

ПРОТОКОЛ № 7

заседания диссертационного совета Д 14.19.603 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Кыргызском государственном институте переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова, от 1 июня 2021 года

Председатель заседания
диссертационного совета Д 14.19.603
д.м.н., профессор

В.Т. Рыскельдиева

Секретарь заседания
диссертационного совета Д 14.19.603
к.м.н.

Ч.А. Стакеева

Присутствовали: Рыскельдиева В.Т. д.м.н., проф. (14.01.01); Аскеров А.А. д.м.н., доцент (14.01.01); Байгазаков А.Т. д.м.н., с.н.с. (14.01.01., 14.01.17); Кангельдиева А.А., д.м.н., с.н.с. (14.01.01); Макенжан у. А. д.м.н. (14.01.01); Малгаждарова Б.С. д.м.н., проф. (14.01.01); Могилевкина И.В., д.м.н., проф. (14.01.01); Мусуралиев М.С., д.м.н., проф. (14.01.01); Самигуллина А.Э., д.м.н., проф. (14.01.01); Укыбасова Т.М., д.м.н., проф. (14.01.01); Шоонаева Н.Дж. д.м.н., проф. (14.01.01); Стакеева Ч.А., к.м.н. (14.01.01).

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. Предварительная защита кандидатской диссертации Макенжановой Мээрим Макенжановны, на тему: «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, с.н.с.

Кангельдиева Айгуль Аманбековна

Эксперты диссертационной работы:

Шоонаева Н.Дж., доктор медицинских наук, профессор;
Самигуллина А.Э., доктор медицинских наук, профессор;
Байгазаков А.Т., доктор медицинских наук.

2. Назначение официальных оппонентов и ведущего учреждения.

Председатель совета Рыскельдиева В.Т., д.м.н., профессор докладывает, что на заседании присутствует 12 из 13 членов совета.

Совет правомочен заслушать диссертацию.

Председатель совета Рыскельдиева В.Т., д.м.н., профессор – Слово предоставляется диссертанту Макенжановой М.М.

Макенжанова М.М.– докладывает основные положения кандидатской диссертации. Доклад прилагается.

Председатель совета Рыскельдиева В.Т., д.м.н., профессор– У кого есть вопросы к диссертанту?

Аскеров А.А., д.м.н.:

1. Первый вопрос по задачам и дизайну исследования, в докладе вы представили, что у вас было этапное исследование: ретроспективное и проспективное. 1 задача у вас: установить распространенность коагулопатии и ДВС-синдрома при тяжелой отслойке плаценты и при традиционном подходе, а при вашей разработанной методике в выводах не представлены данные. Хотел бы спросить 68 случаев традиционной практики были, как изучение этиопатогенеза, особенности течения отслойки и т.д. или вы ее брали для сравнения с другой, проспективной группой, которая была под вашим контролем?

Ответ диссертанта:

Мы сравнивали исходы традиционной практики кесарева сечения при отслойке плаценты с исходами инновационной практики. Нами был проведен ретроспективный анализ 68 случаев с тяжелой отслойкой плаценты, родоразрешенных путем традиционного проведения операции кесарева сечения, где исходом явилась гистерэктомия, с целью окончательного гемостаза.

Аскеров А.А., д.м.н.:

2. Вопрос по методу лечения. Вы представили перевязку маточных сосудов, применяемую при неэффективности консервативных методов лечения. Какую нозологию вы брали: гипотонические кровотечения или отслойку плаценты, уточните пожалуйста?

Ответ диссертанта:

В материалы исследования были включены беременные и роженицы репродуктивного возраста от 18 до 40 лет, не имеющие тяжелой соматической патологии (нарушений кровообращения, почечной и печеночной недостаточности и т.д.) и поступившие в родильный дом с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением. Мы исключили беременных и рожениц в возрасте до 18 и

после 40 лет, имеющие тяжелую соматическую патологию и/или поступившие в родильный дом с критическими состояниями, связанными с другими акушерскими причинами (послеродовое кровотечение, разрыв матки, предлежание плаценты), а также женщин, роды которых закончились удалением матки по причине послеродового гипотонического кровотечения.

Аскеров А.А., д.м.н.:

3. В контрольной группе у вас много женщин с преэклампсией тяжелой степени, почти каждая вторая. Считаете ли вы это как вмешивающийся фактор по эффективности на получение результата?

Ответ диссертанта:

В основных наблюдениях преэклампсия тяжелой степени встречалась в каждой трети случаев (33,3%), тогда как в контрольных исследованиях встречалось у каждой второй (51,5%). Да, возможно преэклампсия тяжелой степени являлась вмешивающимся фактором. Также стоит отметить, что в основной группе было больше женщин с гестационной гипертензией и анемией, по сравнению с контрольной группой.

Аскеров А.А., д.м.н.:

4. По практической значимости в автореферате вы предлагаете возможность органосохранения при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением. С какими конкретными условиями вы это предлагаете?

Ответ диссертанта:

Мы предлагаем проводить операции кесарева сечения при отслойке плаценты с применением первоэтапной деваскуляризации маточных сосудов, с целью снижения «маточной аутоотрансфузии» для предупреждения развития острого ДВС синдрома.

Рекомендуем использование следующего алгоритма:

а) при отслойке плаценты с антенатальной гибелью плода – перевязка маточных сосудов до гистеротомии (до разреза на нижнем маточном сегменте);

б) при отслойке плаценты и живом плоде – перевязка маточных сосудов сразу после извлечения плода до отделения плаценты и выделения последа из полости матки.

Аскеров А.А., д.м.н.:

5. Также в практической значимости вы пишете клинические варианты симптомов отслойки плаценты: кровянистые выделения, боли в животе. Но эти же симптомы могут быть и при угрозе разрыва матки. В чем специфика вашего научного исследования по клиническим вариантам течения отслойки плаценты, уровень чувствительности, специфичность?

Ответ диссертанта:

Мы исключили из нашего исследования беременных и рожениц с критическими состояниями, связанными с другими акушерскими причинами (разрыв матки, предлежание плаценты, послеродовое гипотоническое кровотечение). Уровень чувствительности и специфичность клинических симптомов отслойки плаценты мы не изучали.

Аскеров А.А., д.м.н.:

6. И как продолжение предыдущего вопроса – по поводу УЗИ, большинство исследований говорит о ложноотрицательных результатах ультразвука, чем клиники. Учитывали ли вы этот фактор?

Ответ диссертанта:

Да мы учитывали этот фактор. Диагноз преждевременной отслойки плаценты мы устанавливали на основании общепринятых критериев согласно клиническому протоколу принятому в Кыргызской Республике. Верификация диагноза преждевременной отслойки плаценты проведена с оценкой первичных симптомов, УЗИ применялось как дополнительный метод исследования.

Аскеров А.А., д.м.н.:

7. По результатам полученными вами и в контрольной и в основной группе очень много женщин поступали в ночное время, т.е. тяжелая отслойка плаценты в ночное время в 99% требует хорошей инфузионно-трансфузионной терапии, насколько в этой группе были изменения гемостазиограммы. Могли ли быть эти группы (ночное время и дневное время) сравнимы друг с другом?

Ответ диссертанта:

Да, в группах исследования почти в 50% случаев женщины поступали в ночное время, что несомненно отражается на качестве оказания ургентной неотложной акушерской помощи. Проводились лабораторные анализы: развернутый анализ крови, биохимический анализ крови и исследование свертывающей системы крови (фибриноген, протромбиновый индекс, время свертывания по Ли-Уайту) согласно возможностям существующей лабораторной службы лечебно профилактического учреждения, где произошел конкретный случай преждевременной отслойки плаценты. Сравнение ночного и дневного времени в наши задачи не входило.

Аскеров А.А., д.м.н.:

8. В основной группе у вас были женщины активного репродуктивного периода, в контрольной группе есть разница, почти в 20%, больше юных и возрастных. Является ли это вмешивающим фактором на получение результата?

Ответ диссертанта:

Средний возраст по группам исследований: у рожениц оперированных традиционной практикой (контрольная группа) составил $32,40 \pm 6,3$ лет с 95% ДИ [30,8- 33,9], а в основной группе составил $29,6 \pm 6,2$ лет с 95% ДИ [28,1 - 31,0]; Следовательно, в группах имелись статистические различия $P=0,009$, т.е. роженицы, которым удалось провести органосохраняющую операцию были более молодые. По группам исследований женщины раннего репродуктивного возраста составили: в контрольной группе - 61,8%, а в основной группе - 79,2%; Причем, 4 из 5 женщин в основной группе исследования (79,2%) были молодые беременные активного репродуктивного возраста с исходом сохранения репродуктивной функции, что имеет социально-этическую значимость.

Женщины старшего репродуктивного возраста в общей выборке составили - 29,3%: в контрольном исследовании - 38,2% и в основной группе 20,8%. В итоге из общей выборки преждевременной отслойки плаценты женщины активного репродуктивного возраста составили основную часть - 70,7% (99 из 140 случаев). Данный факт имеет особое значение, так как он связан не только с акушерскими и перинатальными исходами, но и с потерей детородной функции в связи с удалением матки (особенно у первородящих). У данных женщины произошли роды мертвым плодом в 20 случаях (86,9%), и только в 3 случаях было живорождение. Поэтому возможность проведения органосохраняющей операции имеет важное значение.

Аскеров А.А., д.м.н.:

9. По результатам получается 50% в основной группе женщины поступают стабильно, против контрольной, где стабильно поступают всего лишь 20%. То есть заблаговременно худшие показатели будут в контрольной группе. По объему интраоперационной кровопотери имеется определенная нестыковка, кровопотеря более 1400 мл очень мало фиксирована в основной группе, тогда как в контрольной группе много. И в таблице 1 в автореферате, к сожалению не указано, уровень гемоглобина до операции кесарево сечения или после, и какой объем кровопотери был у женщин основной группы с гемоглобином менее 69 г/л?

Ответ диссертанта:

Да, при ранжированном анализе частоты учтенного объема кровопотери до операции в исследуемых группах, случаи с кровопотерей менее 500 мл до оперативного вмешательства, а следовательно, поступившие в стабильном состоянии, наблюдались в 2 раза чаще в основной группе - 48,6%, чем в контрольной - 22,1%. Кровопотеря от 500 до 1000 мл наблюдалась почти с одинаковой частотой 41,7% и 38,2% соответственно. Поступления в крайне тяжелом критическом состоянии с кровопотерей более 1000 мл встречались

в основной группе в 9,7% случаях, а в контрольной группе почти в 4 раза больше - 39,7% случаев ($P=0,001$) и были связаны с организационными проблемами, транспортировкой, а также urgentными ситуациями и др.

По объему интраоперационной кровопотери: традиционная практика проведения операции кесарева сечения, не всегда дает возможность контролировать и остановить коагулопатическое кровотечение. Частота интраоперационной кровопотери средней степени до 1000 мл в контрольной группе составила - 48,5% (у 33 из 68 наблюдений), тяжелая кровопотеря более 1000 мл (от 1400 до 3000 мл) с проявлениями ДВС синдрома наблюдалась у 24 исследуемых - 35,3%.

В основной группе применение инновационной технологии первозтапной билатеральной перевязки маточных сосудов, при операции кесарева сечения дало возможность контролировать кровотечение при преждевременной отслойке плаценты и ограничить объем интраоперационной кровопотери. В итоге у женщин основной группы частота интраоперационной кровопотери до 500 мл составила - 80,6% (58 случаев из 72). В остальных случаях операция проведена с умеренной кровопотерей от 500 до 1000 мл - 19,4% (14 случаев из 72). А кровопотери более 1000 мл не наблюдалось.

В таблице 1 в автореферате указан уровень гемоглобина после операции кесарево сечения. Благодарю за замечание, мы исправим. Объем кровопотери у женщин основной группы с гемоглобином менее 69 г/л составил от 500 до 1000 мл.

Аскеров А.А., д.м.н.:

10. Почти 75 % женщин основной группы поступили во время и оперированы во время, 25 % доставлены очень поздно более 60 минут, то есть здесь имеются организационные моменты объясните пожалуйста?

Ответ диссертанта:

Да, несвоевременная диагностика и запоздалое оказание помощи связаны с организационными моментами. В нашем исследовании имели место проблемы, связанные с транспортировкой женщин, основная масса беременных в 80% случаев поступали в родильный стационар своим ходом. Также были моменты связанные с недостаточной квалификацией врачей, доступностью urgentного врача, анестезиолога.

Аскеров А.А., д.м.н.:

11. Почему не произвели логит анализ по корреляционной связи по уровню гемоглобина и симптомами отслойки плаценты?

Ответ диссертанта:

Благодарю за рекомендацию, мы обязательно учтем ее.

Аскеров А.А., д.м.н.:

12. По поводу перинатальных исходов, как влияет ваша методика на перинатальные исходы?

Ответ диссертанта:

Предлагаемый алгоритм не влияет на перинатальные исходы.

Председатель совета Рыскельдиева В.Т., д.м.н., профессор:

1. Вопрос по дизайну исследования. Вы сказали, что исследование проводилось в 2 этапа: ретроспективное исследование с гистерэктомией и проспективное с органосохранением, получается вы сравнивали гистерэктомию с органосохранением, или стандартную тактику с вашей инновационной?

Ответ диссертанта:

Мы сравнивали традиционную тактику оперативного родоразрешения при отслойке плаценты с предлагаемой инновационной тактикой.

Председатель совета Рыскельдиева В.Т., д.м.н., профессор:

2. Вы внедрили предлагаемый алгоритм?

Ответ диссертанта:

Да, данный алгоритм внедрен в практическую работу родовспомогательных учреждений Кыргызской Республики (акты о внедрении городского перинатального центра г. Бишкек, Чуйского областного родильного дома).

Председатель совета Рыскельдиева В.Т., д.м.н., профессор:

3. Возможно вам надо пересмотреть дизайн исследования и названия групп исследования в вашем докладе?

Ответ диссертанта:

Благодарю за рекомендацию, мы учтем Ваши замечания

Могилевкина И.А., д.м.н., профессор:

1. По названию вашей работы «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением», правильно ли я понимаю, все случаи были с проявлениями коагулопатии?

Ответ диссертанта:

Да, во всех случаях были проявления коагулопатии от скрытого течения до острого.

Могилевкина И.А., д.м.н., профессор:

2. Какие проявления коагулопатии у вас были?

Ответ диссертанта:

Лабораторные изменения свертывающей системы крови при скрытом течении, кровотечения при остром течении.

Могилевкина И.А., д.м.н., профессор:

3. Клинические случаи, которые вы анализировали, вы брали в каком-то определенном месте или по всей стране?

Ответ диссертанта:

Мы проводили набор материала в определенных родильных домах, к которым у нас был доступ, не по всей стране.

Могилевкина И.А., д.м.н., профессор:

4. Тактика ведения родов при отслойке плаценты в вашей стране всегда предусматривает гистерэктомию?

Ответ диссертанта:

Нет, тактика ведения родов при отслойке плаценты не предусматривает гистерэктомию. Но как показал результат ретроспективного анализа традиционной тактики ведения, тяжелая отслойка плаценты зачастую завершается гистерэктомией, особенно на региональном уровне.

Могилевкина И.А., д.м.н., профессор:

5. Механизм действия предлагаемого алгоритма? Когда производится перевязка маточных сосудов, происходит гипоксия матки и матка начинает усиленно сокращаться, не думаете ли вы, что это может ухудшить ситуацию, ведь есть же коллатерали?

Ответ диссертанта:

Как известно, во время операции кесарева сечения, в результате быстрого сокращения матки после извлечения плода и последа, большой объем крови с биологически активными веществами из маточных сосудов перемещается в сосудистое русло матери, и вызывает активацию внешней системы коагуляции, что приводит к развитию острого ДВС синдрома и/или к анафилактическому синдрому беременности. Методом предупреждения данного выброса биологически активных веществ в кровоток матери или минимизации выброса является деваскуляризация маточных сосудов. Стандартная методика перевязки маточных сосудов проводится при неэффективности применения консервативных медикаментозных способов остановки гипотонических кровотечений при кесаревом сечении, после ушивания разреза на матке.

Мы предлагаем изменить алгоритм применяемой техники путем перевязки маточных сосудов при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением с целью минимизации плацентарно-плодовой перфузии при сокращении матки после извлечения плода:

- при преждевременной отслойке плаценты и мертвом плоде – отодвинуть матку при помощи печеночных зеркал и обнажить нижнюю часть широкой связки. После билатерального клеммирования сосудистых пучков, найти пульсацию маточной артерии в области внутреннего зева. Без

вскрытия листков широкой связки крупной иглой пропустить нить (хромированный кетгут №0) вокруг артерии, захватывая 2–3 см миометрия, ниже уровня предполагаемого места гистеротомии в нижнем сегменте матки. Туго затянуть лигатуру. Далее проводится гистеротомия и извлечение плода, удаление последа из полости матки.

- при преждевременной отслойке плаценты и живом плоде без отделения плаценты от стенок матки и выделения последа из полости матки – после гистеротомии и извлечения плода оттянуть матку, обнажая при помощи печеночных зеркал доступ к нижней части широкой связки. После билатерального клеммирования сосудистых пучков, найти пульсацию маточной артерии в области внутреннего зева. Без вскрытия листков широкой связки крупной иглой пропустить нить (хромированный кетгут №0) вокруг артерии, захватывая 2–3 см миометрия, ниже уровня разреза в нижнем сегменте матки. Туго затянуть лигатуру. Далее проводится удаление последа из полости матки, ушивание разреза матки и контроль на сократимость матки.

Как известно, коллатерали возникают к концу 1- 2 суток после перевязки сосудов, соответственно предлагаемый алгоритм не может ухудшить ситуацию.

Могилевкина И.А., д.м.н., профессор:

6. Проводили ли вы логистический-регрессионный анализ чтобы исключить отягощающие факторы?

Ответ диссертанта:

Нет мы не проводили логистический-регрессионный анализ. Благодарю за рекомендацию, мы обязательно учтем Ваши замечания.

Малгаждарова Б.С. д.м.н., профессор:

1. Сколько случаев матки Кувелера было в вашем исследовании?

Ответ диссертанта:

Маточно-плацентарная апоплексия (матка Кювелера) в контрольной группе встречалась в 52 случаях (76,5%), в основной группе в 10 раз меньше в 4 случаях (5,5%). Причем из общего количества в основной группе исследования в 22 случаях (30,5%) встречалась частичная маточно-плацентарная апоплексия.

Малгаждарова Б.С. д.м.н., профессор:

2. Какой была ваша тактика при выявлении матки Кувелера?

Ответ диссертанта:

При нашей инновационной тактике, мы применяли алгоритм перевязки маточных сосудов, при обнаружении матки Кувелера, проводилось

дополнительное введение утеротоников на фоне антифибринолитической терапии, операционная пауза. Во время операционной паузы участки имбибиций на матке розовели, уменьшались и мы завершали операции без расширения.

Малгаждарова Б.С. д.м.н., профессор:

3. В вашем исследовании в 25% случаев наблюдается запоздалое оперативное вмешательство, в то же время в основной группе нет интраоперационной кровопотери более 1000 мл., чем это объясняется? Также по уровню гемоглобина, снижение гемоглобина менее 50 г/л чаще регистрировался в контрольной группе, а в основной мало. Какой был исходный уровень гемоглобина в группах?

Ответ диссертанта:

Запоздалое оперативное вмешательство, более 60 минут было произведено в контрольной группе в 25,0% случаях, а в основной группе всего в 6,9% случаях, т.е. в 3,5 раза меньше. Как известно, объем интраоперационной кровопотери зависит от эффективности контроля тяжелого кровотечения; минимизации и остановки коагулопатии (острого ДВС синдрома), предупреждения анафилактоидного синдрома беременности при операции кесарево сечение и возможности проведения кровесберегающей технологии. Традиционная практика проведения операции кесарева сечения, не всегда дает возможность контролировать и остановить коагулопатическое кровотечение. В результате частота интраоперационной кровопотери более 1000 мл (от 1400 до 3000 мл) с проявлениями ДВС синдрома наблюдалась у 24 исследуемых - 35,3%. В основной группе применение предлагаемого алгоритма, дало возможность контролировать кровотечение при преждевременной отслойке плаценты и ограничить объем интраоперационной кровопотери. В итоге у женщин основной группы частота интраоперационной кровопотери до 500 мл составила - 80,6% (58 случаев из 72). В остальных случаях операция проведена с кровопотерей от 500 до 1000 мл - 19,4% (14 случаев из 72), а кровопотери более 1000 мл не наблюдалось. Соответственно применение данного алгоритма повлияло на уровень гемоглобина в послеоперационном периоде. Результаты анализа показали что, снижение уровня гемоглобина менее 70 г/л в контрольной группе исследования при традиционной практике проведения операции кесарево сечения наблюдалось значительно чаще (76,5%), причем ранг от 69 до 50 г/л наблюдался в 50% случаев, а критическое снижение гемоглобина менее 50 г/л наблюдалось у каждой четвертой исследуемой – 26,5% случаев, что свидетельствует о неэффективности данного метода контроля гемостаза. В основной группе женщины с применением инновационного способа

операции кесарева сечения снижение гемоглобина до 50 г/л наблюдалось у 14 оперированных (19,4%), а критическое снижение гемоглобина менее 50 г/л только у одной исследуемой (1,4%). Причем показатель среднего уровня исходного гемоглобина при поступлении в стационар значимых различий не выявил: в контрольной группе составил $103,18 \pm 17,34$ г/л ДИ [98,98- 107,37], в основной группе $109,18 \pm 15,88$ г/л, ДИ [105,45- 112,91].

Председатель совета Рыскельдиева В.Т., д.м.н., профессор: Если больше нет вопросов к диссертанту, прошу перейти к обсуждению работы.

Могилевкина И.А., д.м.н., профессор:

В Вашем научном исследовании получается несопоставимые группы: ретроспективное и проспективное исследование. Хотя их можно сравнить, но тогда вам необходимо провести логистический-регрессионный анализ чтобы исключить все отягощающие факторы.

Ответ диссертанта:

Благодарю Вас, мы учтем Ваши замечания.

Председатель совета Рыскельдиева В.Т., д.м.н., профессор:

Переходим к обсуждению проекта заключения. Есть ли вопросы, замечания?

Председатель совета Рыскельдиева В.Т., д.м.н., профессор:

Прошу голосовать по принятию заключения. Открытым голосованием единогласно приняли заключение диссертационного совета в следующей редакции:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

диссертационного совета Д 14.19.603 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева и Кыргызском государственном институте переподготовки и повышения квалификации им.С.Б. Даниярова по **предварительной защите** диссертационной работы Макенжановой Мээрим Макенжановны, на тему: «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология.

1. Актуальность темы диссертации. В последние десятилетия в структуре акушерских кровотечений отмечена тенденция повышения частоты кровотечений, связанных с тяжелой отслойкой плаценты, предлежанием плаценты и развитием ДВС-синдрома, которые нередко сопровождаются тяжелыми акушерскими и перинатальными исходами. В

Кыргызской Республике из общего числа материнской смерти 52,0% случаев связаны с кровотечением, из них, в более одной трети причин была преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Традиционным подходом к остановке тяжелого кровотечения в мировой практике остается гистерэктомия в родах. По данным материнского аудита (2014г.) летальные исходы произошли в учреждениях первичного (территориальные больницы) 65,2% случаев и вторичного уровня (городские и областные) 28,2%, и лишь в 6,5% случаев были на третичном уровне. Несмотря на достижения в лечении кровотечений при отслойке плаценты, все еще высокими остаются неблагоприятные акушерские исходы, где в большинстве случаев производится гистерэктомия. Качество неотложной акушерской помощи, несомненно, зависит от медико-социальных условий, ограниченности или наличия высокого уровня медицинского обеспечения. Отсюда, оказание экстренной помощи в региональных учреждениях с реализацией органосохраняющих операций у рожениц с тяжелой отслойкой плаценты остается актуальной проблемой.

2. Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями или основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научным учреждением. Данное исследование выполнено в соответствии с планом научных исследований КГМА им. И.К. Ахунбаева, является фрагментом комплексной НИР кафедры акушерства и гинекологии №1 и является инициативной.

3. В работе получены новые и достоверные научные результаты:

Впервые в Кыргызской Республике проведено научное обоснование выполнения органосохраняющей операции у беременных с тяжелыми формами отслойки плаценты с проявлениями коагулопатии (II - III степень ПОНРП) путем применения инновационной технологии проведения операции кесарева сечения. Основным принцип инновационной технологии заключается в максимальном уменьшении кровопотери и главное в предупреждении «маточной аутоотрансфузии» для снижения риска развития картины «коагулопатии потребления» при помощи перевязки маточных сосудов.

Установлено, что своевременная диагностика преждевременной отслойки плаценты и соблюдение алгоритма билатеральной перевязки маточных сосудов позволяет снизить объем интраоперационной кровопотери, завершить операции с сохранением матки и снизить необходимость применения компонентной терапии (эритроцитарной массы, СЗП и др.), а также улучшить акушерские и перинатальные исходы.

4. Полученные соискателем результаты отличает внутреннее единство, представленные задачи решены поэтапно и подчинены основной цели. Выводы и практические рекомендации соответствуют цели и задачам работы.

5. Обоснованность и достоверность полученных выводов и практических рекомендаций. Работа выполнена на должном методологическом уровне. Каждый результат исследования обоснован сформулированной целью работы и поставленными задачами. Достоверность результатов, выводов и практических рекомендаций подтверждается достаточным объемом выборки и методами исследования. Методологические подходы формирования основных групп обосновывают их сопоставимость и подтверждают достоверность положений и выводов диссертации. Статистическая обработка полученных количественных данных осуществлялась методом определения общепризнанных критериев параметрической статистики.

6. Полученные результаты можно квалифицировать как решение актуальной задачи по оптимизации тактики хирургического гемостаза у женщин с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением для проведения органосберегающей операции.

7. Внедрение в практическое здравоохранение. Результаты исследования внедрены в работу городского перинатального центра г. Бишкек и Чуйского областного родильного дома. Материалы диссертации используются в учебных программах Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева для студентов и клинических ординаторов.

Кандидатская диссертация Макенжановой Мээрим Макенжановны, на тему: «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология, является самостоятельным законченным научным исследованием, содержащим решение приоритетной задачи оптимизации тактики ведения родов у женщин с преждевременной отслойкой плаценты, что, в свою очередь, позволяет обосновать предлагаемые меры, повышающие качество медицинской помощи беременным и роженицам с отслойкой плаценты, что имеет существенное значение для акушерства и гинекологии и соответствует требованиям п. 10 «Положения о порядке присуждения ученых степеней в Кыргызской Республике».

Учитывая актуальность, значимость и новизну полученных автором данных, диссертационный совет Д 14.19.603 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова рекомендует диссертационную работу Макенжановой Мээрим Макенжановны на тему: «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением» к защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология, после устранения замечаний.

По второму вопросу слушали ученого секретаря Стакееву Ч.А. для зачтения официальных оппонентов и ведущего учреждения.

Эксперты диссертационного совета предлагают назначить:

первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора кафедры акушерство и гинекологии Национального научного центра материнства и детства Республики Казахстан Укыбасову Т.М.;

вторым официальным оппонентом – кандидата медицинских наук, доцента, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Е.Б. Ельцина Сарымсакову Т.А.;

в качестве **ведущей организации** – Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, (Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект И. Сомони, 59), где работают доктора медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология.

Постановили: учитывая актуальность, значимость и новизну полученных автором данных диссертационный совет Д 14.19.603 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова рекомендует диссертационную работу Макенжановой Мээрим Макенжановны на тему: «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология, к защите на

соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология, после устранения замечаний.

Официальными оппонентами утвердить: доктора медицинских наук, профессора Укыбасову Т.М. и кандидата медицинских наук, доцента Сарымсакову Т.А., ведущей организацией назначить Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект И. Сомони, 59)

Председатель заседания

диссертационного совета Д 14.19.603

д.м.н., профессор



В. Т. Рыскельдиева

Секретарь заседания

диссертационного совета Д 14.19.603

к.м.н.

Ч. А. Стакеева

01.06.2021 года

ПРОТОКОЛ № 8

заседания диссертационного совета Д 14.19.603
при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева
и Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и
повышения квалификации им. С. Б. Даниярова по защите диссертаций на
соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук по
специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология
от 21 января 2022 года

Председатель заседания
диссертационного совета Д 14.19.603
д.м.н., профессор

В. Т. Рыскельдиева

Секретарь заседания диссертационного совета
Д 14.19.603, к.м.н.

Ч. А. Стакеева

Присутствовали: Рыскельдиева В.Т. д.м.н., проф. (14.01.01); Аскеров А.А. д.м.н., доцент (14.01.01); Байгазаков А.Т. д.м.н., с.н.с. (14.01.01., 14.01.17); Кангельдиева А.А., д.м.н., с.н.с. (14.01.01); Макенжан у. А. д.м.н. (14.01.01); Малгаждарова Б.С. д.м.н., проф. (14.01.01); Могилевкина И.В., д.м.н., проф. (14.01.01); Самигуллина А.Э., д.м.н., проф. (14.01.01); Укыбасова Т.М., д.м.н., проф. (14.01.01); Шоонаева Н.Дж. д.м.н., проф. (14.01.01); Стакеева Ч.А., к.м.н. (14.01.01).

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. Смена оппонента по кандидатской диссертации Макенжановой Мээрим Макенжановны на тему: «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, исполняющий обязанности доцента кафедры акушерства и гинекологии №1 Кангельдиева А. А.

Эксперты диссертационной работы:

Байгазаков А. Т., доктор медицинских наук, с.н.с.;
Самигуллина А. Э., доктор медицинских наук, профессор;
Шоонаева Н. Дж., доктор медицинских наук, профессор.

Председатель заседания д.м.н., профессор Рыскельдиева В. Т. докладывает, что на заседании присутствует 11 из 13 членов совета.

Совет правомочен начать свою работу.

По данному вопросу слушали ученого секретаря Стакееву Ч.А. – Согласно пункта 68 Положения ВАК Кыргызской Республики от 2020 года, нашим диссертационным советом, 1 июня 2021 года, по диссертации Макенжановой Мээрим Макенжановой на тему: «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением» были назначены следующие официальные оппоненты:

первый официальный оппонент – доктор медицинских наук, профессор, старший ординатор-консультант Академического и Клинического Департамента Женского Здоровья Корпоративного Фонда «University Medical Center» Республики Казахстан Укыбасова Т. М.;

второй официальный оппонент – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Кыргызско-Российского Славянского Университета им. Б. Ельцина Сарымсакова Т. А.

Ввиду отказа к.м.н., доцента Сарымсаковой Татьяны Асанакунуовны, по состоянию здоровья (официальный отказ прилагается), быть официальным оппонентом по диссертации Макенжановой Мээрим Макенжановой на тему: «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением», экспертами диссертационного совета, проводившими экспертизу вышеуказанной кандидатской диссертации, предложена, в качестве официального оппонента, к.м.н., доцент Кибец Елена Анатольевна, исполняющая обязанности заведующего кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова, имеющей ряд статей по тематике диссертанта.

Председатель заседания: Прошу голосовать по принятию рекомендаций экспертов. Открытым голосованием, единогласно, принято заключение диссертационного совета в следующей редакции:

Постановили: назначить вторым официальным оппонентом по кандидатской диссертации Макенжановой Мээрим Макенжановой на тему: «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением» к.м.н., доцента Кибец Елену Анатольевну.

Председатель заседания
диссертационного совета Д 14.19.603
д.м.н., профессор



В. Т. Рыскельдиева

Секретарь заседания диссертационного совета
Д 14.19.603, к.м.н.



Ч. А. Стакеева
21.01.2022 года

Подпись: Стакеевой Ч.А.

Секретарь диссертационного совета
Казахстанская государственная медицинская академия им. Н.С. Кунаева