

Заключение

диссертационного совета Д 208.125.01, созданного на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации по диссертации Сакало Виктории Анатольевны на тему «Прогнозирование, диагностика и лечение фето-фетального трансфузионного синдрома при монохориальной многоплодной беременности», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – Акушерство и гинекология.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

разработана новая научная идея, обогащающая научную концепцию и расширяющая представления о патогенезе, диагностике и лечении фето-фетального трансфузионного синдрома;

предложена оригинальная научная гипотеза о взаимосвязи патологии сердечно-сосудистой системы плодов в раннем неонатальном периоде и перенесенным фето-фетальным трансфузионным синдромом;

доказана перспективность использования новых идей в науке и практике, в частности определение N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пропептида и таких метаболомных паттернов как 3-гидроксипутират и 2-кетоглутаровая кислота в околоплодных водах плода-реципиента в качестве маркеров кардиомиопатии плодов и новорожденных;

введены новые понятия относительно факторов риска антенатальной гибели плодов, основанные на УЗИ-параметрах, таких как: прикрепление пуповины, характер кровотока в артерии пуповины, венозном протоке и средней мозговой артерии.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что:

доказаны положения, вносящие вклад в расширение представлений о наиболее оптимальном и патогенетическом методе лечения фето-

фетального трансфузионного синдрома, который сопровождается меньшим количеством осложнений;

применительно к проблематике диссертации эффективно использован комплексный подход, включающий современные инструментальные, лабораторные, постгеномные методы в изучении течения фето-фетального трансфузионного синдрома, начиная с первого триместра беременности, на протяжении антенатального периода, а также в неонатальном периоде;

изложены аргументы, свидетельствующие о целесообразности проведения эхокардиографического исследования плодов, а также использования постгеномных метаболомных подходов в качестве предикторов развития тяжелой кардиомиопатии в неонатальном периоде;

раскрыты несоответствия общей неонатальной заболеваемости, а также патологии сердечно-сосудистой системы у плода-донора и плода-реципиента. У плода-реципиента достоверно чаще наблюдались тяжелые перинатальные поражения ЦНС и сердечно-сосудистой системы, проявляющиеся в гипертрофии миокарда, стенозе легочной артерии. У плода-донора диагностировалась патология аорты.

изучены факторы риска послеоперационных осложнений и неблагоприятных исходов фетоскопической лазерной коагуляции сосудистых анастомозов при различных методах оперативного лечения фето-фетального трансфузионного синдрома;

проведена модернизация алгоритмов ведения монохориальной многоплодной беременности, осложненной фето-фетальным трансфузионным синдромом. Предложен способ формирования когорты пациенток высокого риска развития сердечно-сосудистой патологии плодов и их антенатального ведения.

Значение полученных соискателем результатов для практики подтверждается тем, что:

разработаны и внедрены в практическую деятельность врачей акушерских отделений, отделения ультразвуковой и функциональной диагностики, а также клинических лабораторий ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России новые технологии предикции сердечно-сосудистой патологии плодов при фето-фетальном трансфузионном синдроме. Полученные результаты использованы при написании клинических рекомендаций «Многоплодная беременность» Минздрава России, благодаря чему усовершенствованы образовательные технологии;

определены перспективы практического использования предложенной модели прогнозирования фето-фетального синдрома и алгоритма ведения беременности в клинической практике;

создана система практических рекомендаций и алгоритм формирования когорты пациенток высокого риска формирования сердечно-сосудистой патологии плодов и их антенатального ведения;

представлены методические рекомендации для более высокого уровня оценки состояния сердечно-сосудистой системы плодов и новорожденных при фето-фетальном трансфузионном синдроме.

Оценка достоверности результатов исследования выявила:

Результаты получены на сертифицированном оборудовании, с использованием современных методов. Объем выборки пациенток, включенных в исследование, был достаточен для решения поставленных задач;

теория построена на известных, проверяемых данных и фактах, согласуется с опубликованными данными по теме диссертации о высоком риске неблагоприятных перинатальных исходов, характерном для специфических осложнений монохориального многоплодия (Lewi L, Gucciardo L, Huber A, et al. 2008; Lopriore E, Middeldorp JM, Oepkes D, et al., 2007; Gratacós E, Lewi L, Munoz B, et al. 2007; Berg C, Holst D, Mallmann MR, et al., 2014), о возможности прогнозирования фето-фетального

трансфузионного синдрома на основании эхографических маркёров первого триместра беременности (Casasbuenas A, Wong AE, Sepulveda W., 2008; Fratelli N, Prefumo F, Fichera A, et al., 2011), о роли монохориальной плаценты в развитии осложнений (Lewi L, Cannie M, Blickstein I, et al., 2007; Zhao DP, de Villiers SF, Slaghekke F, et al., 2013), о возможности внутриутробной хирургической коррекции специфических осложнений монохориальной многоплодной беременности (Roberts D, Neilson JP, Kilby MD, Gates S, 2014; Slaghekke, van den Wijngaard et al., 2015; Tollenaar L S A, Slaghekke F, Lewi L, et al., 2020; Berg C, Holst D, Mallmann MR, et al., 2014);

идея базируется на анализе практики, обобщении передового опыта ведения монохориальной многоплодной беременности как в норме, так и при фето-фетальном трансфузионном синдроме;

использованы сравнение авторских данных и данных, полученных ранее и описанных в мировой литературе по рассматриваемой тематике (Di Mascio D, Acharya G, Khalil A, et al., 2019; Habli M., Michelfelder E., Cnota J., 2012; Lopriore E, Middeldorp JM, Oepkes D, et al., 2007; Odibo AO, Cahill AG, Goetzinger KR, et al., 2013; Rossi AC, D'Addario V., 2008; Ruano R, Rodo C, Peiro JL, et al., 2013; Pagani G, D'Antonio F, Khalil A, et al., 2013; Rychik, J., Tian, Z., Bebbington, M. et al, 2007);

установлены качественные совпадения полученных результатов с данными ряда отечественных и зарубежных авторов по рассматриваемой проблеме (Casasbuenas A, Wong AE, Sepulveda W, 2008; Eixarch E, Valsky D, Deprest J, et al., 2013; Kalafat E., Sebghati M., Thilaganathan B., Khalil A., 2019);

использованы современные методики сбора и обработки первичной документации, сбора, хранения, анализа, первичной обработки и представления клинического материала, представлены репрезентативные выборки, позволяющие четко сформировать группы и выявить статистически значимые различия. Статистическая обработка данных

выполнена с помощью программ Microsoft Excel (Microsoft office, USA), GraphPad Prism 8 (GraphPad Software, USA).

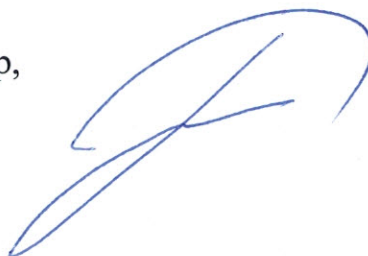
Личный вклад соискателя состоит в:

непосредственном участии автора на всех этапах выполнения диссертационной работы: выборе темы диссертационной работы, поиске и обработке данных литературы по теме диссертации, определении целей и задач исследования, разработке индивидуальной анкеты для сбора анамнеза и добровольного информированного согласия на проведение исследования, изучении анамнеза, результатов клинико-лабораторного обследования пациенток. Автор лично принимал участие в ведении пациентов, включенных в исследование. Автор лично собирал материал, а также принимал непосредственное участие в получении, анализе и интерпретации полученных данных, их обобщении и статистической обработке. Автором самостоятельно написан текст диссертации, автореферат, сформированы выводы, практические рекомендации, научные положения. Автором подготовлены публикации по теме исследования.

Проект заключения диссертационного совета подготовили члены диссертационного совета Д 208.125.01:

Председатель комиссии:

доктор медицинских наук, профессор,
профессор РАН



Шмаков Р.Г.

Члены комиссии:

доктор медицинских наук, профессор



Ходжаева З.С.

доктор медицинских наук, профессор



Гус А.И.