



Хирургиялық аурулар кафедрасының
кеңейтілген отырысының хаттамасынан
көшірме № 4
20.11.2024 ж.

**«ҚАРАҒАНДИ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТИ»
КОММЕРЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АКЦИОНЕРЛІК
ҚОҒАМЫ**

Хаттама № 4
20.11.2024 ж.

Қарағанды қ.

Төраға – хирургиялық аурулар кафедрасының
менгерушісі, 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;

Выписка из протокола № 4 расширенного
заседания кафедры хирургических болезней
от 20.11.2024 г.

**НЕКОММЕРЧЕСКОЕ АКЦИОНЕРНОЕ
ОБЩЕСТВО
«КАРАГАНДИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

Протокол № 4
от 20.11.2024 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. хирургиялық аурулар кафедрасының ассистент-профессоры;
 Кауынбекова Ш.М., хирургиялық аурулар кафедрасының ассистент-профессоры;
 Кузнецова В.И. хирургиялық аурулар кафедрасының ассистент-профессоры;
 Тишкамбаев Е.Б. хирургиялық аурулар кафедрасының ассистент-профессоры;
 Феоктистов В.А. хирургиялық аурулар кафедрасының ассистент-профессоры;
 Эргешов Р.Х. хирургиялық аурулар кафедрасының ассистент-профессоры;
 Балыкбаева А.М. хирургиялық аурулар кафедрасының ассистент-профессоры;
 Музафарова К.О. хирургиялық аурулар кафедрасының оқушысы;
 Керимбеков Т.И. хирургиялық аурулар кафедрасының оқушысы;
 Косилова Е.Ю. хирургиялық аурулар кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;
 Әбдіхамит Е. хирургиялық аурулар кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;
 Омарбаев М.Н. хирургиялық аурулар кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;
 Севастьянов Л.В. хирургиялық аурулар кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;
 Смагулова У. хирургиялық аурулар кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;
 Султанбекова А.А. хирургиялық аурулар кафедрасының машықтанушы-оқытушысы;
 Омарова А.О., ғылым комитетінің мүшесі
 Сорокина М.А., ғылым комитетінің мүшесі;

Бәтпен А.Н., PhD, Академик Н.Д. Батпенов атындағы Травматология және ортопедия ұлттық ғылыми орталығы директорының ғылыми жұмыс және стратегия жөніндегі орынбасары, ғылыми жетекші
 Римашевский Д.В., м.ғ.к., Халықтар Достығы Ресей Университеті травматология және ортопедия кафедрасының доценті, шетелдік ғылыми кеңесші

Кафедра қызметкерлері, докторанттар, шақырылған қонақтар, барлығы 50 адам.

КҮН ТӘРТІБІ:

Александр Александрович Крикливыйдың 6D110100 «Тізе буынын ревизиялық эндопротездеу кезінде қос цементтеу әдісін қолдану» мамандығы бойынша философия докторы (PhD) дәрежесін алу үшін диссертациясын алдын ала талқылау.

Ғылыми кеңесші:
 PhD, Бәтпен А.Н.

Темирбеков Т.З. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
 Кауынбекова Ш.М., ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
 Кузнецова В.И. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
 Тишкамбаев Е.Б. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
 Феоктистов В.А. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
 Эргешов Р.Х. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
 Балыкбаева А.М. ассистент-профессора кафедрасы хирургических болезней;
 Музафарова К.О. преподаватель кафедрасы хирургических болезней;
 Керимбеков Т.И. преподаватель кафедрасы хирургических болезней;
 Косилова Е.Ю. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
 Әбдіхамит Е. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
 Омарбаев М.Н. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
 Севастьянов Л.В. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
 Смагулова У. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
 Султанбекова А.А. преподаватель-стажер кафедрасы хирургических болезней;
 Омарова А.О., член научного комитета
 Сорокина М.А., член научного комитета

Бәтпен А.Н., PhD, Заместитель директора по научной работе и стратегии Национального научного центра травматологии и ортопедии имени академика Батпенова Н.Д., научный руководитель Римашевский Д.В., к.м.н., доцент кафедрасы травматологии и ортопедии Российского Университета Дружбы Народов, зарубежный научный консультант

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

ПОВЕСТКА ДНЯ:

Апробация диссертации Крикливый Александр Александрович на соискание степени доктора философии (PhD) по специальности 6D110100 «Применение метода двойного цементирования при ревизионном эндопротезировании коленного сустава»

Научный консультант:
 PhD, Бәтпен А.Н.

Шетелдік ғылыми кеңесші:

м.ғ.к., Римашевский Д.В., Ресей.

Рецензенттер:

Давлетбаев М.Ж., м.ғ.к., хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;
Матюшко Д.М., PhD, хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры;

ТЫҢДАЛДЫ:

Философия докторы (PhD) дәрежесіне үміткер Александр Александрович Крикливый «Тізе буынын ревизиялық эндопротездеу кезінде қос цементтеу әдісін қолдану» тақырыбында диссертациялық жұмысын ұсынды.

Қойылған сұрақтар:

1. Шакеев К.Т.

- Сіз бақылау тобында сүйек ақауларын алмастыру үшін модульдік металл аугменттерді пайдаландыңыз, бұл әдіс әлемде және Сіздің клиниканызда жиі қолданылады ма?
- Қазақстан Республикасында қолдану үшін сүйек цементіне рұқсат етілген бе?
- Сүйек цементін имплантациялау кезінде оның организмге әсері зерттелді ме?
- Неге шектеу/алып тастау критерийлерінде пациенттердің жасы 40 жастан төмен және 80 жастан жоғары екені көрсетілген?
- Егер пациент 40 жастан жас немесе 80 жастан асқан болса, Сіздің әдісіңіз осы жағдайларда қолданылады ма?
- Зерттеуде пайдаланылған цементте антибиотик бар ма немесе Сіз оны интраоперациялық қолдандыңыз ба?
- Зерттеуде неліктен құрамында гентамицин бар сүйек цементі қолданылды?
- Зерттеу кезінде қандай асқынулар/қиындықтар болды?
- Перипротездік инфекцияны дамытудың қандай критерийлерін пайдаландыңыз?

Жауаптар:

- Модульді металл аугменттерді қолдана отырып, ревизиялық эндопротездеу әлемде кеңінен таралған және біздің клиникада да қолданылады және сүйек ақауларын алмастыру үшін «алтын стандарт» болып саналады.
- Иә, сүйек цементі Қазақстан Республикасында қолдануға рұқсат етілген, травматология мен ортопедияда кеңінен қолданылады және сертификаттық куәліктері бар.
- Иә, сүйек цементінің ағзаға әсері бойынша жұмыстар бар. Сүйек цементі ISO стандарттарына сәйкес келеді, онда сүйек цементін дайындау жөніндегі стандарттар,

Зарубежный научный консультант:

к.м.н., Римашевский Д.В., Россия.

Рецензенты:

Давлетбаев М.Ж., к.м.н., Ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;
Матюшко Д.М., PhD, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней;

СЛУШАЛИ:

Соискателя степени доктора философии (PhD) Крикливый Александр Александрович, который представила диссертационную работу на тему «Применение метода двойного цементирования при ревизионном эндопротезировании коленного сустава».

Заданные вопросы:

1. Шакеев К.Т.

- Контрольной в группе Вы использовали модульные металлические аугменты для замещения костных дефектов, этот метод часто применяется в мире и Вашей клинике?
- Разрешен ли костный цемент для применения в Республике Казахстан?
- Изучено ли влияние костного цемента на организм при его имплантации?
- Почему в критериях исключения указан возраст пациентов менее 40 лет и более 80 лет?
- Если пациент будет моложе 40 лет или старше 80 лет, будет ли применим Ваш метод в данных случаях?
- Цемент, который использовался в исследовании уже содержит антибиотик или Вы добавляли его интраоперационно?
- Почему в исследовании применялся костный цемент содержащий именно гентамицин?
- Какие осложнения были во время исследования?
- Какие критерии развития перипротезной инфекции вы использовали?

Ответы:

- Ревизионное эндопротезирование с применением модульных металлических аугментов широко распространено в мире и также применяется в нашей клинике и считается «золотым стандартом» для замещения костных дефектов.
- Да, костный цемент разрешен для применения в Республике Казахстан, широко применяется в травматологии и ортопедии, и имеется сертификационные удостоверения.
- Да, существуют работы по влиянию костного цемента на организм. Костный цемент соответствует стандартам ISO, где описаны стандарты по приготовлению костного цемента, стандарты прочности и безопасности.

беріктік және қауіпсіздік стандарттары сипатталған.

- Зерттеу басталғанға дейін біз Қазақстанда және әлемде тізе буынына сүйек ақауларын алмастырумен ревизиялық эндопротездеу жүргізуді қажет ететін пациенттердің жасын талдадық. Көптеген пациенттердің жасы 40-80 жас аралығында болды, бұл осы алып тастау критерийлерін енгізуге әсер етті.

- Бұл жұмыс аясында біз бұл әдісті 40 жастан кіші және 80 жастан асқан пациенттерге зерттеген жокпыз. Біздің ойымызша, 40-тан 80 жасқа дейінгі аралықта қос цементтеуді қолдана отырып, әдісті неғұрлым жас және неғұрлым ересек жаста да қолдануға болады.

- Пайдаланылған сүйек цементінде зауыттық Гентамицин антибиотигі бар. Қажет болған жағдайда сүйек цементіне сезімталдығы бойынша интраоперациялық түрде ұнтақ антибиотик қосылды.

- Гентамицин бар сүйек цементі травматология мен ортопедияда кеңінен қолданылады, өйткені гентамициннің әсер ету спектрі кең және ол грам-ол және грам-теріс бактерияларға әсер етеді.

- Зерттеу барысында мынадай асқинулар байқалды: екі пациентте перипротездік инфекцияның дамуы, екі пациентте операциядан кейінгі жараның қайталама жазылуы.

- Біз 2018 жылғы сүйек-буын инфекциясы бойынша Халықаралық келісім конференциясында белгіленген критерийлерді пайдаландық. Бұл критерийлер әлемде кеңінен қолданылады.

2. Аскарлов М.С.

- Зерттеуде 2 жылдық бақылау кезеңі бар пациенттер болды ма?

- Сүйек цементінен аугментті қалыптау операцияға дейін немесе операция кезінде жүргізіледі?

- Неге тізе буынын ревизиялық эндопротездеу кезінде сүйек ақауларын ауыстырудың барлық қолданыстағы әдістерінің ішінен Сіз модульдік металл аугменттерді пайдалану әдісін таңдадыңыз? Сүйек ақауларын ауыстырудың басқа қандай әдістері қазіргі уақытта қолданылады немесе олардың қандай тарихи құндылығы бар?

- Қалған әдістермен салыстырғанда әлемде және Қазақстанда модульдік металл аугменттердің қанша пайызы пайдаланылады?

Жауаптар:

- До начала проведения исследования мы проанализировали возраст пациентов в Казахстане и мире, которым необходимо проведения ревизионного эндопротезирования коленного сустава с замещением костных дефектов. Возраст большинства пациентов был в пределах от 40 до 80 лет, что повлияло на введения данных критериев исключения.

- В рамках данной работы мы не исследовали данный метод на пациентах моложе 40 и старше 80 лет. Мы считаем, что по аналогии с применением двойного цементирования в возрастном диапазоне от 40 до 80 лет, метод также применим в более молодом и более старшем возрасте.

- Использованный костный цемент содержал заводской антибиотик Гентамицин. При необходимости в костный цемент интраоперационно добавлялся порошковый антибиотик по чувствительности.

- Костный цемент с гентамицином широко применяется в травматологии и ортопедии так как гентамицин имеет широкий спектр действия и воздействует на грамположительные и грамотрицательные бактерии.

- Во время проведения исследования были отмечены следующие осложнения: развитие перипротезной инфекции у двух пациентов, вторичное заживление послеоперационной раны у двух пациентов.

- Мы использовали критерии, установленные на Международной согласительной конференции по костно-суставной инфекции от 2018 года, США. Данные критерии широко используются в мире.

2. Аскарлов М.С.

- Были ли в исследовании пациенты с периодом наблюдения 2 года?

- Формовка аугмента из костного цемента происходит до операции или во время операции?

- Почему из всех существующих методов замещения костных дефектов при ревизионном эндопротезировании коленного сустава Вы выбрали именно метод с использованием модульных металлических аугментов? Другие методы замещения костных дефектов применяются в данное время или имеют историческую ценность?

- Какой процент модульных металлических аугментов используется в мире и в Казахстане по сравнению с остальными методами?

Ответы:

- Жүргізілген зерттеу шеңберінде пациенттердің жағдайы операциядан кейін 6 және 12 айдан кейін бағаланды. Барлық пациенттерді біз өз еркімізбен қадағалап отырмыз. Біздің мұрағатта бақылау кезеңі 2 және 2,5 жылды құрайтын жағдайлар бар.

- Сүйек цементінен жасалған аугменттерді қалыптау жамбас немесе үлкен құйымшақ сүйектерінің сүйек ақауларының өлшеміне қарай интраоперациялық түрде жүргізіледі.

- Осы зерттеудің бақылау тобында модульдік металл аугменттер қолданылды, себебі бұл әдіс тізе буынын ревизиялық эндопротездеу кезінде сүйек ақауларын алмастырудың «алтын стандарты» болып табылады. Басқа да әдістер ақауларын алмастыру үшін қолданылады, бірақ соншалықты кең емес.

3. Есниязов Д.К.

- Қос цементтеу әдісі дегеніміз не?

Жауабы:

- Бірінші қадам - қайта қарау кезінде орнатылатын эндопротездің компоненттерін дайындау. Екінші кезеңде сүйек ақауын модельдеу үшін сүйек цементін дайындаймыз және оны жамбас немесе жіліншік сүйек кемістігінің өлшеміне сәйкес жағамыз. Сүйек цементінің бірінші қабаты полимерленгеннен кейін сүйек цементінің екінші қаптамасы дайындалады және эндопротездеу компоненттері мен сүйек цементінің бірінші қабатының үстіне жағылады. Әрі қарай, эндопротез соңғы күйінде орнатылады.

4. Кауынбекова Ш.М.

- Неліктен алып тастау/шектену критерийлерінде ұсынылған хирургиялық араласу жағында гемипарез көрсетілген? Сіз басқа неврологиялық тапшылықтарды, мысалы, радикулярлық ауырсыну синдромын, дискінің жарығын/грыжа ескердіңіз бе?

Жауабы:

- Зерттеулер радикулярлық ауырсыну синдромы немесе омыртқа аралық дискінің грыжасының өршуі бар емделушілерді қамтыған жоқ.

5. Матюшко Д.Н.

- Зерттеуде бұрын жүргізілген эндопротездеу ұзақтығы қаншалықты маңызды (бір жыл бұрын немесе бес жыл бұрын)? Бұл қосу және алып тастау критерийлерінде қалай көрініс тапты?

- Қорғауға шығарылатын № 1 ережеде нақты қандай өлшем туралы сөз болып отырғаны нақтыланбаған (бір бригаданың операция ұзақтығын азайтуы туралы ма?). Өйткені жалпы

- В рамках проведенного исследования состояние пациентов оценивалось через 6 и 12 месяцев после операции. Всех пациентов мы продолжаем отслеживать самостоятельно. В нашем архиве имеются случаи, период наблюдения которых составили 2 и 2,5 года.

- Формовка аугментов из костного цемента происходит интраоперационно под размер костного дефекта бедренной или большеберцовой костей.

- В контрольной группе данного исследования применялись модульные металлические аугменты, так как данный метод является «золотым стандартом» замещения костных дефектов при ревизионном эндопротезировании коленного сустава. Другие методы также применяются для замещения дефектов, но не так широко.

3. Есниязов Д.К.

- Что означает метод двойного цементирования?

Ответ:

- Первым этапом мы подготавливаем компоненты эндопротеза, которые будут устанавливаться при ревизии. Вторым этапом мы подготавливаем костный цемент для моделирования костного дефекта и наносим его в соответствии с размером костного дефекта бедренной или большеберцовой костей. После полимеризации первого слоя костного цемента, подготавливается вторая упаковка костного цемента, наносится поверх компонентов эндопротеза и первого слоя костного цемента. Далее эндопротез устанавливается в окончательное положение.

4. Кауынбекова Ш.М.

- Почему в критериях исключения указан именно гемипарез на стороне предполагаемого оперативного вмешательства? Учитывали ли Вы другие неврологические дефициты, такие как корешковый болевой синдром, грыжи диска?

Ответы:

- В исследования не включались пациенты с корешковым болевым синдромом или обострением грыжи межпозвоночного диска.

5. Матюшко Д.Н.

- На сколько важна в исследовании давность проведенного эндопротезирования (год назад или пять лет назад)? Как это было отражено в критериях включения и исключения?

- В положении, выносимом на защиту № 1 не конкретизировано о каком именно критерии идет речь (об уменьшении длительности операции одной бригадой?). Так как в общей

ұзактықта статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталған жоқ.

- Әзірленген әдіс туралы сіздің пікіріңіз. Ол тәжірибеден не алады және оның кемшіліктері қандай?

- Қорытындыда ғылыми және нақты сипаттамалар келтіру қажет - қанша пайызға, қанша рет және басқалары (операцияның ұзактығы, қан жоғалту, экономикалық тиімділік және басқалар).

Жауаптар:

- Эндопротез тұрақсыздығының дамуы эндопротездің жұмыс істеуінің бүкіл кезеңінде болуы мүмкін болғандықтан, эндопротез тұрақсыздығының даму мерзімі тек сүйек кемістіктерінің мөлшеріне ғана әсер етуі мүмкін.

- Зерттеуде барлық жүргізілген операциялық араласуларды бағалау және бір операциялық бригада жүргізген операциялық араласуларды бағалау жүргізілді. Бұл сәт маңызды, себебі көлемді операциялық араласуларды жүргізу тәжірибесі операциялық араласудың ұзактығына әсер етуі мүмкін.

- Әзірленген әдіс жамбас және жіліншік сүйектеріндегі кемістіктерін алмастыруға мүмкіндік береді және кемістіктерді қолда барларымен бірдей алмастыру тәсілдерінің бірі болуы мүмкін. Бұл әдісті орындау оңай, кеңінен қолжетімді, сүйек цементінен жасалған аугменттерге антибиотиктерді қосуға мүмкіндік береді, экономикалық тиімді.

- Қорытындыда есеп айырысу нәтижелері ғана көрсетілді және көрсеткіштер қанша есе көп немесе аз екені көрсетілмеді.

6. Сорокина М. А.

- Сіздің зерттеуіңізде әрбір топта 40 пациентті таңдаудың себебі неде?

- Неге жұмыста параметрлік және параметрлік емес көрсеткіштер көрсетілген?

- Зерттеуде сенімді аралық пен стандартты ауытқуды келтіру орынды ма, бұл артық деректер болып табылады ма?

- Жұмыста сіз тек Манна-Уитни критерийін ғана немесе қосымша критерийлерді де пайдаландыңыз ба?

Жауаптар:

- Әрбір топта зерттелген 40 пациенттің іріктемесі орындалған жұмыста статистикалық маңызды айырмашылықтарды алу үшін пациенттердің қажетті санын есептеу арқылы анықталды. Тізе буынын ревизиялық эндопротездеуді және сүйек кемістіктерін ауыстыруды талап ететін

продолжительности статистически значимых различий не выявлено.

- Ваше мнение о разработанном методе. Чем он обладает из опыта и каковы его недостатки?

- В Заключении необходимо привести научные и четкие описания - на сколько процентов, во сколько раз и прочее (длительность операции, кровопотеря, экономическая эффективность и прочее).

Ответы:

- Так как развитие нестабильности эндопротеза может произойти на всем протяжении функционирования эндопротеза, давность развития нестабильности эндопротеза может влиять только на размер костных дефектов.

- В исследовании проводилась оценка всех проведенных оперативных вмешательств и оценка оперативных вмешательств, проведенных одной операционной бригадой. Данный момент имеет важное значение, так как опыт проведения объемных оперативных вмешательств может влиять на длительность оперативного вмешательства.

- Разработанный метод позволяет замещать костные дефекты бедренной и большеберцовой костей и может стать одним из способов замещения дефектов наравне с существующими. Данный метод прост в исполнении, широко доступен, позволяет добавлять антибиотик в аугменты из костного цемента, экономически эффективен.

- В заключении были отражены только результаты расчетов и не было указано во сколько раз больше или меньше показатели.

6. Сорокина М. А.

- Чем обусловлен выбор по 40 пациентов в каждой группе в вашем исследовании?

- Почему в работе указаны параметрически и непараметрические показатели?

- Целесообразно ли приводить в исследовании доверительный интервал и стандартной отклонение, является ли это избыточными данными?

- В работе вы использовали только критерий Манна-Уитни или также и дополнительные критерии?

Ответы:

- Выборка пациентов по 40 исследуемы в каждой группе обусловлено проведением расчета необходимого количества пациентов для получения статистически значимых различий в проведенной работе. Существуют ограничения с набором пациентов связана с небольшим

пациенттердің аз санымен байланысты пациенттерді қабылдауда шектеулер бар.

- Жұмыста қате орын алды, өйткені параметрлік және параметрлік емес критерийлер «критерийлер» деп аталады. Қолданылатын «көрсеткіштер» сөзі «критерийлер» деген сөзбен ауыстырылады.

- Жұмыста статистикалық маңыздылықты бағалаудың бір бөлігі ретінде стандартты ауытқу және сенімді интервал келтірілген. Біз мұны артық көрсеткіш деп есептейміз.

- Манн-Уитни статистикалық критерийі сандық параметрлік емес деректерді бағалау үшін пайдаланылды. Сондай-ақ, жұмыста сапалы параметрлік емес деректерді бағалау үшін Пирсонның Хи-квадраттық статистикалық критерийі қолданылды.

7. Тулеубаев Б.Е.

- Интраоперациялық қан жоғалту қандай әдіспен анықталды?

- Жамбас және жіліншік сүйектері кемістіктерінің көлемі қалай анықталды?

- Буын кеністігінің/саңылауының мөлшерін, тізе буынының байлам аппаратының керілуін интраоперациялық түрде анықтадыңыз ба?

- Патенттік іздеуді қалай жүргіздіңіз, өзіңіз жүргіздіңіз бе? Жұмыста қазақстандық авторлардың дереккөздері жоқ және ТМД авторларының дереккөздері нашар ұсынылған.

Жауап:

- Интраоперациялық қан жоғалту көлемі вакуум-аспиратордағы қан көлемін бағалау жолымен, қан сіңірілген таңу материалын есептеу жолымен айқындалды.

- Сүйек кемістігінің шамасы Андерсон ортопедиялық зерттеу институтының танылған және кенінен пайдаланылатын градациясын пайдалана отырып интраоперациялық айқындалды. Осы шкалаға сәйкес жамбас сүйектері үшін ақаулардың 4 градациясы және үлкен жіліншік сүйектері үшін ақаулардың 4 градациясы бар.

- Иә, интраоперациялық тұрғыдан бұғу және жазу санылауларының мөлшері бағаланды, байламдардың теңгерімі, тізе үстінің биіктігі орнатылды.

- Иә, патенттік іздеуіру дербес жүргізілді. Патенттік іздеуіру PubMed, Google Scholar, Scopus және Web of Science дерекқорларында жүргізілді. Ұсынылған деректер қорында қазақстандық және шетелдік мамандардың еңбектері көп кездеспейтіндіктен, жұмыста отандық және шетелдік авторлардың дереккөздері аз енгізілді.

количеством пациентов требующих ревизионное эндопротезирование коленного сустава и замещение костных дефектов.

- В работе допущена опечатка, так как параметрически и непараметрические критерии именуется именно как «критерии». Использованное слово «показатели» будет заменено на «критерии».

- В работе были приведены стандартное отклонение и доверительный интервал как часть оценки статистической значимости. Мы не считаем это избыточными показателями.

- Статистический критерий Манна-Уитни использовался для оценки количественных непараметрических данных. Также в работе применялся статистический критерий Хи-квадрат Пирсона для оценки качественных непараметрических данных.

7. Тулеубаев Б.Е.

- Каким методом определялась интраоперационная кровопотеря?

- Как определялась величина костного дефекта бедренной и большеберцовой кости?

- Интраоперационно определяли ли вы размер суставной щели, натяжение связочного аппарата коленного сустава?

- Как вы проводили патентный поиск, проводили ли вы его самостоятельно? В работе отсутствуют источники казахстанских авторов и скудно представлены источники авторов СНГ.

Ответ:

- Объем интраоперационной кровопотери определялся путем оценки объема крови в вакуум-аспираторе, путем подсчета пропитанных кровью перевязочного материала.

- Величина костного дефекта определялась интраоперационно с использованием признанной и широко используемой градацией Ортопедического исследовательского института Андерсона. Согласно данной шкале, имеются 4 градации дефектов для бедренной и 4 градации дефектов для большеберцовой костей.

- Да, интраоперационно оценивался размер сгибательной и разгибательной щелей, выставлялся баланс связок, высота надколенника.

- Да, патентный поиск проводился самостоятельно. Патентный поиск проводился в базах данных PubMed, Google Scholar, Scopus и Web of science. В работу было включено мало источников отечественных и зарубежных авторов, так как в представленных базах данных не распространены работы казахстанских и зарубежных специалистов.

Ресми рецензент, PhD, хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры Д.М. Матюшконың сөзі:

1. Жұмыста талқыланатын мәселелер шеңберін тарылту және нақтылау мақсатында диссертация атауының тұжырымдамасын ықтимал өзгертуді талқылау қажет. Қолданыстағы тұжырымдама әдістемелік құралға, клиникалық жағдайды сипаттауға қолайлы.

2. «Зерттеу мақсаты» фрагментінде зат есімдерді пайдалану орынды («тиімділікті бағалау» емес, «тиімділікті бағалау»).

3. 3-тармақ және 4 зерттеу міндеті іс жүзінде ұсыну тәсіліне өте ұқсас, бірақ сонымен бірге әртүрлі етістіктер қолданылады – «салыстыру» және «есептеу». Екі есепті бір тапсырмаға біріктіру ұсынылады; немесе екі жағдайда да «салыстыру» сөзін қолдану.

4. Ғылыми жаңалықтың 3-тармағы және Әзірленген отандық протез туралы практикалық маңыздылықтың 1-тармағы, автордың диссертациялық жұмыста өзіне мұндай міндеттер қоймағанын ескере отырып, орынды емес.

5. Автордың диссертациялық жұмысында мұндай міндеттер қойылмағанын ескере отырып, практикалық маңыздылықта 4-тармақты келтіру қаншалықты орынды екенін талқылау қажет.

6. Қорғауға шығарылатын № 1 ережеде нақты қандай өлшем туралы сөз болып отырғаны нақтыланбаған (бір бригаданың операция ұзақтығын азайтуы туралы ма?). Өйткені жалпы ұзақтықта статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталмаған.

7. 1-міндет қорғауға шығарылатын тұжырым мен ереже қысқаша тұжырымдауды талап етеді. Қолданыстағы мәтінде қысқаша қорытынды жоқ, ереже қалыптастырылмаған.

8. Әдебиетке шолудың 1.1-тармағында ҚР және әлемдегі операциялар санының өсуін көрнекі сүйемелдейтін және бейнелейтін кестені келтіру ұсынылды.

9. Автордың идеясы бойынша әдебиеттерге шолу іс жүзінде зерттеу міндеттерінің бірін жүзеге асыратындығын ескере отырып, шолуға аналитикалық, құрылымдық және «ғылыми» көрініс беру ұсынылады. Нұсқа ретінде диссертация авторы мен әлемдік зерттеушілер үшін сүйек ақауларын алмастырудың мінсіз тәсілі болуы тиіс ең маңызды критерийлер/белгілер тұжырымдалатын қандай да бір қорытынды кестені құру арқылы іске асыруға болады; содан кейін Шолуда келтірілген барлық тәсілдер иә/жоқ (ие/ие емес) қағидаты бойынша «тестілеу». Кесте тәсілдердің кемшіліктерін, одан әрі іздестіруді және ғылыми

Выступление официального рецензента Матюшко Д.М., PhD, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней:

1. Необходимо обсуждение возможного изменения формулировки названия диссертации с целью сужения и конкретизации круга обсуждаемых в работе вопросов. Действующая формулировка более подходит для методического пособия, описания клинического случая.

2. Во фрагменте «Цель исследования» уместнее употреблять существительные (не «оценить эффективность», а «оценка эффективности»).

3. Пункт 3 и 4 задача исследования по сути очень схожи по манере преподнесения, но при этом употребляются разные глаголы – «сравнить» и «рассчитать». Рекомендовано либо объединить две задачи в одну; либо в обоих случаях применить формулировку «сравнить».

4. Пункт 3 Научной новизны и Пункт 1 Практической значимости о разработанном отечественном протезе не совсем уместно приводить, учитывая, что автор не ставит себе таких задач в диссертационной работе.

5. Требуется обсуждение на сколько уместно приводить Пункт 4 практической значимости, учитывая, что автор не ставит себе таких задач в диссертационной работе.

6. В положении, выносимом на защиту № 1 не конкретизировано о каком именно критерии идет речь (об уменьшении длительности операции одной бригадой?). Так как в общей продолжительности статистически значимых различий не выявлено.

7. Задача 1 требует лаконичной формулировки вывода и положения выносимого на защиту. В действующем тексте лаконичный вывод отсутствует, положение не сформулировано.

8. В п. 1.1 Обзора литературы рекомендовано привести график, наглядно сопровождающий и иллюстрирующий рост количества операций в РК и мире.

9. Учитывая, что по задумке автора Обзор литературы по сути реализует целую одну из задач исследования, рекомендовано придать Обзору несколько более аналитический, структурированный и "научный" вид. Как вариант реализация возможна через создание некоей резюмирующей таблицы, в которой будут сформулированы наиболее важные для автора диссертации и мировых исследователей критерии/признаки, которыми должен обладать идеальный способ замещения костных дефектов; затем все приведенные в Обзоре способы "протестировать" по принципу да/нет (обладает/не обладает). Вероятнее всего, таблица будет

іздістiрудi талап ететiн шешiлмеген мәселелердi көрнекi түрде көрсетедi; тұжырымдар мен ережелердi тұжырымдауға мүмкiндiк бередi.

10. Зерттеуде бұрын жүргiзiлген эндопротездеу ұзақтығы қаншалықты маңызды (бiр жыл бұрын немесе бес жыл бұрын)? Бұл қосу және алып тастау критерийлерiнде қалай көрiнiс тапты?

11. 21, 22, 25-суреттер жұмыста артық және оқырманға ешқандай мағыналық сипат жүктемейдi.

12. Диссертацияның 3-бөлiмi көптеген сұрақтар тудырады. Бұл бөлiм нелiктен жұмыста пайда болады? Диссертацияда осындай мiндеттер болды ма? Бұл протездi қашан және кiм әзiрледi (аппаратты тек Қосымшадан алуға болады)? Техникалық тапсырманы кiм орындады? Осы өнертабыс бойынша жарияланған жұмыстар мен зерттеулер бар ма? Автордың диссертациялық жұмысында осы сұрақтарға жауап беруiн қалаймын.

13. 4-бөлiмнiң көптеген суреттерiнде ағылшын тiлi қамтылған, сондай-ақ қолда бар шартты белгiлердiң толық жазылуы көрсетiлмеген. Не ашып көрсету, не мүлдем алып тастау қажет; сондай-ақ диссертацияның бiрыңғай тiлiне әкелу қажет.

14. Перипротездiк инфекцияның болуы/болмауы өте шартты және субъективтi түрде бағаланды. Қандай жағдайларда перипротездiк инфекция бар екенiн және қайсысында жоқ екенiн ашып көрсету керек? Егер белгiлер жиынтығы болғанда немесе бiр белгi жеткiлiктi болғанда ма?

15. Клиникалық жағдайлардың сипаттамасы 12 беттен тұрады. Бұл көп емес пе? Оқырманда бұл тек беттер санын көбейту мақсатында берiлгендей әсер қалдыруы мүмкiн.

16. Қорытындыда ғылыми және нақты сипаттамалар келтiру қажет - қанша пайызға, қанша рет және басқалары (операцияның ұзақтығы, қан жоғалту, экономикалық тиiмдiлiк және басқалар).

Жауап:

- Аткарылған жұмыс пен ескертулер үшiн Сiзге алғыс айтамын. Барлық тармақтар түзетiлетiн болады.

Ресми рецензент, м.ғ.к., Хирургиялық аурулар кафедрасының қауымдастырылған профессоры М.Ж. Давлетбаевтың сөзi:

1. Диссертациялық жұмыста пайдаланылған дереккөздер көбiнесе шетелдiк авторлармен ұсынылған, ал отандық авторлар аз мөлшерде ұсынылған.

наглядно демонстрировать недостатки способов, нерешенные вопросы, требующие дальнейшего поиска и научных изысканий; позволит сформулировать выводы и положения.

10. На сколько важна в исследовании давность проведенного эндопротезирования (год назад или пять лет назад)? Как это было отражено в критериях включения и исключения?.

11. Рисунки 21, 22, 25 лишние в работе и не несут никакой смысловой нагрузки для читателя.

12. Раздел 3 диссертации вызывает множество вопросов. Почему этот раздел появляется в работе? Были ли такие задачи в диссертации? Как давно и кто разработал этот протез (информацию можно получить только в Приложении)? Кто выполнял техническое задание? Есть ли опубликованные работы и исследования по данному изобретению? Хотелось, чтобы автор привел ответ на эти вопросы в диссертационной работе.

13. В многочисленных рисунках Раздела 4 содержится английский язык, а также не указаны расшифровки имеющихся условных обозначений. Необходимо либо расшифровать, либо вовсе убрать; а также привести к единому языку диссертации.

14. Наличие/отсутствие перипротезной инфекции оценивалось очень условно и субъективно. Необходимо расшифровать в каких случаях признавалось, что перипротезная инфекция есть, а в каких нет? При наличии совокупности признаков, или достаточно было одного признака?

15. Описание клинических случаев занимает 12 страниц. Не много ли приведено? У читателя может сложиться впечатление, что приведено лишь с целью увеличить количество страниц.

16. В Заключение необходимо привести научные и четкие описания - на сколько процентов, во сколько раз и прочее (длительность операции, кровопотеря, экономическая эффективность и прочее).

Ответ:

- Благодарю Вас за проделанную работу и замечания. Все пункты будут исправлены.

Выступление официального рецензента Давлетбаев М.Ж., к.м.н., Ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней:

1. Используемые в диссертационной работе источники в большей степени представлены зарубежными авторами, а отечественные авторы: представлены в меньшем количестве.

