



Ф НАО МУК 7.5-01-02/1
ДП НАО МУК 7.5-01/01

**Хирургиялық аурулар кафедрасының кеңейтілген отырысының хаттамасынан көшірме № 2
24.09.2024 ж.**

**ҚАРАҒАНДЫ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**

Хаттама № 9
24.09.2024 ж.

Қарағанды қ.

Төраға – хирургиялық аурулар кафедрасының меңгерушісі, м.ғ.д. Тулеубаев Б.Е.

Хатшы – Кошанова А.А.

Қатысушылар:

Абатов Н.Т. хирургиялық аурулар кафедрасының профессоры;

Аринова Г.П., хирургиялық аурулар кафедрасының профессоры;

Аринова С.П., хирургиялық аурулар кафедрасының профессоры;

Аскаров М.С. хирургиялық аурулар кафедрасының профессоры;

Газизов О.М. хирургиялық аурулар кафедрасының профессоры;

Шакеев К.Т. хирургиялық аурулар кафедрасының профессоры;

Шустеров Ю.А., хирургиялық аурулар кафедрасының профессоры;

Дарменов Е.Н., м.ғ.к., хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

Алибеков А.А., м.ғ.к., хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

Калиева Д.К., PhD, хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

Асамиданов Е.М., PhD, хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

Аманова Д.Е., PhD, хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

Есниязов Д.К., PhD, хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

Жанасова М.М., м.ғ.к., хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

Калиева Д.К., PhD, хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

Пак И.Л., PhD, хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

Степаненко Г.А., м.ғ.к., хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

Темирбеков Т.З. хирургиялық аурулар кафедрасының ассистент-профессоры;

Выписка из протокола № 2 расширенного заседания кафедры хирургических болезней от 24.09.2024 г.

**МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАРАГАНДЫ**

Протокол № 2
от 24.09.2024 г.

г. Караганда

Председатель – заведующий кафедрой хирургических болезней, д.м.н. Тулеубаев Б.Е.

Секретарь – Кошанова А.А.

Присутствовали:

Абатов Н.Т. профессор кафедры хирургических болезней;

Аринова Г.П., профессор кафедры хирургических болезней;

Аринова С.П., профессор кафедры хирургических болезней;

Аскаров М.С. профессор кафедры хирургических болезней;

Газизов О.Т. профессор кафедры хирургических болезней;

Шакеев К.Т. профессор кафедры хирургических болезней;

Шустеров Ю.А., профессор кафедры хирургических болезней;

Дарменов Е.Н., к.м.н., ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

Алибеков А.А., к.м.н., ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

Калиева Д.К., PhD, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

Асамиданов Е.М., PhD, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

Аманова Д.Е., PhD, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

Есниязов Д.К., PhD, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

Жанасова М.М., к.м.н., ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

Калиева Д.К., PhD, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

Пак И.Л., PhD, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

Степаненко Г.А., к.м.н., ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

Темирбеков Т.З. ассистент-профессора кафедры хирургических болезней;

Кауынбекова Ш.М., хирургиялық кафедрасының ассистент-профессоры;	аурулар	Кауынбекова Ш.М., ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
Кузнецова В.И. хирургиялық кафедрасының ассистент-профессоры;	аурулар	Кузнецова В.И. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
Тишкамбаев Е.Б. хирургиялық кафедрасының ассистент-профессоры;	аурулар	Тишкамбаев Е.Б. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
Феоктистов В.А. хирургиялық кафедрасының ассистент-профессоры;	аурулар	Феоктистов В.А. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
Эргешов Р.Х. хирургиялық кафедрасының ассистент-профессоры;	аурулар	Эргешов Р.Х. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
Балыкбаева А.М. хирургиялық кафедрасының ассистент-профессоры;	аурулар	Балыкбаева А.М. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
Музафарова К.О. хирургиялық кафедрасының оқушысы;	аурулар	Музафарова К.О. преподаватель кафедрасы хирургических болезней;
Керимбеков Т.И. хирургиялық кафедрасының оқушысы;	аурулар	Керимбеков Т.И. преподаватель кафедрасы хирургических болезней;
Косилова Е.Ю. хирургиялық кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;	аурулар	Косилова Е.Ю. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
Әбдіхамит Е. хирургиялық кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;	аурулар	Әбдіхамит Е. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
Омарбаев М.Н. хирургиялық кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;	аурулар	Омарбаев М.Н. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
Севостьянов Л.В. хирургиялық кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;	аурулар	Севостьянов Л.В. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
Смагулова У. хирургиялық кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;	аурулар	Смагулова У. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
Султанбекова А.А. хирургиялық кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;	аурулар	Султанбекова А.А. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
Жумағалиева И.Ж., м.ғ.к., онкология және сәулелі диагностика кафедрасының ассистенті;		Жумағалиева И.Ж., к.м.н., ассистент кафедрасы онкологии и лучевой диагностики;
Жолдыбаева Г.А., онкология және сәулелі диагностика кафедрасының ассистент-профессоры		Жолдыбаева Г.А., ассистент-профессора кафедрасы онкологии и лучевой диагностики
Тусупбекова М.М., ғылым комитетінің мүшесі		Тусупбекова М.М., член научного комитета
Ахметова С.Б., ғылым комитетінің мүшесі		Ахметова С.Б., член научного комитета
Алина А.Р., ғылым комитетінің мүшесі;		Алина А.Р., член научного комитета

Әлияқпаров М.Т., ҚР ҰҒА академигі, м.ғ.д., «ҚМУ» КЕАҚ онкология және сәулелі диагностика кафедрасының профессоры.

Кафедра қызметкерлері, докторанттары, шақыртылған қонақтар, барлығы 50 адам.

КҮН ТӘРТІБІ:

6D110100 «Медицина» мамандығы бойынша философия докторы (PhD) ғылыми дәрежесін алу үшін Сапиева Сауле Тулегеновнаның «Ауысқан апоневротикалық кесек көмегімен шап өзегінің аутопластикасының нәтижелерін кешенді бағалау» тақырыбындағы диссертациясының аprobanteциясы.

Ғылыми кеңесші:

ҚР ҰҒА академигі, м.ғ.д., профессор, Алияқпаров М.Т.
м.ғ.к., профессор, Абатов Н.Т.

Алияқпаров М.Т., Академик НАН РК, д.м.н., профессор кафедрасы онкологии и лучевой диагностики НАО «ҚМУ», научный руководитель

Сотрудники кафедры, докторанты, приглашенные гости, всего 50 человек.

ПОВЕСТКА ДНЯ:

Аprobanteция диссертации Сапиевой Сауле Тулегеновны на соискание степени доктора философии (PhD) по специальности 6D110100 «Комплексная оценка результатов аутопластики пахового канала перемещенным апоневротическим лоскутом»

Научный консультант:

Академик НАН РК, д.м.н., профессор, Алияқпаров М.Т.
к.м.н., профессор, Абатов Н.Т.

Шетелдік ғылыми кеңесші:

MD, PhD, профессор Йошихиро Носо, Жапония

Рецензенттер:

Жумагалиева И.Ж., м.ғ.к., онкология және сәулелі диагностика кафедрасының ассистенті;
Матюшко Д.М., PhD, хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры.

ТЫҢДАЛДЫ:

Философия докторы (PhD) ғылыми дәрежесін алу үшін ізденуші Сапиева Сауле Тулегеновнаны «Ауысқан апоневротикалық кесек көмегімен шап өзегінің аутопластикасының нәтижелерін кешенді бағалау» тақырыбында диссертациясын ұсынды.

Қойылған сұрақтар:

1. Шакеев К.Т.

- Салыстыру тобында-торлы эндопротезді қолдана отырып, шап каналының пластикасы, неге, мысалы, бір қабатты терең пластикпен, Мартыновтың пікірінше, салыстырған жоқсындар?

- Шап каналының алдыңғы немесе артқы қабырғаларында шап жарығының пластикасы бар. Сіз қандай қабырғаны нығайттыңыз? Тақырып сіздің жұмысыңызға сәйкес келе ме?

Жауаптар:

- Жұмыста қолданылған бірінші қағида, қазіргі герниологияның постулаты: "тіндердің керілуінсіз". Біз ең жақсы және кең таралған әдіспен - Лихтенштейн аллопластикасымен салыстырдық. Мартыновтың айтуы бойынша бір қабатты терең пластик пен пластик – шап каналының алдыңғы қабырғасын нығайтатын әдістер. Бірақ, шап жарығының патогенезі шап каналының артқы қабырғасының әлсіздігі мен бұзылуына негізделгені дәлелденді. Сонымен қатар, зерттеу нәтижелері бойынша бұл әдістер тіндердің керілуіне байланысты көптеген қайталануларға ие.

- Біздің әдісімізде шап каналының артқы қабырғасы нығайтылды. Диссертацияда операция техникасының сипаттамасында шап каналының артқы қабырғасы күшейтілгені көрсетілген.

2. Түсіпбекова М. М.

- Апоневроздың талшықты құрылымының жай-күйінің критерийлері қандай? Талшықтар қандай болды: серпімді, коллаген, фибрин?

-Егер Сіз талшықты талшықтардың күйі туралы айтатын болсаңыз, арнайы әдістер қолданылды ма (күмістеу әдісі, Ван Гизон)? Бақылау тобы болды ма?

Жауаптар:

- Талшықты құрылым күйінің микроскопиялық критерийлеріне мыналар кірді: коллаген үлгісі,

Зарубежный научный консультант:

MD, PhD, профессор Йошихиро Носо, Япония.

Рецензенты:

Жумагалиева И.Ж., к.м.н., ассистент кафедры онкологии и лучевой диагностики;
Матюшко Д.М., PhD, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

СЛУШАЛИ:

Соискателя степени доктора философии (PhD) Сапиеву Сауле Тулегеновну, которая представила диссертационную работу на тему «Комплексная оценка результатов аутопластики пахового канала перемещенным апоневротическим лоскутом».

Заданные вопросы:

1. Шакеев К.Т.

- В группе сравнения – пластика пахового канала с применением сетчатого эндопротеза, почему не сравнивали, к примеру с однослойной глубокой пластикой, по Мартынову?

- Существуют пластики паховых грыж либо передней, либо задней стенок пахового канала. Какую стенку вы укрепляли? Название соответствует ли вашей работе?

Ответы:

- Первый принцип, использованный в работе, постулат современной герниологии: «без натяжения тканей». Мы сравнивали с наиболее лучшей и наиболее распространенной методикой-аллопластика по Лихтенштейну. Однослойная глубокая пластика и пластика по Мартынову – методы, которые укрепляют переднюю стенку пахового канала. Но, уже доказано, что в основе патогенеза паховых грыж лежит слабость и разрушение задней стенки пахового канала. К тому же данные методы по результатам исследований имеют большое количество рецидивов за счет натяжения тканей.

- В нашем методе была укреплена задняя стенка пахового канала. В диссертационной работе, в описании техники операции указано, что укрепляется задняя стенка пахового канала.

2. Тусупбекова М.М.

-Каковы критерии состояния волокнистой структуры апоневроза? Какие именно были волокна: эластические, коллагеновые, фибриновые?

-Если вы говорите о состоянии волокон фиброзирования, были ли использованы специальные методики (серебрения, Ван Гизона)? Была ли группа-контроль?

Ответы:

-Микроскопические критерии состояния волокнистой структуры включали: паттерн

коллаген талшықтарының сипаттамалары (жұқа және қалың талшықтар), ұйымдастыру, бұралу, жасушалық, бояу.

- Зерттеуде апоневроздың өзгермеген фрагменті операция ішілік гистологиялық зерттеу үшін алынды. Талшықтардың фиброздану дәрежесі гистологиялық тұрғыдан анықталмады, зерттеудің мақсаттары мен міндеттері болмады. Фиброздың ауырлығы операциядан кейінгі аймақтың ультрадыбыстық, КТ-мен анықталды.

3. Қалиева Д. К.

- Сіз операцияға дейін морфологияны бағаладыңыз ба?

-Сіз аталық без, капсула және ішілік артериялардағы қан ағымын анықтадыңыз. Ішілік артерияны анықтау өте қиын. Статистикалық тұрғыдан ол қанша адаммен анықталды?

- Дизайнда КТ зерттеуін 40 пациент жүргізді, неге? Бұл нәтиженің сапасына әсер етті ме?

- Алып тастау, қоспау критерийлеріне түзетілмейтін грыжалар кірді ме? Үлгіде грыжа қақпасының мөлшері немесе грыжаның өзі маңызды болды ма?

Жауаптар:

- Иә, апоневроздың қақпағы тек операция ішілік бағаланды.

- Ішілік артериядағы қан ағымы барлық науқастарда анықталды. Зерттеуде жоғары деңгейлі ультрадыбыстық аппарат қолданылды, минималды доплерграфиялық шкала онда 2-3 см/с аралығында, бұл аталық без паренхимасындағы қан ағымының жылдамдығын өлшеуге мүмкіндік береді.

-КТ зерттеу оның сәулелік жүктемесіне байланысты шектеулі болды. Әрбір зерттелушінің сәулелік жүктеме картасы болды. Зерттеу КТ жүргізу кезінде жылына рұқсат етілген сәулелік жүктемеден аспайтын пациенттерге ғана тағайындалады.

- Түзетілмейтін грыжалар зерттеуге кірмеген. Грыжа қақпасының мөлшері маңызды емес еді, бірақ Нихустағы шап жарығының түрлеріне сәйкес, шап-скротальды грыжалар (үлкен өлшемдер) зерттеуге кірмеген.

4. Аманова Д. Е.

- Топтарда пациенттердің жасы 18-75 жас аралығында, сіз қалай ойлайсыз, тіндердің регенерациясының әртүрлі процестерін ескере отырып, 18 және 75 жастағы бағалау нәтижелері салыстырмалы ма?

- 1 айдан бастап операциядан кейінгі мерзімді таңдаған кезде сауалнамада не басшылыққа алынды? Олар өмір сапасының динамикасын зерттеді ме?

коллагена, характеристики волокон коллагена (тонкие и толстые волокна), организация, извитость, клеточность, окраска.

-В исследовании неизменный фрагмент апоневроза был взят для гистологического исследования интраоперационно. Степень фиброзирования волокон не определялась гистологически, не была целью и задачей исследования. Выраженность фиброза была определена проведением УЗИ, КТ послеоперационной зоны.

3. Калиева Д.К.

-Вы оценивали морфологию до операции?

-Вы определяли кровоток в яичковой, капсулярной и внутрияичковой артериях. Внутрияичковую артерию очень сложно идентифицировать. Статистически у сколько людей она определялась?

-В дизайне исследования КТ проводили 40 пациентам, почему? Не отразилось ли это на качестве результата?

-Входили ли в критерии исключения, невключения невосприимчивые грыжи? Имело ли значение в выборке размер грыжевых ворот или самой грыжи?

Ответы:

-Да, лоскут апоневроза был оценен только интраоперационно.

-Кровоток во внутрияичковой артерии был идентифицирован у всех пациентов. В исследовании использован ультразвуковой аппарат высокого класса, минимальная доплерографическая шкала в котором от 2-3 см/с, что позволяет измерить скорость кровотока в паренхиме яичка.

-КТ исследование было ограничено в связи с его лучевой нагрузкой. У каждого исследуемого была карта лучевой нагрузки. Исследование назначено только тем пациентам, которым при проведении КТ не превышало допустимую лучевую нагрузку в год.

-Невосприимчивые грыжи не входили в исследование. Размер грыжевых ворот не имел значения, однако согласно типам паховых грыж по Нихусу, пахово-мошоночные грыжи (больших размеров) не входили в исследование.

4. Аманова Д.Е.

-У в группах возраст пациентов от 18-75 лет, как вы считаете, сопоставимы ли результаты оценки в возрасте 18 лет и 75 лет, учитывая разные процессы регенерации тканей?

-Чем руководствовались в анкетировании, когда выбирали послеоперационный срок с 1 месяца? Изучали ли в динамике качества жизни?

- Бақылаудың барлық мерзімдері, оның ішінде 1 жылға дейінгі мерзім немен шартталған?

Жауаптар:

- Әдіс алғаш рет қолданылғандықтан, біз ересек жастағы зерттеушілердің пайдасына іріктеу жүргіздік. Алып тастау критерийлері тіндердің жазылуына және жөнделуіне әсер етуі мүмкін барлық өткір және созылмалы ауруларды қамтыды.

-Сауалнама қозғалыстар мен күнделікті әрекеттер қалыпты жағдайға орала бастаған 1 айдан бастап жүргізілді. Сауалнамадағы сұрақтар кез-келген әрекет пен қозғалыс кезінде ауырсыну мен ыңғайсыздық сезімдеріне негізделген. Иә, біз операциядан кейін 1,3,6 және 1 ай ішінде динамикалық сауалнама жүргіздік.

-Ең алдымен, біз торлы эндопротезден туындайтын процестерге сүйендік. Ultra Pro торлы Имплантаты құрамында 3-4 айдан бастап еритін пролен сіңірілетін компоненті бар, содан кейін 12 айға дейін тыртық тінінің пайда болу процесі жүреді.

5. Шакеев К. Т.

- Екі топтың гистологиясы үшін апоневроздың қақпағы алынды? Гистология нені көрсетті?

- Апоневроздың беріктігін бағалау үшін тензометрия бар, оны неге қолданбадыңыз?

Жауаптар:

- Иә, гистологиялық зерттеудің апоневрозы екі топта да қабылданды. Апоневроздардың макроскопиялық сипаттамасының критерийлерін әзірлеу апоневроздардың жеке құрылымының гетерогенділігін бақылауға негізделген. Микроскопиялық деңгейдегі құрылымдық айырмашылықтар макроскопиялық айырмашылықтармен бірге жүреді деген қорытындыға келдік.

-Біздің зерттеуімізде тензометрия жүргізу мақсатында іш қабырғасының ақауын жасау қолайсыз болды. Ол үшін үлкен қақпақ қажет, ал гистология үшін біз алдыңғы іш қабырғасының тұтастығын бұзбай апоневрозды қысып алдық.

6. Қалиева Д. К.

-Қорытындыларда сіз қан ағымы динамиканың жоғарылағанын, операцияға дейін қан ағымын өлшегеніңізді көрсетесіз бе? Бұл операциядан кейін гипертензия көріністерін тудырды ма?

Жауаптар:

- Сперматикалық сымның артерияларындағы қан ағымы операцияға дейін өлшенді. Иә, динамикада қан ағымы өсті, бірақ ол екі топта да қалыпты шектерде қалды. Аталық без артериясының тамырларға төзімділік индексі ең көп өзгерді: нормативтік мәндерден жоғары, бұл сперматикалық сым элементтерінің, соның ішінде тамырлардың қысылуын көрсетеді.

-Чем обусловлены все сроки наблюдения, включая срок до 1 года?

Ответы:

-Так как метод был применен впервые, мы осуществляли выборку в пользу исследуемых взрослого возраста. В критерии исключения входили все острые и хронические заболевания, что могло влиять на заживление и репарацию тканей.

-Анкетирование проводилось с 1 месяца, когда движения и повседневные действия начинают возвращаться в норму. Вопросы в анкетировании основаны на ощущениях боли и дискомфорта при каких-либо действиях и движениях. Да, мы проводили анкетирование в динамике на сроках 1,3,6 и 1 месяцев после операции.

-В первую очередь, мы отталкивались от процессов, происходящих от сетчатого эндопротеза. Сетчатый имплантат Ultra Pro имеет в составе рассасывающийся компонент пролен, который рассасывается от 3-4 месяцев, и далее происходит процесс формирования рубцовой ткани до 12 месяцев.

5. Шакеев К.Т.

-Лоскут апоневроза был взят для гистологии обеих групп? Что показала гистология?

-Чтобы оценить прочность апоневроза существует тензометрия, почему вы ее не использовали?

Ответы:

-Да, апоневроз для гистологического исследования был взят в обеих группах. Разработка критериев макроскопической характеристики апоневрозов основана на наблюдении гетерогенности индивидуального строения апоневрозов. Мы пришли к выводу, что структурные отличия на микроскопическом уровне сопровождаются макроскопическими отличиями.

-В нашем исследовании было неприемлемо создавать дефект брюшной стенки с целью проведения тензометрии. Для этого необходим большой лоскут, мы же для гистологии отщипывали апоневроз, не нарушая целостность передней брюшной стенки.

6. Калиева Д.К.

-В выводах вы приводите данные, что кровоток увеличивался в динамике, измеряли ли вы кровоток до операции? Не вызывало ли это проявлений гипертензии после операции?

Ответы:

-Кровоток в артериях семенного канатика был измерен и до операции. Да, в динамике кровоток увеличивался, однако оставался в пределах нормы в обеих группах. Больше всего изменился индекс сопротивляемости сосудов яичковой артерии: выше нормативных значений, что говорит о сдавлении элементов семенного канатика, в том числе и сосудов. Однако таких изменений не было

Алайда, аталық без паренхимасының тамырларында мұндай өзгерістер байқалмады, бұл қан ағымының жақсы дамыған кепілдік жүйесін дәлелдейді.

7. Төлеубаев Б. Е.

- Әзірленген әдіс емдеу мерзімін қысқартуға әкеледі?

- Әлемде шап пластикінің қанша түрі бар?

- Сауалнаманы тексеру жүргізілді ме, жоқ па?

Жауаптар:

- Стационарға келудің орташа уақыты торлы эндопротезді қолданатын топтан ерекшеленбеді. Орташа есеппен 6,4 күн болды.

- 350-ден астам түрі бар пластикалық шап жарығы. Тіндердің кернеуі бар әдістер маңызды емес болып саналады, қайталанулар көп. Қазіргі герниологияда "кернеу жоқ" принципі негізгілердің бірі болып табылады. Әдістердің алуан түрлілігін ескере отырып, тәжірибелі хирург пен пациентті қанағаттандыра алатын идеал табылмады.

- Сауалнама үшін "Carolinas Comfort Scale" сауалнамасы қолданылды. Ол бейімделді-мемлекеттік және орыс тілдеріне аударылды Шарлот Мекленбург ауруханасының кеңсесімен, Калифорния.

ТАЛҚЫЛАУ: апоневрозды бағалаудың макроскопиялық критерийлерінің сапалы сипаттамасы, қорытындылары, статистикалық маңыздылығы, практикалық маңыздылығы.

Дауыс беру нәтижелері:

оң - 100%

қарсы - 0

калыс қалды - 0.

ШЕШІМ:

Ізденуші С.Т. Сапиеваның 6D110100 «Медицина» мамандығы бойынша философия докторы (PhD) ғылыми дәрежесін алу үшін «Ауысқан апоневротикалық кесек көмегімен шап өзегінің аутопластикасының нәтижелерін кешенді бағалау» тақырыбы бойынша қорғалған диссертациялық жұмысын рецензенттердің ескертулерін түзеткеннен кейін қоғамдық қорғауға ұсыну.

Төраға

Хатшы

Төлеубаев Б.Е.

Кошанова А.А.

замечено в сосудах паренхимы яичка, что доказывает хорошо развитую коллатеральную систему кровотока.

7. Тулеубаев Б.Е.

-Приводит и разработанная методика к сокращению сроков лечения?

-Сколько видов пластик паховых существует в мире?

-Проводилась ли валидация анкетирования или нет?

Ответы:

-Среднее время прибывания в стационаре не отличалась от группы с использованием сетчатого эндопротеза. Составляло в среднем 6,4 дня.

-Существует более 350 видов пластик паховых грыж. Методы с натяжением тканей считаются неактуальными, имеют большое количество рецидивов. В современной герниологии принцип «без натяжения» один из основных. Учитывая большое разнообразие методик, не найден идеальный, который бы мог удовлетворить и практикующего хирурга и пациента.

-Для анкетирования применен опросник «Carolinas Comfort Scale». Была адаптирована-переведена на государственный и русский языки согласно договору с с управлением больницы Шарлот Мекленбург, Калифорния.

ОБСУЖДЕНИЕ: качественное описание макроскопических критериев оценки апоневроза, выводов, статистическая значимость, практическая значимость.

Результаты голосования:

за - 100%

против - 0

воздержались - 0.

РЕШЕНИЕ:

Допустить работу соискателя Сапиевой С.Т. «Комплексная оценка результатов аутопластики пахового канала перемещенным апоневротическим лоскутом» к публичной защите на соискание степени доктора философии (PhD) по специальности 6D110100 «Медицина» после исправлений замечаний рецензентов.

