |
|  | - Гриб Вікторії Анатоліївни, доктора медичних наук, завідувач кафедри Івано-Франківського національного медичного університету (спеціальність 14.01.15 «Нервові хвороби»).  |

на засіданні «22» січня 2026 року прийняла рішення про присудження ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» Фаріді Рзаєвій на підставі публічного захисту дисертації «Ендоваскулярні втручання в лікуванні ішемічних інсультів при тандемних оклюзіях судин» за спеціальністю 222 Медицина.

Дисертацію виконано у Національному університеті охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, МОЗ України, м. Київ.

Науковий керівники: Гончарук Оксана Миколаївна, доктор медичних наук, професор кафедри нейрохірургії та нейробіології НУОЗ України імені П. Л. Шупика); Щеглов Дмитро Вікторович, доктор медичних наук, професор, директор ДУ «НПЦ ЕНРХ НАМН України».

Дисертацію подано у вигляді спеціально підготовленого рукопису, містить нові науково обґрунтовані результати проведених здобувачем досліджень, які виконують конкретне наукове завдання, що має істотне значення для певної галузі знань. Дисертація виконана державною мовою. Оформлена відповідно до вимог Наказу МОН України від 12.01.2017 № 40 «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації». Обсяг основного тексту дисертації відповідає встановленим освітньо-науковою програмою НУОЗ України імені П. Л. Шупика відповідно до специфіки галузі знань «Охорона здоров'я» та спеціальності «Медицина».

Здобувач має 4 наукових публікацій за темою дисертації, серед них – 2 статті у наукових виданнях, включених на дату опублікування до переліку наукових фахових видань України, 2 статті у періодичних наукових виданнях, проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та/або Scopus, з напрямку, за яким підготовлено дисертацію аспіранта:

1. Shcheglov DV, Svyrydiuk OY, Vyval MB, Nosenko NM, Rzayeva FH. Angioplasty and stenting for carotid artery near-occlusion. Ukr J Cardiovasc Surg. 2022;30(2):72-7. doi: 10.30702/ujcvs/22.30(02)/ShS030-7277.

2. Конотопчик СВ, Рзаєва ФГ, Пастушин ОА, Щеглов ДВ, Мамонова МЮ, Свиридюк ОЄ, та ін. Результати лікування пацієнтів з гострим ішемічним інсультом унаслідок тандемних оклюзій. Укр Інтервенційна Нейрорадіол Хіп. 2022;38(4):25-36. doi: 10.26683/2786-4855-2021-4(38)-25-36.

3. Shcheglov D, Konotopchik S, Pankiv V, Rzayeva F, Kolomiichenko S, Vyval M, et al. Thrombectomy Outcomes for Anterior Circulation Stroke in the 6-24 h Time Window Solely Based On NCCT and CTA: A single center study. Clin Neuroradiol. 2025;35(1):123-9. doi: 10.1007/s00062-024-01462-8.

4. Рзаєва ФГ. Результати ендovasкулярного лікування та ургентного стентування при тандемних атеротромботичних оклюзіях в гострому періоді ішемічного інсульту. Укр Інтервенційна Нейрорадіол Хіп. 2024;50(4):23-34. doi: 10.26683/2786-4855-2024-4(50)-23-34.

У дискусії взяли участь голова та члени спеціалізованої вченої ради:

1) Волосовець Антон Олександрович – доктор медичних наук, завідувач кафедри Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. Зауважень немає.

Запитання 1:

Ви зазначаєте, що є атеротромботичний та кардіоемболічний типи інсульту. Кардіоемболічний підтип має різні причини. Це можуть бути й аритмії, наприклад, фібриляція передсердь, міокардит і інші. Чи розрізняються причини кардіоемболічних інсультів, і, якщо вони розрізняються, то чи змінюється лікувальний підхід залежно від причин?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

В рамках нашого дослідження ми не проводили диференціації (детального розрізнення) конкретних причин кардіоемболічного інсульту. Всі випадки, що відповідали загальним критеріям кардіоемболії, були об'єднані в єдину групу для аналізу, незалежно від основного джерела емболії (наприклад, фібриляція передсердь, патологія клапанів, дисфункція шлуночків тощо) (Дякую, відповіддю задоволений)..

2) Нетлюх Андрій Михайлович, доктор медичних наук, професор Державного некомерційного підприємства "Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького". Зауважень немає.

Запитання 1:

У Вашій вибірці немає пацієнтів старших 90 років. Це випадковість, чи існує обмеження за віком для виконання механічної тромбектомії і/або стентування при гострому ішемічному інсульті, спричиненому тандемними оклюзіями?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Відсутність пацієнтів віком понад 90 років зумовлена не формальними віковими обмеженнями, а клінічним відбором. Сам вік не є протипоказанням до механічної тромбектомії чи стентування, однак у таких пацієнтів частіше наявні тяжка коморбідність,

високий геморагічний ризик та обмежений функціональний резерв, що знижує очікувану користь втручання. (Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 2:

Як Ви пояснюєте відмінності за частотою інсульту практично вдвічі за кожним з параметрів, наведених у таблиці 2.4 - атеротромботичний, кардіоеMBOLічний, дисекційний, невідомої етіології - залежно від статі?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Виявлені відмінності за частотою патогенетичних типів інсульту між чоловіками та жінками пояснюються різною структурою факторів ризику та домінуючими механізмами ураження церебральних судин, що підтверджується статистично значущою різницею ( $\chi^2$ ,  $p = 0,013$ ).

У чоловіків достовірно частіше переважав атеротромботичний тип інсульту (57,6%), що пов'язано з більшою поширеністю атеросклеротичного ураження магістральних артерій. У жінок, навпаки, домінував кардіоеMBOLічний механізм (62,9%), ймовірно зумовлений вищою частотою фібриляції передсердь у старших вікових групах.

Дисекція судин частіше реєструвалася у чоловіків (10,6% проти 5,7%), що узгоджується з даними літератури. (Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 3:

Які були мотиви для проведення медикаментозного тромболізу виключно в умовах блоку інтенсивної терапії та реанімації?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Проведення медикаментозного тромболізу виключно в умовах блоку інтенсивної терапії та реанімації було зумовлене необхідністю постійного моніторингу життєво важливих функцій та своєчасного виявлення можливих ускладнень, насамперед геморагічних. З огляду на тяжкість стану пацієнтів із гострим ішемічним інсультом і наявність тандемних оклюзій, саме такі умови забезпечували максимальну безпеку лікування та відповідали чинним клінічним рекомендаціям. (Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 4:

Час від початку інсульту до проведення пункції у Вашій вибірці варіювався від 105 до 1486 хвилин (медіана — 350 хвилин). Чи проводили Ви КТ-перфузію пацієнтам у розширеному терапевтичному вікні?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Пацієнтам у розширеному терапевтичному вікні виконувалась КТ-перфузія з метою оцінки ішемічного ядра та пенумбри. Рішення щодо втручання приймалося індивідуально за наявності життєздатної тканини мозку, що дозволяло обґрунтовано проводити механічну тромбектомію у пізні терміни. (Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 5:

Геморагічні трансформації ішемічного вогнища - Ви розглядаєте їх як післяопераційні ускладнення. Чи не є правильним вважати їх одним з проявів перебігу інсульту, не пов'язаний з операцією, оскільки це явище спостерігається і в пацієнтів при консервативному лікуванні ішемічного інсульту?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Геморагічні трансформації ішемічного вогнища розглядалися не як ізолюване хірургічне ускладнення, а як прояв перебігу інсульту в умовах реперфузії. Відомо, що це явище спостерігається і при консервативному лікуванні ішемічного інсульту. Водночас ендovasкулярні втручання, пов'язані зі швидкою реканалізацією, можуть підвищувати ризик та частоту геморагічної трансформації, що й обґрунтовує її аналіз у структурі післяопераційних ускладнень. (Дякую, відповіддю задоволений).

Нетлюх Андрій Михайлович Розглянувши дисертацію Рзаєвої Фаріди Гусейнівни «Ендovasкулярні втручання в лікуванні ішемічних інсультів при тандемних оклюзіях судин» на здобуття ступеню доктора філософії з галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина», та наукові публікації, у яких висвітлені основні наукові результати дисертації,

вважаю, що робота є актуальною для нейрохірургії. Результати дисертаційного дослідження відрізняються науковою новизною і практичним значенням. За формою і структурою дисертація відповідає основним вимогам, що пред'являються до дисертацій на здобуття ступеня доктора філософії. Наявні зауваження не мають принципового значення і не зменшують наукову і практичну цінність роботи. Таким чином, дисертаційна робота Рзаєвої Фаріди Гусейнівни «Ендоваскулярні втручання в лікуванні ішемічних інсультів при тандемних оклюзіях судин» повністю відповідає вимогам, передбаченим пп. 6, 7, 8 Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти, наукової установи про присудження ступеня доктора філософії, затвердженого постановами Кабінету Міністрів України від 12.01.2022 р. № 44 та Наказу МОН України від 19.08.2015 р. № 40 «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації».

3) Прокопів Марія Мирославівна – доктор медичних наук, завідувач кафедри Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Зауважень немає.

Запитання 1:

Чим, на Вашу думку, пояснюється відсутність достовірних відмінностей у клінічній важкості інсульту (NIHSS, ASPECTS) між пацієнтами з різним патогенезом тандемних оклюзій?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Відсутність відмінностей у тяжкості інсульту та обсязі інфаркту при різному патогенезі тандемних оклюзій пояснюється:

1. Схожістю кінцевої ішемії в басейні середньої мозкової артерії.
2. Роллю колатералей, що компенсують кровотік.
3. Швидкою повною оклюзією на момент госпіталізації.
4. Методологічними обмеженнями NIHSS та ASPECTS. (Дякую, відповіддю задоволена).

Запитання 2:

Які клінічні або ангіографічні фактори були вирішальними при виборі ургентного стентування екстракраніального відділу внутрішньої сонної артерії у Вашому дослідженні?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Рішення щодо ургентного стентування екстракраніального відділу внутрішньої сонної артерії у нашому дослідженні базувалося на поєднанні клінічних та ангіографічних факторів:

1. Клінічні фактори:
  - Висока тяжкість неврологічного дефіциту за NIHSS.
  - Прогресуюче неврологічне погіршення на фоні ішемії.
  - Відсутність протипоказань до антикоагулянтної або антиагрегантної терапії.
2. Ангіографічні фактори:
  - Значуще стенозування або повна оклюзія екстракраніальної частини внутрішньої сонної артерії.
  - Наявність тандемної оклюзії із залученням внутрішньомозкової артерії.
  - Недостатній колатеральний кровообіг, що підвищує ризик прогресування інфаркту.

Ургентне стентування обиралося при поєднанні клінічно тяжкого дефіциту та ангіографічної ситуації, що загрожувала подальшим ішемічним ураженням. (Дякую, відповіддю задоволена).

Запитання 3:

Які з виявлених Вами прогностичних факторів Ви вважаєте найбільш придатними для використання у щоденній клінічній практиці?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Найбільш придатними для щоденного клінічного використання є ті прогностичні фактори, які легко оцінюються, швидко доступні та мають значущий вплив на результат:

1. Клінічні фактори:

- Початкова тяжкість інсульту за NIHSS – швидко визначається при огляді.
- Вік пацієнта – простий і достовірний предиктор функціонального результату.
- Прогресування неврологічного дефіциту у перші години.
- 2. Ангіографічні фактори:
  - Ступінь колатерального кровообігу – можна оцінити при КТ- або МР-ангіографії.
  - Розташування та протяжність оклюзії внутрішньої мозкової артерії.

Також чином, для щоденної практики найбільш цінні фактори – це ті, що швидко оцінюються при прийомі та дозволяють прогнозувати ймовірний функціональний результат і ризик ускладнень. (Дякую, відповіддю задоволена).

Прокопів Марія Мирославівна Дисертаційна робота аспірантки Рзаєвої Фаріди Гусейнівни «Ендоваскулярні втручання в лікуванні ішемічних інсультів при тандемних оклюзіях судин», що подана на здобуття ступеня доктора філософії, є завершеною науковою працею, що виконана дисертантом особисто, має значну наукову новизну, теоретичне та практичне значення. Аспірантці вдалось досягнути мети дослідження, виконати всі задачі дослідження та зробити відповідні висновки. Загальна оцінка дисертації - **п о з и т и в н а**.

У своїй роботі аспірантка Рзаєва Фаріда Гусейнівна на основі комплексного клініко-радіологічного аналізу сформулювала новий підхід до вирішення наукової проблеми ендоваскулярного лікування тандемних оклюзій у пацієнтів із гострим ішемічним інсультом. Доповнено наукові знання щодо **п р о г н о с т и ч н о г о** значення клінічних та радіологічних параметрів, що визначають імовірність позитивного результату лікування у віддаленому періоді. Виявлені фактори ризику можуть бути використані для прогнозування ефективності лікування пацієнтів із тандемними оклюзіями. Основні наукові результати дисертаційного дослідження висвітлені в достатній кількості наукових публікацій, які повністю розкривають зміст дисертації.

Дисертаційна робота Рзаєвої Фаріди Гусейнівни «Ендоваскулярні втручання в лікуванні ішемічних інсультів при тандемних оклюзіях судин», за актуальністю обраної теми, методичним рівнем виконання, науковою новизною, теоретичним та практичним значенням отриманих результатів для медицини повністю відповідає вимогам п . 6 «Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 р. № 44, актуальним вимогам до оформлення дисертацій, затвердженим наказом № 40 Міністерства освіти і науки України від 12 січня 2017 р. (редакція від 12.07.2019 р.).

Аспірант Рзаєва Фаріда Гусейнівна має необхідний рівень наукової кваліфікації і заслуговує присудження ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина».

4) Гриб Вікторія Анатоліївна – доктор медичних наук, завідувач кафедри Івано-Франківського національного медичного університету. Зауважень немає.

#### Запитання 1:

Чи пов'язуєте Ви відсутність у дослідженні пацієнтів із поєднанням фібриляції передсердь та атеросклеротичної тандемної оклюзії з особливостями формування вибірки, чи розглядаєте її як випадкову? І які клінічні або методологічні чинники могли обмежувати застосування ургентного стентування в цій категорії хворих? Крім того, якою, на Вашу думку, мала би бути оптимальна тактика вторинної профілактики у таких пацієнтів з урахуванням поєднання можливого кардіоемболічного та атеротромботичного механізмів інсульту?

#### Рзаєва Ф. Г. відповідь:

1. Відсутність пацієнтів із поєднанням фібриляції передсердь та атеросклеротичної тандемної оклюзії, найімовірніше, зумовлена особливостями формування вибірки. У цій

категорії хворих зазвичай домінує кардіоеMBOLічний механізм інсульту, тоді як атеросклеротичне ураження екстракраніальних артерій має супутній характер.

Застосування ургентного стентування обмежувалося необхідністю ранньої антикоагулянтної терапії, високим ризиком геморагічних ускладнень та потребою у подвійній антиагрегантній терапії після втручання.

Оптимальна тактика вторинної профілактики має бути індивідуалізованою: у більшості випадків доцільною є пероральна антикоагулянтна терапія, а за наявності гемодинамічно значущого стенозу — відтерміноване планове втручання після стабілізації стану пацієнта. (Дякую, відповіддю задоволена).

#### Запитання 2:

На підставі яких клінічних та інструментальних критеріїв було встановлено діагноз дисекції судинної стінки у 9-ти пацієнтів?

#### Рзаєва Ф. Г. відповідь:

1. Діагноз дисекції судинної стінки у 9 пацієнтів встановлювався на підставі клінічних ознак (гострий початок, локальний больовий синдром, молодий вік, відсутність вираженого атеросклерозу) та інструментальних критеріїв за даними КТ-ангіографії й цифрової субтракційної ангіографії: протяжний стеноз за типом «струни», інтрамуральна гематома, подвійний просвіт, інтима-флап або псевдоаневризматичне розширення.

Гриб Вікторія Анатоліївна На підставі розгляду дисертації, наукових публікацій, у яких висвітлені основні наукові результати дисертації, встановлено, що результати виконаного наукового дослідження аспіранта кафедри нейрохірургії та нейробіології НУОЗ України імені П.Л. Шупика МОЗ України Фариди Рзаєвої мають важливе наукове та практичне значення завдяки проведенню його клінічної частини, а дисертаційне дослідження аспірантки Фариди Рзаєвої на тему: «Ендоваскулярного лікування тандемних оклюзії при ішемічному інсульті» яке подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина (наукова спеціальність 14.01.03 «Хірургія») відповідає усім вимогам «Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти, наукової установи про присудження ступеня доктора філософії», затвердженого постановами Кабінету Міністрів України від 12.01.2022 р. № 44 та вимогам до оформлення дисертації, затвердженими наказом МОН України від 12.01.2017 №40.

5) Тріщинська Марина Анатоліївна – доктор медичних наук, завідувач кафедри Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. Зауважень немає.

#### Запитання 1:

Як конкретно формувалися критерії для прийняття рішення про виконання ургентного стентування ВСА під час процедури?

#### Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Критерії для прийняття рішення щодо виконання ургентного стентування внутрішньої сонної артерії (ВСА) формувалися на основі поєднання клінічних, ангіографічних та перипроцедурних факторів, які відображали як ступінь загрози мозковій перфузії, так і ризики втручання. Основними орієнтирами були:

Клінічний стан пацієнта — наявність або наростання неврологічного дефіциту, рівень свідомості за шкалою ШКГ, динаміка симптомів ішемії під час процедури.

Ангіографічні ознаки — ступінь стенозу або оклюзії ВСА, наявність нестабільної бляшки, тромбозу, вираженого сповільнення кровотоку, відсутність колатерального забезпечення.

Технічні умови — можливість безпечного проведення провідника та встановлення стента, відсутність високого ризику дистальної емболізації або розриву судини.

Рішення про стентування приймалося мультидисциплінарною командою (невролог, інтервенційний радіолог, анестезіолог)

Протокол передбачатиме шкалу оцінки ризиків і користі процедури з урахуванням клініко-ангіографічних критеріїв, що дозволить оптимізувати тактику лікування гострих цереброваскулярних подій.

#### Запитання 2:

Як Ви інтерпретуєте той факт, що, незважаючи на відсутньою статистичної різниці в успішності реперфузії (eTICI), група зі стентуванням мала достовірно кращі функціональні результати? З чим, на Вашу думку, це може бути пов'язано, окрім самого відновлення просвіту судини (наприклад, краща гемодинаміка, менший ризик реоклюзії)?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Імовірно, це можна пояснити кількома взаємопов'язаними чинниками:

Стабілізація проксимального сегмента сонної артерії — стентування усуває нестабільну бляшку чи тромбогенне джерело емболів, що знижує ризик повторної емболізації та реоклюзії дистального русла після тромбектомії.

Покращення церебральної гемодинаміки — відновлення постійного ламінарного потоку через ВСА забезпечує більш стійку перфузію ішемізованих зон, сприяє збереженню пенумбри та кращому відновленню нейрональної функції.

Зменшення феномену "no-reflow" — стабільний проксимальний кровотік і відсутність турбулентності можуть покращувати мікроциркуляцію після реперфузії.

Опосередкований ефект через зниження системного та локального запалення — усунення джерела мікроемболій може зменшувати вторинне ушкодження тканин.

Менша частота повторних ішемічних подій у ранньому післяопераційному періоді.

Таким чином, кращі функціональні результати у групі зі стентуванням, найімовірніше, відображають не лише факт відновлення просвіту судини, а й якість та стабільність досягнутої реперфузії, що має вирішальне значення для відновлення неврологічних функцій.

#### Запитання 3:

Чи проводився аналіз предикторів найбільш серйозних ускладнень (таких як фрагментація тромба або реперфузійні крововиливи), і які фактори, на Ваш погляд, збільшують їх ризик при ТО? Аналіз предикторів найсерйозніших ускладнень, зокрема фрагментації тромба та реперфузійних крововиливів, проводився з метою визначення факторів, які можуть впливати на безпечність тромбектомії (ТО) та подальше відновлення церебрального кровотоку.

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

Отримані результати свідчать, що найбільший вплив на ризик цих ускладнень мають такі чинники:

Морфологічні характеристики тромба — м'які або гетерогенні тромби з високим вмістом фібрину частіше фрагментуються при механічному видаленні, що підвищує ймовірність дистальної емболізації.

Тип і кількість проходжень інструментом (number of passes) — збільшення кількості спроб тромбектомії корелює з вищим ризиком мікроемболій, ушкодження ендотелію та геморагічної трансформації.

Відсутність проксимального контролю потоку (наприклад, при відсутності балонної оклюзії) — сприяє ретроградному руху фрагментів тромба під час екстракції.

Високий ступінь стенозу або оклюзії ВСА — створюють турбулентний потік і підвищують ризик повторної емболізації після реперфузії.

Гемодинамічна нестабільність або неконтрольована гіпертензія після процедури — також сприяють розвитку внутрішньомозкових крововиливів.

Отже, основними предикторами тяжких ускладнень при ТО залишаються особливості тромба, технічна складність втручання та стан мозкової тканини до реперфузії, що вимагає індивідуалізованого підходу до кожного випадку.

#### Запитання 4:

З огляду на те, що кардіоеMBOLічний тип інсульту був пов'язаний з гіршими функціональними результатами, як би поясн ви пояснили складність видалення тромбу при кардіоеMBOLічному інсульті та гірші прогнози?

Рзаєва Ф. Г. відповідь:

КардіоеMBOLічний інсульт зазвичай спричинений великими тромбами, які походять із серця (наприклад, при фібриляції передсердь або після інфаркту міокарда). Такі тромби часто мають складну структуру — вони більш щільні та фрагментовані, що ускладнює механічну тромбоекстракцію. Крім того, вони можуть викликати більш швидке та тотальне оклюзування магістральних судин, що призводить до більш значного ішемічного ураження мозку до моменту реперфузії. Ці фактори пояснюють не лише складність видалення тромбу, а й гірші функціональні результати у пацієнтів із кардіоеMBOLічним інсультом.

Трищинська Марина Анатоліївна: Дисертаційна робота "Ендоваскулярні втручання в лікуванні ішемічних інсультів при тандемних оклюзіях судин", подана на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина», виконана при науковому керівництві д.мед.н., проф. Гончарук Оксани Миколаївни та д.мед.н., проф. Щеглова Дмитра Вікторовича, є завершеною, кваліфікаційною та самостійно виконаною на сучасному науково-методичному рівні науково-дослідницькою працею.

Виходячи з актуальності, обсягу та рівня проведених досліджень, наукової новизни результатів, теоретичної і практичної цінності отриманих даних, об'єктивності та обґрунтованості висновків, а також враховуючи особистий внесок здобувача, дисертаційна робота Рзаєвої Ф.Г. на тему «Ендоваскулярні втручання в лікуванні ішемічних інсультів при тандемних оклюзіях судин» повністю відповідає вимогам пунктів 6, 7, 8 Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 року №44; Наказу Міністерства освіти і науки України від 12 січня 2017 року №40 ( у редакції від 12.07.2019 року) «Про затвердження вимог до оформлення дисертації», та заслуговує на присудження наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 « Медицина».

Результати відкритого голосування:

«За» 5 членів ради,  
«Проти» немає членів ради,  
недійсних бюлетенів немає

На підставі результатів відкритого голосування разова спеціалізована вчена рада присуджує **Фариді Рзаєвій** ступінь доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 Медицина.

Відеозапис трансляції захисту дисертації додається.

Голова разової спеціалізованої  
вченої ради ID 11050

Антон ВОЛОСОВЕЦЬ

(підпис)

М.П.

