

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
им. И. К. Ахунбаева**

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. Б. Н. Ельцина**

**ЗАСЕДАНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д 14.23.690  
по предварительному рассмотрению диссертационной работы  
Протокол заседания № 8**

**20.05.2024 г.**

**г. Бишкек**

**Председательствующая диссертационного совета Д 14.23.690 - д.м.н.,  
профессор Султаналиева Р. Б.**

**Ученый секретарь диссертационного совета Д 14.23.690 - к.м.н.,  
доцент Ибраимова Д. Д.**

На заседании диссертационного совета присутствовали: д.м.н., профессор Каратаев Мадамин Мусаевич (14.02.03); д.м.н., профессор Султаналиева Роза Бакаевна (14.01.02); к.м.н., доцент Ибраимова Джылдыз Джумадилловна (14.02.03); д.м.н., профессор Абилов Болот Арипович (14.02.03); д.м.н., доцент Авасов Бактыбек Артисбекович (14.01.02); д.м.н., профессор Джумалиева Гульмира Артыкбаевна (14.02.03); д.м.н., профессор Куракбаев Куралбай Куракбаевич (14.02.03); д.м.н. Майканаев Болот Бекташевич (14.02.03); д.м.н., профессор Мамбетов Марат Авалович (14.02.03); д.м.н., профессор Нажмутдинова Дилором Камардиновна (14.01.02); д.м.н., профессор Нурманбетов Жумагул Нурманбетович (14.01.02).

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - На основании явочного листа диссертационный совет правомочен провести предварительное рассмотрение диссертации, так как согласно явочному листу, присутствуют 11 членов совета из 13 (должно быть не менее 11 человек), из них по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение - 6 докторов медицинских наук, 1 – кандидат медицинских наук.

- Он-лайн участвует д.м.н., профессор Куракбаев Куралбай Куракбаевич (г. Алмата), Нажмутдинова Дилором Камардиновна (г. Ташкент).

Повышение квалификации проходил в 2009 году в Турции, в 2011 году в Российской медицинской академии последипломного образования г. Москва.

Бабаев Ф.Г. является главным нефрологом и главным экспертом по гемодиализу Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики. Член Европейской Ассоциации Нефрологов, официальный представитель по Азербайджану и Средней Азии Общества Трансплантологов Мира, председатель Общества Нефрологов Азербайджана.

В 2018 году Бабаев Ф.Г. Указом Президента Азербайджанской Республики Ильхама Алиева награжден медалью «Прогресс».

Бабаев Ф.Г. автор 5 монографий, более 50 научных статей (из них 22 опубликованы за рубежом), 8 научно-медицинских пособий, 1 рационализаторского предложения, 3 клинических протоколов по почечной недостаточности и гемодиализу.

Тема диссертации переутверждена решением Ученого совета Кыргызского государственного института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова 29 марта 2019 года (протокол № 5) с «Организация гемодиализной помощи в Азербайджане в условиях реформирования системы здравоохранения» на «Пути совершенствования экстракорпорального метода лечения хронической болезни почек в Азербайджане» по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение», научный консультант - д.м.н., профессор Каратаев Мадамин Мусаевич.

В деле имеется:

- Протокол апробации диссертации. Апробация диссертации проведена онлайн в Кыргызском государственном институте переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова 16 ноября 2023 года.

- Экспертное заключение диссертационного совета Д 14.23.690 при Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева, соучредитель Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение в составе: д.м.н., профессора Абилова Болота Ариповича, д.м.н. Майканаева Болота Бекташевича, д.м.н. Салибаева Осмон Абдыкапаровича представлено 15 мая 2024 года.

- Акт проверки достоверности первичного материала экспертной комиссией диссертационного совета Д 14.23.690 от 15 мая 2024 года.

**Председательствующая Султаналиева Р.Б.** - Какие вопросы есть по анкетным данным и документам?

- Нет.

- Слово предоставляется соискателю Бабаеву Фаризу Ганифа Оглы для оглашения основных положений диссертации (до 20 мин.).

**Соискатель к.м.н. Бабаев Ф.Г.** делает краткое сообщение об основных положениях диссертации.

- Необходимо нам согласовать регламент проведения заседания:
- на доклад соискателя - до 20 мин.
- на выступление членов диссовета - до 5 мин.
- на выступление членов экспертной комиссии - до 15 мин.
- Кто за данный регламент, прошу проголосовать.
- Единогласно утверждается регламент проведения заседания.

**Председательствующая Султаналиева Р.Б.** - зачитывает повестку дня.

### **ПОВЕСТКА ДНЯ:**

Предварительное рассмотрение диссертации Бабаева Фариза Ганифа Оглы на тему: **«Пути совершенствования экстракорпорального метода лечения хронической болезни почек в Азербайджане»**, представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Каратаев Мадамин Мусаевич.

Слово предоставляется ученому секретарю диссертационного совета доценту Ибраимовой Джылдыз Джумадиловне для ознакомления с анкетными данными диссертанта.

**Ученый секретарь к.м.н., доцент Ибраимова Д.Д.** докладывает: Бабаев Фариз Ганифа Оглы 1963 года рождения. В 1986 году окончил Азербайджанский государственный медицинский институт имени Н. Нариманова, лечебно-профилактический факультет, с отличием. В 1986-1987 годы проходил интернатуру в терапевтическом отделении Городской клинической больницы им. Н. Семашко в г. Баку. В 1987-1989 годы работал участковым терапевтом в Ленкоранской Центральной больнице. В 1989-1991 годы проходил клиническую ординатуру в Азербайджанском государственном институте Усовершенствования Врачей имени А. Алиева, по специальности «Внутренние болезни (нефрология)». В 1991-1995 годы – младший научный сотрудник лаборатории гемодиализа и пересадки почки Научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии им. Т. Топчубашева. В 1994 году успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Состояние липидного спектра лимфоцитарных мембран при хроническом гломерулонефрите и почечной недостаточности».

В 1995-2000 годы – старший научный сотрудник лаборатории гемодиализа и пересадки почки Научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии им. Т. Топчубашева.

2000-2003 - старший научный сотрудник лаборатории гемодиализа Государственного института усовершенствования врачей им. А. Алиева.

2003-2021 годы - заведующий отделением гемодиализа Республиканской клинической урологической больницы им. М. Джавадзаде.

С сентября 2021 года и по настоящее время директор клиники Республиканской клинической урологической больницы им. М. Джавадзаде.

**Председательствующая Султаналиева Р.Б.:** - Доклад окончен, уважаемые члены диссертационного совета, пожалуйста, задавайте вопросы Бабаеву Фаризу Ганифа Оглы по основному содержанию диссертации. Пожалуйста, Дилором Камардиновна.

**Д.м.н., профессор Нажмутдинова Д.К.:** - Можно вопрос? Очень интересная работа, уважаемый Бабаев Ф.Г.

1. Назовите причины почечной недостаточности, которые привели к гемодиализу?

**Ответ соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Спасибо за вопрос. Основные причины почечной недостаточности – это хронические заболевания почек, хронические полиневриты, наследственные заболевания почек, это урологические патологии, которые приводят к потере функций почек, и с другой стороны это проблемы для всего мира - это гипертонические болезни и сахарный диабет. Около 40% наших больных, которые получают гемодиализ, это пациенты с гипертонией и сахарным диабетом, осложненные почечной недостаточностью. Хорошо было бы, если нефрологическая служба, если была бы диспансеризация и если в сельских районах, отдаленных от центра, были нефрологи, которые бы обследовали больных в начальных стадиях, то тогда эффект лечения конечно бывает ещё лучше, чем при запущенных формах. На сегодняшний день у нас, за последние пять лет, рост больных уменьшился, потому что снизился рост больных хронических болезней почек, потому что работает нефрологическая служба, но при сахарном диабете, гипертонической болезни, хотим или нет, через пять лет начинаются осложнения со стороны почек, что приводят к терминальной почечной недостаточности, которым уже необходимо лечение гемодиализом.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Дилором Камардиновна, Вы удовлетворены ответом?

**Д.м.н., профессор Нажмутдинова Д.К.:** - Да, вполне.

**Д.м.н., профессор Джумалиева Г.А.:** - Здравствуйте, спасибо за доклад. У меня три вопроса.

1. Вы говорите, у Вас 54 диализных центра, а каково население в стране?

2. Как я поняла, в связи с увеличением количества диализных центров и количества оборудования, стоимость гемодиализа на одного пациента резко упала. Правильно, да?

3. У Вас есть слайд по прогностическому риску смерти. Хотелось бы, чтобы Вы просто пояснили там одну цифру. Риск умереть в течении каждого года наблюдения. Можете пояснить, это просто общее количество или, что за цифра, потому что обычно риск либо относительный риск или по отношению к какой-то группе, что эта за цифра.

**Ответы соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Спасибо за вопрос.

1. У нас в Азербайджане 53 центра, население Азербайджана 10 миллиона 758 тысяч человек.

2. На счет финансового обеспечения, стоимость одного сеанса 100 манат, было в начале 97 манат. При выявление почечной недостаточности пациент не только получает сеанс идет чисто механически, там по показаниям им назначается лекарство. Если они приходят с осложнениями почечной недостаточности со стороны других органов, приходится больше лекарств использовать, а это все экономические затраты. Поэтому вовремя выявляются больные, и они уже находятся в регистре, и под наблюдением специалистов, тогда мы можем и делаем это вовремя. Если нет необходимости назначения других лекарственных средств, поэтому уменьшаются затраты.

3. Риск умереть в течении каждого года наблюдения. Мы здесь дали абсолютное число, каждый сеанс – это риск смерти, потому что в течение 4-х часов идет процедура и персонал следит за тем, чтобы не возникли осложнения. Допустим повышение артериального давления или какие-то жалобы больного, а так в принципе аппарат работает и, может быть, внезапная остановка сердца. Поэтому нами взято абсолютное число риска смерти.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Гульмира Артыкбаевна, Вы удовлетворены ответом?

**Д.м.н., профессор Джумалиева Г.А.:** - Да.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Коллеги, у кого есть вопросы? Пожалуйста, Жумагул Нурманбетович.

**Вопросы д.м.н., профессора Нурманбетова Ж.Н.:** - Уважаемый Ганифа Оглы, скажите пожалуйста.

1. С чем связано количество больных на диализ?
2. Кроме диализа, какие виды экстракорпорального лечения Вы применяли и применяются ли?
3. Как можно предупредить и не допустить до диализа?

**Ответы соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Спасибо за вопрос.

1. Увеличение количества больных связано с лучшей диагностикой. Раньше больные погибали, даже я помню лет 20 тому назад, больные попадали к гастроэнтерологам, с кровотечением к хирургам. Потом мы выясняли, что кровотечение из-за уремии. У них кровотечение, больные со сниженным артериальным гипертонией, попадали кардиологам, а это все было последствия. Больные попадали к гематологам с анемией. Потом выяснялось, что это из-за почечной недостаточности у них развивалась анемия. Диагностика сейчас улучшилась, и лаборатории по всей республике, во всех центрах и даже в сельских больницах. Для сравнения скажу, в Азербайджане на миллион населения приходится 500-550 больных, а в Германии это где-то 900-950

больных, в Японии это число 1700-1750 больных на миллион населения. Это не говорит о том, что в Японии ниже, чем допустим наши. Нет, на самом деле у них выявляемость очень хорошая, более усовершенствованные диагностические методы. Вот поэтому у нас тоже такой рост.

2. Кроме гемодиализа есть другие методы экстракорпорального лечения, это перитонеальный диализ, у нас пока не очень развит. Но у нас есть пациенты, которые получают перитонеальный диализ, но пока это не очень совершенная методика, но мы думаем в дальнейшем это тоже развивать. Это тоже очень хороший метод, это даже более экономичный метод, но пока у нас на стадии развития.

3. Больные, у которых мы диагностируем какую-либо почечную патологию или пациенты с наследственными заболеваниями почек они всегда под наблюдением врачей нефрологов и вовремя получают лечение, чтобы они не доходили до почечной недостаточности. Иногда бывает, что люди отказываются от лечения, поэтому есть больные, которые иногда в тяжелом состоянии попадают на диализ, но это опять-таки лица, которые не приходят к врачу и лечатся не своевременно.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Жумагул Нурманбетович, Вы удовлетворены ответами?

**Д.м.н., профессор Нурманбетов Ж.Н.:** - Да.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Коллеги, у кого есть вопросы? Пожалуйста, Бактыбек Артисбекович.

**Вопросы д.м.н. Авасов Б.А.:** - Уважаемый соискатель, большое спасибо за интересный доклад. Работа докторская, я так думаю, вопросов будет много, так как тема очень интересная. У меня к Вам несколько вопросов.

1. Клинический материал у Вас полностью ретроспективный или проспективный?

2. Я немножко не понял, летальность у Вас была 22%, это ретроспективно или что? Какова сейчас ситуация с летальностью?

3. У Вас целый раздел предусмотрен для психических осложнений больных. Чем обусловлено развитие психических осложнений?

4. Какой процент гемодиализных больных у Вас переведен в группу трансплантации?

5. Какова ситуация с пересадкой почки в настоящее время у Вас в Азербайджане?

6. Каково должно быть количество врачей и среднего персонала в отделениях гемодиализа? На основании, каких данных, Вы высчитываете потребность в кадрах, вакансиях? Спасибо.

**Ответы соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Спасибо за Ваши вопросы, я с удовольствием отвечу.

1. Клинический материал, так как мы охватили десятилетний период, у нас ретроспективный анализ, потому что исследование проводилось не только по центру, но и по всей республике по данным за прошлые годы.

2. Летальность 22%, но это каждый год меняется, мы делаем статистику в конце года, опять-таки по данным всех медицинских диализных центров республики включая и каждый год это меняется, конечно же. В последний год летальность была 19% за год из всех больных и это опять-таки определяется на каждый год на больных всей республики.

3. Во всех центрах есть ставки врачей психиатров и психологов. Больные понимают, что их жизнь всегда значит, связана с аппаратом, они должны через это прийти на эмоциональное лечение. Мы здесь видели семьи, когда брат хочет сам убить своего брата, потому что тот здоров, а он больной и «я через день хожу на гемодиализ». Это чисто эмоционально очень плохо действует, иногда даже бывают случаи, когда родители от детей хотят отказаться или наоборот дети отказываются, потому что смотреть за этими больными, они все время у них какие-то жалобы. Бывает очень много недовольств, но с больными работать, чтобы они были полноценными в эмоциональном состоянии.

4. Отбор для трансплантации почек в основном на сегодняшний день делается из больных, которые получают гемодиализ, потому что лично попасть на трансплантацию почек это тоже у нас охватывает государственная программа по трансплантации почки. Так как больные не вовремя приходят к врачам у них в начальных стадиях они пока не попадают или понимают, что пересадка для них это освобождение от гемодиализа тоже, а все больные пока попадают на диализ, а потом мы ищем для них донора. Здесь есть один момент, трансплантация у нас в Азербайджане имеет свою историю. Это в бывшем Советском союзе второй центр по крови, там сейчас я где руковожу, моим учителем академиком Джавад-Заде была проведена пересадка почек в 1971 году в Баку, в Москве это было в 1968 году. Первая трансплантацию провели у нас в стенах нашей клиники, но до 1985 года было 35 пересадок почек, тогда еще Вы знаете, все было связано с Москвой, все-таки это все было централизовано и потом распад Союза процесс было приостановлено, сейчас у нас опять программа принята по трансплантации почек. Проблема в чем? Пока у нас донорская почка только родственная, у нас пока трупные почки опять-таки из-за ментальных соображений не применяются. Можно было бы убедить людей, что можно взять органы у тех, которые попали допустим в аварию, где получили черепные травмы.

5. На счет медперсонала. На основании Российских и Турецких нормативов у нас была методическая рекомендация, которую мы выпустили 5 лет назад. Обычно во всем мире так, на шесть диализных больных одна медсестра, на 10 больных один нефролог.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Бактыбек Артисбекович, Вы удовлетворены ответами?

**Д.м.н. Авасов Б.А.:** - Да.

**Председательствующий д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - У меня просьба, Фариз Ганифа Оглы. Ответы Ваши должны быть лаконичными, короткими, по существу. Коллеги, у кого есть вопросы? Пожалуйста, Марат Авалович.

**Вопросы д.м.н., профессора Мамбетова М.А.:** - Уважаемый Фариз Ганифа Оглы, такие вопросы.

1. Скажите, пожалуйста, каков процент охвата гемодиализа за счет бюджетных средств и каков процент за счет частной структуры?

2. Какова эффективность и контроль за приобретением расходных материалов, поскольку это очень важно, за счет бюджетных средств.

3. Какова продолжительность жизни тех больных, которые начали принимать гемодиализ и тех, кто умирает?

4. Кем контролируется очередность гемодиализа?

**Ответы соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Спасибо за Ваши вопросы.

1. В Азербайджане 55 центра, которые действуют на основе государственного сектора и 7 частных сектора. У нас сейчас принята страховая медицина, диализные расходы покрывают и в частных центрах тоже.

2. Насчет контроля эффективности расходов. Проводятся тендеры, тендеры проводят только у нас Министерство здравоохранения.

3. Продолжительность жизни. У нас был больной, который получал 26 лет гемодиализ. А на сегодняшний день, у нас пациентка 19 лет получает диализ. У нас 10-ти летняя выживаемость где-то около 40%.

4. Как контролируется эффективность и отбор данных. У нас есть регистр, все центры вводят своих больных со своими данными, лабораторными данными и все врачи, заходя в систему все видят.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Марат Авалович, Вы удовлетворены ответами?

**Д.м.н., профессор Мамбетов М.А.:** - Да.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - У кого есть вопросы? Пожалуйста, Куралбай Куракбаевич.

**Д.м.н., профессор Куракбаев К.К.:** - Добрый день. Работа очень интересная. У меня возникает несколько вопросов.

1. Временной фактор, по которому был проведен анализ. Значит если посмотреть по материалам диссертации, получается статистические данные охватили с 2009 по 2019 год, аналитический материал начинается с где-то с 2013 года, где-то с 2015 года. Какой принцип был заложен автором, когда определял сроки исследования, не вкладывается ни в пятилетку, ни в



десятилетку, даже ни в период, действия государственных программ развития здравоохранения Азербайджана.

2. Мы видим, что за это время, за определенное время с 2008 года оснащенность гемодиализными аппаратами значительно улучшилась. Если посмотреть количество хронических больных, то ежегодное количество получивших гемодиализное лечение, остается стандартными в пределах 520-540 человек, начиная с 2014 года по 2019 год. Я могу даже зачитать, что вот допустим 2014 год - 516 больных, 2015 год - то есть мужчины и женщины 522, 518, 516 – вот не понятно. Количество аппаратов увеличилось, доступность как увеличилась? Но в то же время количество больных, получивших диализное лечение, остается стабильным стандартным, это тоже надо объяснить.

3. По предлагаемым рекомендациям по совершенствованию организации помощи больных, показано, что акцент идет по схеме на лиц старше 50 лет, то якобы там с этого возраста увеличивается количество больных, нуждающихся в гемодиализном лечении. В то же время, по статистическим данным, у автора, который приводится, до 50 летнего возраста страдает и нуждается в лечении, получении гемодиализа до одной трети больных. Почему такой акцент на возрасте старше 50 лет?

**Ответы соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Спасибо за Ваши вопросы.

1. Насчет сроков исследования. Начиная с 2006 года, так как была принята государственная программа, было всего 3 центра. С 2008 по 2014 годы был бум по гемодиализу, было много центров и в основном тогда мы охватили все регионы Азербайджана во всех центрах, поэтому мы взяли данные и тех лет, потому что если сделать ретроспективный анализ надо было их тоже учесть, потому что это сейчас все центры работают, принимают больных, у нас нет очереди. Поэтому этот период для нас был очень интересен, потому что очень много больных и этих центров.

2. Число больных, каждый год число больных растет у нас 2500 больных по республике, 2016 году - 2350 больных, 2018 году - 3927 больных, 2019 году - 4106 больных и каждый год увеличивается число больных и аппараты увеличиваются.

3. То, что в регистре отметили старше 50 лет, то в этом возрасте возможно и другие заболевания, сопутствующие, в основном все больные под контролем, более щадящий подход, чтобы учесть сопутствующие заболевания, чтобы не было осложнений во время проведения сеанса гемодиализа, больше внимания для них.

**Д.м.н., профессор Куракбаев К.К.:** - Извините, вот Ваши цифровые данные. 2014 год количество аппаратов - 445, 2019 год количество аппаратов - 716, то есть в два раза увеличилось, но количество пролеченных больных суммарно в 2014 году составляет около 1000 человек, в 2019 году тоже самое около 1000 человек, то есть количество охваченных больных не увеличилось при увеличении количества аппаратов, это не совсем понятно. Средняя нагрузка на одно место диализа из числа проведенных сеансов в год составила в

2014 году - 5,8 сеанса, 2015 году - 6,1 сеанса. Аппараты увеличились, сеансы тоже не увеличились. Почему так происходит? Это Ваши цифровые данные.

**Ответ соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Это показатель на 100 тысяч населения. У нас население возросло от 7 миллионов до 10 миллионов. Мы брали показатели на 100 тысяч населения, вот поэтому цифры немножко близки друг другу, а так диализные сеансов было 352000 и стало 530000, большим проводились все сеансы.

**Д.м.н., профессор Куракбаев К.К.:** - Для того, чтобы статистика была достоверной, исходя из Ваших данных, то естественно при таком увеличении количества аппаратуры, то и население должно увеличиваться во столько раз, но Ваши цифровые статистические данные не показывают такое увеличение населения, объемы остались такими же на 100000 человек. Просто подумайте, чтобы цифры у Вас были, так сказать, адекватными. Спасибо.

**Ответ соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Спасибо за Ваши замечания. Мы посмотрим.

**Председательствующий д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Куракбай Куракбаевич, Вы удовлетворены ответами?

**Д.м.н., профессор Куракбаев К.К.:** - Да.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - У кого есть вопросы?

- Нет.

- Если вопросов нет, то слово предоставляется научному консультанту профессору Каратаеву М.М.

**Д.м.н., профессор Каратаев М.М.:** - Добрый день, уважаемые члены диссертационного совета, уважаемые гости и Фариз Ганифа Оглы. Уважаемые члены диссертационного совета, впервые мы познакомились с соискателем, когда Марат Авалович был министром, а я был заместителем министра. Именно проблема гемодиализа в тот период в 2010 году была остра в Кыргызстане, только началась эта процедура. Действительно была очередь, у нас не было возможности в Кыргызстане столько вложить деньги в стоимость. Поэтому столько аппаратуры купить действительно не было возможности. Но что хотелось бы сказать, то, что Фариз Ганифа оглы в 1994 году защитил кандидатскую диссертацию и успешно сочетает практическую деятельность с научными исследованиями. По поводу одиннадцатилетнего периода. В 2006 году началась программа, действительно, столько же времени охватывает этот период исследования. Я хотел бы сказать, как главный внештатный нефролог Министерства здравоохранения республики Бабаев Ф.Г. знает ситуацию не только в той клинике, где он руководит, но он знает ситуацию по всей республике. Я думаю, что за этот период, соискатель вырос не только как

клиницист, но и как организатор. В научном плане, как уже ученый секретарь сказала, пять монографий, столько то работ опубликованных и так далее. Как научный специалист, умеет сочетать и глубоко анализировать результаты исследования. Самое главное, по его инициативе была создана программа, по его инициативе внедряются новшества в районах. Тому подтверждением являются акты о внедрении результатов исследования в практику гемодиализных отделений экономических районов Азербайджана. Поэтому, я считаю, что на сегодняшний день Бабаев Ф.Г. состоялся не только как клиницист, не только организатор, но и как научный работник. Спасибо.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Следующее слово предоставляется члену экспертной комиссии профессору Абилову Болоту Ариповичу.

**Д.м.н., профессор Абилов Б. А.:** - Добрый день, уважаемые коллеги. Разрешите представить заключение члена экспертной комиссии диссертационного совета Д 14.23.690 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредитель Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина по диссертации Бабаева Фариза Ганифа Оглы на тему «Пути совершенствования экстракорпорального метода лечения хронических заболеваний почек в Азербайджане» представленной на соискание ученой степени доктора наук по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение, рассмотрев представленную Бабаевым Ф.Г. диссертацию пришел к следующему заключению:

**1. Соответствие работы специальности, по которой дано право диссертационному совету принимать диссертации к защите.**

Представленная докторская диссертация соответствует профилю диссертационного совета. В работе представлены результаты научного исследования в области совершенствования организации экстракорпорального метода лечения хронических заболеваний почек в Азербайджане.

Полученные соискателем результаты в комплексе поставленной цели и задач исследования, используемого дизайна, методов и объема исследования, а также содержания полученных результатов и выносимые положения на защиту, заключение и практические рекомендации полностью отвечают паспорту специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение.

**2. Целью диссертации является научное обоснование комплекса мероприятий по совершенствованию организации экстракорпорального метода лечения хронической болезни почек в Азербайджане.**

Поставленная цель достигнута решением следующих задач:

1. Проанализировать становление гемодиализной помощи, в аспекте принятых государственных Программ по хронической почечной недостаточности, в Азербайджане.

2. Оценить значимость возрастного состава численности населения, средней продолжительности жизни и наиболее ведущих заболеваний в развитии хронической болезни почек.

3. Проанализировать показатели гемодиализной помощи в Азербайджане.

4. Изучить частоту осложнений и психоэмоциональных нарушений у больных на гемодиализе, а также оценить прогностические факторы риска хронической болезни почек и доступность экстракорпорального метода лечения в Азербайджане.

5. Провести расчет средней продолжительности жизни больных на гемодиализе, средний срок лечения и экономические затраты на экстракорпоральный метод лечения в Азербайджане.

6. Разработать пути совершенствования организации экстракорпорального метода лечения хронической болезни почек, как основного жизненно необходимого вида медицинской помощи.

#### **Возможности достижения цели согласно поставленным задачам.**

Научные исследования проводились на базе Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации имени С.Б.Даниярова.

Объектом исследования явились пациенты с хронической болезнью почек, получающие гемодиализ в Республиканской клинической урологической больнице имени академика М. Д. Джавад-заде и медицинских организациях экономических районов Азербайджана.

Предметом исследования явилось изучение организации экстракорпорального метода лечения, показателей деятельности гемодиализной помощи, осложнений, экономических затрат на проведение гемодиализа в Азербайджане.

Источником информации явились данные заболеваемости, смертности, обращаемости, посещаемости в отделения гемодиализа; истории болезни, карты амбулаторного больного, документация по диализу.

Программа исследования включала 5 этапов.

На первом этапе проведен анализ становления гемодиализной помощи в аспекте принятых государственных Программ по хронической почечной недостаточности в Азербайджане (2006-2010, 2010-2016, 2016-2020 годы).

На втором этапе оценена значимость возрастного состава численности населения, средней продолжительности жизни и наиболее ведущих заболеваний в развитии хронической болезни почек.

Изучены показатели гемодиализной помощи в Азербайджане: частота больных на гемодиализе в Азербайджане с 2014 по 2019 годы (на 10 000 населения); региональное распределение больных, получающих диализ в Азербайджане и Республиканской клинической урологической больнице имени академика М. Д. Джавад-заде за период с 2014 по 2019 годы; динамика числа диализных аппаратов по Азербайджану с 2014 по 2019 годы (на 10 000 населения); динамика частоты проведенных диализных сеансов по Азербайджану и в Республиканской клинической урологической больнице имени академика М. Д. Джавад-заде с 2014 по 2019 годы (на 10 000 населения);

динамика обеспеченности урологами, нефрологами и средним медицинским персоналом диализных центров Азербайджана (на 10 000 населения); число диализных аппаратов, число диализных сеансов в день из расчета 6 сеансов в день на одном аппарате, число диализных сеансов в день из расчета 6 сеансов на одном аппарате в год, число проведенных сеансов в год, удельный вес проведенных сеансов от числа возможных, средняя нагрузка на одно диализное место из расчета 6 сеансов в день на одном аппарате (число фактических больных/6 сеансов) по Азербайджану и в Республиканской клинической урологической больнице имени академика М. Д. Джавад-заде с 2014 по 2019 годы; потребность больных с хронической почечной недостаточностью в диализных местах; обеспеченность диализными аппаратами, потребность в диализных местах и фактическое число от потребности по экономическим районам Азербайджана и Республиканской клинической урологической больнице имени академика М. Д. Джавад-заде; число проведенных трансплантаций почек по возрастным группам в Азербайджане с 2014 по 2019 годы.

На третьем этапе автором изучены сроки начала гемодиализа, частота осложнений, психоэмоциональных нарушений у больных на гемодиализе, летальность пациентов на гемодиализе в Азербайджане, оценены показатели дисперсионного анализа, прогностические факторы риска хронической болезни почек и доступность экстракорпорального метода лечения в Азербайджане.

Частота осложнений изучена у больных, находящихся на гемодиализе в Республиканской клинической урологической больнице имени академика М. Д. Джавад-заде ( $n=38$ ) и у больных с хронической почечной недостаточностью в отделениях гемодиализа ( $n=1124$ ).

Подготовка к гемодиализу больных экономических районов Азербайджана и Республиканской клинической урологической больницы имени академика М. Д. Джавад-заде рассмотрена по следующим параметрам: коррекция сниженного уровня гемоглобина; нарушение обмена кальция и фосфора; вакцинация от гепатита В; коррекция пониженного питания.

Для определения характера связи фактора риска, в частности заболевания на развитие хронической болезни почек рассчитан относительный риск.

Проведено анонимное анкетирование по анкете, созданной по инициативе Научного общества нефрологов России, с целью уточнения степени распространенности факторов риска хронической болезни почек.

Анкета включала кроме общепринятых (пол, возраст, рост, вес, наличие заболевания у близких родственников), вопросы по выявлению факторов риска: наличие сопутствующих заболеваний: ожирение, анемия; употребление пищи с высоким содержанием белка и соли; наличие жалоб; изменения в прошлом со стороны почек, анализа крови и мочи; уровень сахара в крови; прием препаратов для снижения давления, прием обезболивающих лекарственных средств при головной боли, болях в спине и суставах; вредные привычки (курение, алкоголь); употребление воды в течении суток; выполнение физических нагрузок.

Анкета по оценке качества и доступности экстракорпорального метода лечения (гемодиализ) больных хронической почечной недостаточностью состояла из 12 вопросов, включающая в себя кроме общепринятых (пол, возраст, занятость, диагноза) и специальные вопросы: продолжительность получения гемодиализа; кратность получения гемодиализа в неделю; полнота информации о возможности получения гемодиализа; наличие мест для получения гемодиализа; удовлетворенность сроками ожидания гемодиализа; доступность услуг (предварительное обследование, получение направления, постановка в очередь и ее отслеживание); оценка качества медицинского обслуживания на всём этапе получения гемодиализа; комфортность и доступность гемодиализной помощи.

На четвертом этапе проведены расчеты выживаемости, средней продолжительности жизни больных на гемодиализе, средний срок лечения и экономические затраты на экстракорпоральный метод лечения в Азербайджане. Расчет выживаемости больных на гемодиализе, в целом по Азербайджану, проведен по наблюдаемой выживаемости в связи с большим числом наблюдений.

Автором использованы методы исследования: ретроспективный, изучение и обобщение опыта, статистический, социологический.

Для определения репрезентативности объема выборки медицинских карт, числа анкет применен метод основного массива, при этом объем числа наблюдений определялся по общепринятой методике с известным числом генеральной совокупности, которая составила – 1260 единиц, по материалам диссертации число наблюдений – 3781 (2427 анкет в совокупности), то есть превышает объем выборки.

В исследовании объем выборки медицинских карт (n) составил 230 историй болезни больных на гемодиализе в Республиканской клинической урологической больницы имени академика М. Д. Джавад-заде с 2014 по 2019 годы, 1124 историй болезни больных на гемодиализе в экономических районах Азербайджана. Прогностические факторы риска изучены по 1265 анкетам больных, обратившихся в Республиканскую клиническую урологическую больницу имени академика М. Д. Джавад-заде с 2014 по 2019 годы. Оценка качества и доступности изучена на данных 38 анкет больных Республиканской клинической урологической больницы имени академика М. Д. Джавад-заде и 1124 анкет больных экономических районов Азербайджана (выездная бригада).

При обработке материалов исследования производилось вычисление показателей относительной и средней величин. Достоверность различий между группами определяли с помощью критерия Стьюдента, ошибки репрезентативности, вычисление критерия достоверности безошибочного прогноза. Проведен многофакторный анализ с вычислением критерия достоверности Фишера, для определения достоверности получены доли воздействия, рассчитывался коэффициент корреляционного отношения для определения направления и силы связи между изучаемыми факторами. В работе применялся метод вычисления динамических рядов, расчет относительного риска развития хронической болезни почек. Наличие

корреляционной взаимосвязи сравниваемых показателей определялось путем вычисления коэффициента корреляции, вычислялся коэффициент детерминации. Рассчитаны средняя продолжительность жизни больных на гемодиализе, средний срок лечения и экономические затраты на экстракорпоральный метод лечения, включая суммарное экономическое бремя хронической болезни почек. Весь объем информации обработан на персональном компьютере с использованием программы приложения Microsoft-Statistica 6,0 и программы Microsoft Excel.

**Актуальность темы диссертации.** Более 850 млн. человек в мире страдает различной патологией почек, потенциально необратимой и приводящей к терминальной почечной недостаточности и инвалидизации населения.

Хроническая болезнь почек одна из актуальных проблем современной системы здравоохранения, имеющей медицинское, социально-экономическое значение в группе хронических неинфекционных болезней, вызывающая тяжелые осложнения, связанные не только с потерей трудоспособности, но и необходимостью высоких затрат на лечение. Широко распространена (10-13% населения), необратима, прогрессирует и связана с более высоким сердечно-сосудистым риском. Пациенты с этой патологией остаются бессимптомными большую часть времени, представляя осложнения, типичные для почечной дисфункции, только на более поздних стадиях.

По-прежнему, основным методом лечения является замещение утраченной функции почек специализированными методами лечения: гемодиализ, перитонеальный диализ, гемодиафильтрация и трансплантация почки. Количество трансплантаций донорской почки остается низким, что определяет диализ как основной метод лечения почечной недостаточности. Около 80% пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности находятся на лечении программным гемодиализом.

Согласно конференции KDIGO (Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек, 2018), стала необходимостью отказаться от унифицированного подхода к диализу в пользу более индивидуального подхода, который включает в себя цели и предпочтения пациента, учитывая при этом наилучшую медицинскую практику, ориентированную на качество лечения и безопасность пациента.

Таким образом, вышеизложенное предопределило актуальность и своевременность данного научного исследования.

**3. Научные результаты.** В работе представлены следующие научно-обоснованные теоретические практические результаты, совокупность которых имеет важное значение для системы общественного здоровья и здравоохранения и гемодиализной службы.

*3.1. Научная новизна полученных результатов в рамках современной науки. Представлены новые научно-обоснованные результаты:*

Рассмотрено становление гемодиализной помощи и результаты реализации государственных Программ по хронической почечной

недостаточности (2006-2010, 2011-2016, 2017-2020 годы), принятых в Азербайджане.

Впервые определено влияние возраста, средней продолжительности жизни и наиболее значимых заболеваний в развитии хронической болезни почек.

Проведен анализ динамики частоты больных, получающих гемодиализ и их выживаемость за период с 2014 по 2019 годы, обеспеченности диализными аппаратами, фактического числа диализных мест, средней нагрузки на одно диализное место по Азербайджану.

Впервые изучена частота возникающих осложнений и нарушений психоэмоционального характера у больных, находящихся на гемодиализе, оценены прогностические факторы риска развития хронической болезни почек. Определена обеспеченность гемодиализной помощью с учетом доступности ее оказания в медицинских организациях республики.

Впервые рассчитаны средняя продолжительность жизни больных в отделении гемодиализа, стоимость сеанса гемодиализа в Азербайджане.

Впервые на основе комплексного исследования разработаны пути совершенствования организации оказания экстракорпорального метода лечения в Азербайджане, позволившие улучшить организацию, повысить качество и доступность медицинского обслуживания больных с хронической почечной недостаточностью.

*3.2. Обоснование достоверности научных результатов (способы сбора материала и аргументация научных выводов):*

Достоверность полученных соискателем результатов исследований не вызывает сомнения, так как объем и уровень исследований, качество статистической обработки и систематизации полученных данных, их глубокий анализ, оригинальность и авторская принадлежность сформулированных на основе этих данных положений заслуживает высокой оценки.

*3.3. Теоретическое значение работы (новая теория или обогащение существующей научной теории, или концепции).*

Теоретическое значение заключается в создании наиболее оптимальной модели организации диализной помощи на основе внедрения инновационных технологий в организацию заместительной почечной терапии, позволяющей повысить качество и доступность экстракорпорального метода лечения.

*3.4. Соответствие квалификационному признаку.*

Диссертационную работу Бабаева Ф.Г., отличает высокий методологический уровень проведения исследований, строгая логика в формулировке основных положений и заключения.

Диссертационная работа посвящена решению актуальной научной проблемы разработки научно-обоснованных мероприятий по совершенствованию организации экстракорпорального метода лечения хронических заболеваний почек в Азербайджане, внедрение которой вносит особо крупный вклад в развитие медицинской науки и практического здравоохранения.



По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 1 статья – в научном издании, индексируемом в базе данных Scopus, 4 – в рецензируемых изданиях из перечня НАК ПКР, 5 - в зарубежных журналах, индексируемых системой РИНЦ, 1 – монография.

#### **4. Практическая значимость полученных результатов.**

Практическая значимость исследования заключается в разработке научно-обоснованных мероприятий совершенствования организации оказания экстракорпорального метода лечения в Азербайджане. Данные об основных тенденциях динамики наиболее значимых заболеваний, способствующих развитию хронической почечной недостаточности за период с 2014 по 2019 годы, могут быть использованы в системе здравоохранения республики. Результаты проведенного исследования использованы при разработке государственных программ по хронической почечной недостаточности (2016-2020 годы) в Азербайджане. Мероприятия по совершенствованию организации оказания экстракорпорального метода лечения в Азербайджане внедрены в работу Республиканской урологической больницы им. академика Джавад-заде. Внедрение предложенного республиканского регистра больных хронической болезнью почек (2016 год), позволяет проводить учет и динамический контроль за больными хронической почечной недостаточностью, находящихся на экстракорпоральном методе лечения.

Предложенная схема движения пациентов с хронической болезнью почек, в рамках данного проведенного исследования, позволяющая выявлять больных и определять эпидемиологические особенности распространенности хронической почечной недостаточности внедрена в работу Республиканской урологической больницы им. академика Джавад-заде. Данные о потребности и стоимости заместительной почечной терапии, полученные в результате проведенного исследования, позволяют более эффективно использовать финансовые ресурсы. Полученные данные социологического исследования больных на гемодиализе, используются при разработке управленческих решений по оказанию гемодиализной помощи.

Результаты исследования внедрены в практическую деятельность Ленкоранского лечебно-диагностического центра (акт внедрения от 20.10.2020 г.), Сиязанского лечебно-диагностического центра (акт внедрения от 20.09.2019 г.), Республиканской клинической урологической больницы имени академика М. Д. Джавад-заде (акт внедрения от 20.12.2022 г.).

#### **5. Соответствие автореферата содержанию диссертации.**

Автореферат полностью соответствует содержанию диссертации, поставленной в ней цели и задачам исследования, положениям, выносимым положениям на защиту, заключению и практическим рекомендациям.

**6. Замечания.** При рецензировании диссертации Бабаева Ф.Г. возникли несколько замечаний и вопросов:

1. В настоящее время в Азербайджане достигнутые определенные результаты в гемодиализной службе. При этом, сохраняется потребность в улучшении организации высокоспециализированной медицинской помощи,

поддержка со стороны государства и финансирование. Несмотря на ежегодное увеличение числа центров по пересадке почек, гемодиализных аппаратов, увеличивается и число пациентов, нуждающихся в экстракорпоральном методе лечения хронических заболеваний почек. С чем это связано?

2. По Вашему мнению, позволило ли внедрение маршрутизации пациентов с хронической болезнью почек повысить качество и доступность гемодиализной помощи?

**7. Предложения.** Необходимо в конце каждой главы диссертации сделать краткое заключение. Скорректировать стилистические и грамматические ошибки в работе.

В целом, в работе проведена достаточная статистическая обработка материала, что позволило автору представить достоверные данные и достичь поставленную цель диссертационной работы.

**8. Рекомендации.** Назначить:

- в качестве ведущей организации Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (г. Москва), где работают доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение».

- первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора **Биялиева Гульмира Самарбековна** (специальность по автореферату - 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение), которая имеет публикации, близкие к проблеме исследования.

- вторым официальным оппонентом - доктора медицинских наук, профессора **Кульжанова Максута Каримовича**, профессора кафедры менеджмента и политики здравоохранения Казахского Национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова, специальность по автореферату 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение, который имеет научные труды, близкие к проблеме исследования.

- третьим официальным оппонентом - доктора медицинских наук **Шамшиева Абдилатип Абдрахмановича**, директор южного филиала Центра укрепления здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, специальность по автореферату 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение, который имеет научные труды, близкие к проблеме исследования.

**9. Заключение.** Диссертационная работа Бабаева Фариза Ганифа Оглы является завершенной научно-исследовательской работой, по объёму проведенного исследования, теоретической и научно-практической значимости полученных результатов, обоснованности выводов соответствуют требованиям пункта 10 «Положения о порядке присуждения ученых степеней» НАК при Президенте Кыргызской Республики, предъявляемым к докторским диссертациям, содержащим решение актуальной научной проблемы по совершенствованию организации экстракорпорального метода лечения хронических заболеваний почек в Азербайджане, соответствуют шифру специальности: 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

**10. Эксперт диссертационного совета, рассмотрев документы рекомендует диссертационному совету Д 14.23.690 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредитель Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина принять диссертацию на тему «Пути совершенствования экстракорпорального метода лечения хронических заболеваний почек в Азербайджане», представленной на соискание ученой степени доктора наук по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение.**

Спасибо, у меня все.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Фариз Ганифа Оглы, ответьте на вопросы, пожалуйста.

**Ответ соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Болот Арипович, спасибо за труд. С замечаниями согласны.

1. Число больных увеличивается за счет улучшения диагностики на ранних этапах.

2. Благодарю регистру, в отдаленных медицинских центрах, врачу уже известно, когда больной поступает, как им поступить, куда обратиться и по какому маршруту направлять больного, как в дальнейшем попасть на гемодиализ.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Слово предоставляется второму члену экспертной комиссии д.м.н. Майканаеву Болоту Бекташевичу. Учитывая, что первый эксперт представил подробное заключение, можно только Ваше заключение, вопросы и замечания.

**Д.м.н. Майканаев Б.Б.:** - Уважаемый председатель, члены диссертационного совета, разрешите представить заключение доктора медицинских наук Майканаева Болота Бекташевича, члена экспертной комиссии диссертационного совета Д 14.23.690 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредитель Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина по диссертации Бабаева Фариза Ганифа Оглы на тему «Пути совершенствования экстракорпорального метода лечения хронических заболеваний почек в Азербайджане» представленной на соискание ученой степени доктора наук по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение.

Так как первый эксперт подробно описал заключение, разрешите начать с пятого пункта.

**5. Соответствие автореферата содержанию диссертации.**

Автореферат полностью соответствует содержанию диссертации, поставленной в ней цели и задачам исследования.

**6. Замечания.** Принципиальных замечаний, влияющих на положительную оценку диссертации нет. Тем не менее, в процессе научной дискуссии прошу ответить на следующие вопросы:

1. При расчете выживаемости больных на гемодиализе, какая методика Вами использована?

2. Согласно Вашим результатам исследования прогностический риск умереть в течении каждого года наблюдения выше, чем фактическое число умерших от 1,3 до 1,9 разы. Фактическая выживаемость гемодиализных больных превышает прогностическую. С чем это связано?

**7. Предложения.** Необходимо привести в порядок нумерацию таблиц и рисунков, есть не совпадения. Дополнить список русскоязычной литературы. В работе встречаются ряд стилистических и орфографических ошибок, следует устранить.

**8. Рекомендации.** Назначить:

- в качестве ведущей организации Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (г. Москва), где работают доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение».

- первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора **Биялиева Гульмира Самарбековна** (специальность по автореферату - 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение), которая имеет публикации, близкие к проблеме исследования.

- вторым официальным оппонентом - доктора медицинских наук, профессора **Кульжанова Максута Каримовича**, профессора кафедры менеджмента и политики здравоохранения Казахского Национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова, специальность по автореферату 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение, который имеет научные труды, близкие к проблеме исследования.

- третьим официальным оппонентом - доктора медицинских наук **Шамшиева Абдилатип Абдрахмановича**, директор южного филиала Центра укрепления здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, специальность по автореферату 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение, который имеет научные труды, близкие к проблеме исследования.

**9. Заключение.** Диссертационная работа Бабаева Фариза Ганифа Оглы является завершенной индивидуальной научно-квалификационной работой по актуальной теме, результаты которого имеют существенное значение в области общественного здоровья и здравоохранения, гемодиализной службы.

По актуальности, научной новизне, теоретической и практической значимости, а также достоверности полученных результатов и обоснованности выводов, диссертационная работа соответствует требованиям НАК при Президенте КР, предъявляемым к докторским диссертациям, и соответствует профилю специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение.

**10. Эксперт диссертационного совета, рассмотрев документы рекомендует диссертационному совету Д 14.23.690 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредитель Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина принять**

диссертацию на тему «Пути совершенствования экстракорпорального метода лечения хронических заболеваний почек в Азербайджане», представленной на соискание ученой степени доктора наук по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Спасибо, пожалуйста, соискатель Ваши ответы.

**Ответ соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Болот Бекташевич, с Вашими замечаниями полностью согласен.

1. При расчете выживаемости больных на гемодиализе использован моментный метод Спиридонова В. Н., позволяющий оценить эффект лечения в определенные моменты времени наступления одного неблагоприятного исхода, в частности смерти больного на гемодиализе.

2. Действительно, фактическая выживаемость гемодиализных больных превышает прогностическую. Это связано со своевременным началом заместительной почечной терапии, государственным бесплатным обеспечением гемодиализом и лекарственными препаратами, проведением трансплантации почек в республике, а также доступностью специализированной медицинской гемодиализной помощи в Азербайджане.

Ваши предложения будут учтены. Спасибо.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - третий член экспертной комиссии Салибаев Оскон Абдыкапарович отсутствует по уважительной причине, заключение зачитает ученый секретарь.

**Ученый секретарь к.м.н., доцент Ибраимова Д.Д.:** - Заключение доктора медицинских наук Салибаева Оскон Абдыкапаровича, члена экспертной комиссии диссертационного совета Д 14.23.690 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредитель Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина по диссертации Бабаева Фариза Ганифа Оглы на тему «Пути совершенствования экстракорпорального метода лечения хронических заболеваний почек в Азербайджане» представленной на соискание ученой степени доктора наук по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение, рассмотрев представленную Бабаевым Ф.Г. диссертацию пришел к следующему заключению.

Разрешите, как было сказано, остановиться на предложениях, рекомендациях, заключении.

**6. Замечания.** При рецензировании диссертации Бабаева Ф. Г. вопросы не возникли.

**7. Предложения.** Необходимо исправить стилистические и грамматические ошибки, которые не влияют на ценность диссертационной работы.

**8. Рекомендации.** Назначить:

- в качестве ведущей организации Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (г. Москва), где работают доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение».

- первым официальным оппонентом – доктора медицинских наук, профессора **Биялиева Гульмира Самарбековна** (специальность по автореферату - 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение), которая имеет публикации, близкие к проблеме исследования.

- вторым официальным оппонентом - доктора медицинских наук, профессора **Кульжанова Максута Каримовича**, профессора кафедры менеджмента и политики здравоохранения Казахского Национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова, специальность по автореферату 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение, который имеет научные труды, близкие к проблеме исследования.

- третьим официальным оппонентом - доктора медицинских наук **Шамшиева Абдилатип Абдрахмановича**, директор южного филиала Центра укрепления здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, специальность по автореферату 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение, который имеет научные труды, близкие к проблеме исследования.

**9. Заключение.** Диссертационная работа Бабаева Фариза Ганифа Оглы является завершенной индивидуальной научно-исследовательской работой, по объему проведенного исследования, теоретической и научно-практической значимости полученных результатов, обоснованности выводов соответствуют требованиям пункта 10 Положения НАК при Президенте КР, предъявляемым к докторским диссертациям, содержит решение актуальной научной проблемы по совершенствованию экстракорпорального метода лечения хронических заболеваний почек, соответствует шифру специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение.

**10. Эксперт диссертационного совета, рассмотрев документы рекомендует диссертационному совету Д 14.23.690 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредитель Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина принять диссертацию на тему «Пути совершенствования экстракорпорального метода лечения хронических заболеваний почек в Азербайджане», представленной на соискание ученой степени доктора наук по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение.**

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Спасибо, пожалуйста, соискатель Ваши ответы.

**Ответ соискателя к.м.н. Бабаева Ф.Г.:** - Выражаем благодарность Оскон Абдыкапаровичу. Замечания исправим.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Переходим к обсуждению. Кто желает выступить? Пожалуйста, Жумагул Нурманбетович.

**Д.м.н., профессор Нурманбетов Ж.Н.:** - Уважаемый председатель, уважаемые члены диссертационного совета. Данная работа очень актуальная, цели задачи поставлены своевременно, задачи автором выполнены полноценно. С увеличением числа диализных больных и числа заболеваний почек – это работа действительно необходима и нужна для оказания помощи народу, поэтому эта работа является очень актуальным и необходимым, поэтому я рекомендую на следующий этап.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Есть желающие выступить? Пожалуйста, Бактыбек Артисбекович.

**Д.м.н. Авасов Б.А.:** - Уважаемые члены ученого совета, уважаемый соискатель. Я тоже присоединяюсь к словам профессора по актуальности, необходимости данной работы вопросов нет. Единственно есть небольшие замечания к самому соискателю, чтобы просто некоторые вещи убрал с автореферата. Хотел сказать, что научная новизна первый пункт, наверное -это научной новизной не является, поскольку это госпрограмма, значит все эти аспекты там. Вторая глава, методы исследования, у Вас там написано социологический метод, исторический метод - эти методы, как правило, используются в сугубо гуманитарных направлениях, где исследуется допустим одно явление в разрезе эпох времени, больших временных промежутков или же в каких-то юридических работах, лингвистических. К медицине, честно говоря, исторический метод имеет такое слабое отношение. И тут у Вас, наверное, небольшая опечатка на 23 странице Вашего реферата. Цитирую «Проведен корреляционный анализ зависимости смертности от начала гемодиализа по клинико-лабораторным данным. Выявлена обратная, слабая корреляционная связь между летальностью и началом гемодиализа по клинико-лабораторным данным. Выявлена взаимосвязь между летальностью и началом гемодиализа. Чем своевременнее начаты сеансы гемодиализа, тем ниже летальность». Здесь наверно, надо какие то слова переставить. В целом, я поддерживаю профессора Жумагул Нурманбетовича.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Есть желающие выступить? Пожалуйста, Куралбай Куракбаевич.

**Д.м.н., профессор Куракбаев К.К.:** - Уважаемый председатель совета и члены совета, уважаемый соискатель. Прежде всего я хочу поддержать эту работу, работа действительно очень серьезная. Актуальность не вызывает сомнений, тем более патология почек с каждым годом, к великому сожалению, не только у вас в Азербайджане, у нас в Казахстане, да и в других имеют тенденцию к увеличению и с учетом роста новых технологий появляется возможность продлить жизнь этим больным и естественно получить

определённый и качественный, и количественный эффект для больных. Работа по объему и охвату вопросов довольно серьезная, поэтому она вполне соответствует докторским требованиям. Я хотел бы, если есть еще возможность, внести какие-то изменения в работу текстовую часть, обратить на некоторые на мой взгляд является как бы скажем моменты, это немного снижает качество и может вызвать определённые вопросы. Во-первых, если мы пройдемся по изложению автореферата, по задачам достаточно серьезные задачи, но в задачах статистические данные несколько, как бы противоречат и имеет место быть неточности. В частности, когда Вы описываете демографические показатели за 2014, 2019 годы то в целом рост населения Азербайджана составляет 111% и в то время когда расписываете по возрастным группам, там прямо так и написано наблюдается рост численности населения возрастной группы 60-69 лет на 82,8%, 30-39 лет на 23,6%, 50-59 на 21,1%. Я хотел бы чтобы немножко обратили на это внимание, особенно 60-69 на 82,8% рост за пятилетний период я никак не могу представить, каким образом такое могло быть, такое большое увеличение. Так же у Вас используется не совсем корректные показатели сравнения, например вот 24,2 то же анализ динамики заболеваемости, там у Вас написано, средняя заболеваемость болезней эндокринной системы составляет 51,5%, отмечалось снижение с 52,8% до 49,7% на 10 тысяч населения, в 1 раз, вот это не могу понять. Теперь по части экономических затрат. Известно, что гемодиализ довольно дорогая услуга и я думаю, что и у Вас, и у нас и в Киргизии, тарифы на лечение этих больных она не соответствует фактическим затратам, что естественно отражается на качестве оказываемой медицинской помощи. Поэтому надо указать фактические расходы. Вот хотелось бы, если у Вас были данные, а может быть есть, увидеть каков разрыв между тем, что включает сегодня тариф и, а что должно было бы быть потребным. Это довольно серьезный вопрос, который имеет отношение к качеству медицинской помощи. В Казахстане разрывы значимые. Далее, все-таки я не соглашусь с рекомендацией по совершенствованию организации здравоохранения на первичном уровне системы здравоохранения, где Вы начинаете с возраста старше 50 лет. Вы понимаете, к тому времени естественно уже мы имеем ситуацию уже с запущенным состоянием, тогда когда обращает внимание, что молодое поколение страдает и достаточно по показателям довольно часто. На мой взгляд, изменить возрастной уровень, который Вы там прописали, делать акцент на более молодое население, на эту группу населения. И последнее, может я не совсем прав, у Вас четвертая задача - изучить состояние частоту осложнений. Там цифры достаточно серьезные, довольно большие проценты, а какова базовая ситуация, какие сопутствующие показатели симптоматики свойственны, я не клиницист. В связи с этим, хотелось бы чтобы внести изменения в формулировку - не осложнения, а в виде другого сопоставимого что ли выражения, чтобы оно не вызывало дополнительных вопросов. Но в целом, работа достаточно серьезная, хорошая и она заслуживает всякой поддержки. В завершении хотел бы в виде дискуссии поделиться своими вопросами и мнениями. Мне кажется редакцию, формулировку надо бы



изменить в соответствии с классическими подходами к описанию научной новизны. Спасибо.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Куралбай Куракбаевич, спасибо, за такое обсуждение, подробные рекомендации.

- Дилором Камардиновна, хотите выступить?

**Д.м.н., профессор Нажмутдинова Д.К.:** - Уважаемая Роза Бакаевна, в целом, поддерживаю работу. Действительно, серьезная актуальная и я думаю, что после исправления всех замечаний, которые были сделаны официальными оппонентами и неофициальными, можно в принципе рекомендоваться к следующему этапу. Спасибо.

**Председательствующая д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.:** - Если нет больше вопросов, тогда давайте я подведу итоги по основному содержанию работы. Действительно работа очень большая, актуальная, тем более Вы знаете, что во всем мире растет количество больных, которые нуждаются в заместительной почечной терапии. И вот данным исследованием диссертант полностью рассказал о помощи пациентам, характеризовал гемодиализную помощь по всем этапам и на основе такой большой работы представил основные пути совершенствования этого метода лечения в Азербайджане. Для меня было очень важно, что на основе этой работы были созданы госпрограммы. Это очень важно, потому что на каждую госпрограмму выделяются средства, и Вы видели, что пациенты в Азербайджане гемодиализ получают бесплатно и плюс то, что нет очереди при получении. Автор показал экономическое время, расчеты. Работа заслуживает внимания и конечно ее надо дальше продвигать для защиты.

- На этом разрешите закончить обсуждение работы.

- Необходимо открытым голосованием членов диссертационного совета решить вопрос о принятии диссертации к защите:

- Прошу проголосовать: Кто «за» – 11, «против» – нет.

- Единогласно, все присутствующие «за».

- С учетом рекомендаций экспертов необходимо назначить ведущую организацию, официальных оппонентов.

В качестве ведущей организации предлагается **Федеральное Государственное бюджетное научное учреждение Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Семашко**, город Москва. Первым официальным оппонентом директора медицинской клиники Высшей школы медицины, доктора медицинских наук **Биялиеву Гульмиру Самарбековну**, специальность по автореферату 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение; вторым официальным оппонентом - профессора кафедры менеджмента и политики здравоохранения Казахского Национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова, д.м.н. **Кульжанова Максута Каримовича**, специальность по автореферату 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение; третьим официальным оппонентом

доктора медицинских наук Шамшиева Абдилатип Абдрахмановича, директора южного филиала Центра укрепления здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, специальность по автореферату 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение.

- Кто «за» ведущую организацию и официальных оппонентов прошу проголосовать: «за» – 11, «против» – нет.

- Разрешите зачитать заключение нашего диссертационного совета.

Диссертационный совет Д 14.23.690 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредитель Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина с учетом рекомендаций экспертной комиссии и обсуждений принимает диссертацию Бабаева Фариза Ганифа Оглы на тему: «Пути совершенствования экстракорпорального метода лечения хронической болезни почек в Азербайджане», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение к защите в диссертационном совете. Дата защиты 25 июня 2024 г.

Председательствующая Султаналиева Р.Б.: - Разрешите закрыть заседание диссертационного совета.

Председательствующая  
диссертационного совета Д 14.23.690,  
доктор медицинских наук, профессор

Р. Б. Султаналиева

Ученый секретарь  
диссертационного совета Д 14.23.690,  
кандидат медицинских наук, доцент



Д. Д. Ибраимова

03.06.2024 г.

Подпись Шамшиев И.А. заверяю  
зав. общим отделом  
И. К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ  
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ. И. К. АХУНБАЕВА