

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА 21.2.014.03,  
СОЗДАННОГО НА БАЗЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО  
ОБРАЗОВАНИЯ "КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ, ПО ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ  
ДОКТОРА НАУК

аттестационное дело № \_\_\_\_\_

решение диссертационного совета от 24.03.2026 №2

О присуждении Макаровой Елене Леонидовне, гражданке России, ученой степени доктора медицинских наук.

Диссертация «Прогнозирование и профилактика акушерских осложнений у беременных с ожирением» по специальности 3.1.4. Акушерство и гинекология (медицинские науки) принята к защите 16.12.2025 (протокол №5) диссертационным советом 21.2.014.03, созданным на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (350063, г. Краснодар, улица Митрофана Седина, д. 4), действующим на основании приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации № 1825/нк от 26.09.2023.

Соискатель Макарова Елена Леонидовна, 1974 года рождения. Диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Клинико-биохимические исследования у беременных с пиелонефритом при лечении бактериофагом» по двум специальностям: 14.00.01 - акушерство и гинекология, 03.00.04 - биохимия защитила в 2008 году в диссертационном совете Д 208.067.04, созданном на базе государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. Работает в должности доцента на кафедре акушерства и гинекологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, врачом акушером-гинекологом в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Пермского края «Городская клиническая больница имени М.А. Тверье» в родовом отделении.

Работа выполнена на базе кафедры акушерства и гинекологии №1 и кафедры биологической химии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научные консультанты:

– доктор медицинских наук, профессор Падруль Михаил Михайлович, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 федерального

государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

– доктор медицинских наук, профессор Терехина Наталья Александровна, заведующий кафедрой биологической химии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Официальные оппоненты:

1. Савельева Ирина Вячеславовна (гражданка России), доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства и гинекологии № 1, заведующий кафедрой;

2. Палиева Наталья Викторовна (гражданка России) доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства и гинекологии № 2, профессор кафедры;

3. Сеницкий Антон Иванович (гражданин России), доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра биохимии имени Р.И. Лифшица, заведующий кафедрой;

– дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация – федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, в своём положительном отзыве, подписанном Старцевой Надеждой Михайловной доктором медицинских наук, профессором кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии и директором медицинского института доктором медицинских наук, профессором Абрамовым Алексеем Юрьевичем указала, что диссертация полностью соответствует требованиям п. 9 "Положения о присуждении ученых степеней"..., а ее автор заслуживает присуждения искомой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.4. Акушерство и гинекология (медицинские науки).

Соискатель имеет 46 опубликованных работ, все по теме диссертации, в том числе в рецензируемых научных изданиях опубликовано 14 работ, из них 9 – в журналах, индексируемых в международной библиографической и реферативной базе SCOPUS. Зарегистрировано 4 патента на изобретение. Краткая характеристика работ (вид, количество, объем в страницах, творческий вклад в %): статьи в журналах – 20, 89, 68; материалы конференций – 22, 85, 93, патенты – 4, 25, 72. В диссертации отсутствуют недостоверные сведения об опубликованных соискателем ученой степени работах.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

1. Макарова, Е.Л. Адипокины и белки обмена железа в сыворотке крови

беременных с ожирением / Е.Л. Макарова, Н.А. Терехина // *Акушерство и гинекология*. – 2019. – № 4. – С. 40–41.

2. Макарова, Е.Л. Витамин D3 – необходимый компонент на этапе прегравидарной подготовки / Е.Л. Макарова, А.А. Олина // *Фарматека*. – 2019. – Т. 26. – № 6. – С. 42–46.

3. Макарова, Е.Л. Ожирение и гиповитаминоз D, как фактор риска послеродовых осложнений / Е.Л. Макарова, М.М. Падруль // *Пермский медицинский журнал*. – 2019. – Т. 36. – № 5. – С. 5–10.

4. Макарова, Е.Л. Предикторы развития гестационного сахарного диабета у женщин с ожирением / Е.Л. Макарова, Н.А. Терехина // *Медицинская наука и образование Урала*. – 2019. – Т. 20. – № 4. – С. 26–29.

5. Макарова, Е.Л. Роль комплексной программы прегравидарной подготовки женщин с ожирением в профилактике гестационных осложнений / Е.Л. Макарова, А.А. Олина, Н.А. Терехина // *Акушерство и гинекология*. – 2020. – № 4. – С. 182–189.

6. Макарова, Е.Л. Медицинская реабилитация женщин с ожирением после родов / Е.Л. Макарова, А.А. Олина // *Акушерство и гинекология*. – 2021. – № 1. – С. 147–154.

7. Макарова, Е.Л. Способ прогнозирования макросомии у беременных с ожирением / Е.Л. Макарова, Н.А. Терехина, М.М. Падруль // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. – 2022. – Т. 10. – № 1. – С. 11–17.

8. Макарова, Е.Л. Коррекция пищевого поведения беременных с ожирением [Электронный ресурс] / Е.Л. Макарова, А.А. Олина // *Женское здоровье и репродукция*. – 2022. – № 4(55). – URL: <https://whfordoctors.ru/statyi/vozmozhnosti-korrekcii-pishhevo-go-povedenija-beremennyh-s-ozhireniem/>

9. Макарова, Е.Л. Прогнозирование задержки роста плода у женщин с ожирением / Е.Л. Макарова, Н.А. Терехина, М.М. Падруль // *Пермский медицинский журнал*. – 2024. – Т. 41. – № 4. – С. 52–58.

10. Макарова, Е.Л. Влияние прегравидарной программы на адипокиновый статус и показатели обмена железа / Е.Л. Макарова, М.М. Падруль, Н.А. Терехина // *Акушерство и гинекология*. – 2025. – № 8–1. – С. 25.

11. Макарова, Е.Л. Статус адипокинов в сыворотке крови беременных с ожирением / Е.Л. Макарова, Н.А. Терехина, М.М. Падруль // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2015. – Т. 60. – № 9. – С. 61–62.

12. Макарова, Е.Л. Оценка факторов риска развития избыточной массы тела и ожирения у женщин репродуктивного возраста / Е.Л. Макарова, А.А. Олина, М.М. Падруль // *Анализ риска здоровью*. – 2020. – № 2. – С. 38–46.

13. Макарова, Е.Л. Влияние беременности на показатели обмена железа и меди у женщин с нормальной массой тела и женщин с ожирением / Е.Л. Макарова, Н.А. Терехина // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2021. – Т. 66. – № 4. – С. 205–209.

14. Макарова, Е.Л. Прогнозирование формирования фетоплацентарной недостаточности у женщин с ожирением / Е.Л. Макарова, Н.А. Терехина // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2021. – Т. 66. – № 4S. – С. 41.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы от:

Дворянского Сергея Афанасьевича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Севостьяновой Ольги Юрьевны, доктора медицинских наук, доцента, профессора кафедры акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Буровой Натальи Александровны, доктора медицинских наук, доцента, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Константиновой Ольги Дмитриевны, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Тетелютиной Фаины Константиновны, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ПП федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Паниной Ольги Борисовны, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии факультета фундаментальной медицины медицинского научно-образовательного института федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»;

Мустафина Ильшата Ганиевича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой биохимии и клинической лабораторной диагностики федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Звягиной Валентины Ивановны, доктора медицинских наук, доцента, профессора кафедры биологической химии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В отзывах дана положительная оценка работы, подчеркнуты научная и практическая значимость для акушерства и гинекологии, вопросов и критических замечаний не содержится.

Выбор официальных оппонентов и ведущей организации обосновывается тем, что специалисты указанных организаций являются известными и признанными учеными данной отрасли медицины, что подтверждается наличием соответствующих научных публикаций, размещенных на сайте: <http://www.ksma.ru>.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований: **разработаны** новые представления и подходы к проблеме прогнозирования акушерских осложнений у пациенток с ожирением с раннего срока беременности, что позволило снизить риски их возникновения, улучшить материнские и плодовые исходы, путем разработки методов прогнозирования; **предложены** новые способы ведения пациенток с ожирением на всех этапах репродуктивного пути, начиная с прегравидарной подготовки, заканчивая - послеродовой реабилитацией, что позволяет воздействовать на звенья патогенеза ожирения, являясь доступным инструментом профилактики акушерских осложнений; **доказана** эффективность разработанных программ по профилактике акушерских осложнений; **введены** новые представления относительно патогенетических механизмов, определяющих формирование гестационных и перинатальных осложнений у пациенток с ожирением.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что **доказаны** положения, расширяющие представления о патобиохимических механизмах формирования акушерских осложнений при ожирении у беременных. Установлено, что в основе патогенеза акушерских осложнений лежит сочетанное влияние дисбаланса адипокинов, низкий уровень холекальциферола, нарушение обмена железа и меди, высокая активность гамма-глутамилтранспептидазы; применительно к проблематике диссертации эффективно **использован** комплекс существующих базовых методов исследования, в том числе клинических, биохимических и статистических, произведен поиск, выявлены новые предикторы акушерских осложнений.; **изложены** доказательства использования в качестве предикторов плацентарной недостаточности индекса отношения лептина к адипонектину равного или больше 5 (патент №2738708), повышение расчетного показателя процента свободной меди больше 25% позволяет прогнозировать синдром задержки развития плода с первого триместра беременности (патент № 2785904); **раскрыты** особенности обмена адипокинов у беременных с ожирением (лептина и его растворимых рецепторов, определяющих лептинорезистентность, адипонектина, резистина) и разработан способ прогнозирования макросомии в первом триместре беременности у женщин с андроидным типом ожирения, путем расчета индекса свободного лептина (патент №2779994); особенности обмена двухвалентных металлов - железа и меди, белков их переносящих (трансферрин, церулоплазмин), диагностическая роль растворимого рецептора трансферрина, как показателя дефицитарного состояния железа, при гиперферритинемии; **изучено** содержание 25-гидроксихолекальциферола у женщин с ожирением, обратно коррелирующее с индексом массы тела, что требует персонализированного подхода к терапии препаратами витамина D у пациенток с ожирением. Риск возникновения гестационного сахарного диабета прогнозируется при снижении 25-гидроксихолекальциферола менее 20 нг/мл и

адипонектина менее 10 мкг/мл (патент №2686069); **проведена модернизация** существующих подходов к ведению пациенток с ожирением, начиная с этапа прегравидарного планирования и последующего ведения беременности и родов до послеродовой реабилитации.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что: **разработаны и внедрены** новые способы раннего прогнозирования акушерских осложнений у беременных с ожирением, новые оптимизированные комплексные программы прегравидарной подготовки (модификация образа жизни, снижение массы тела, путем применения лекарственной терапии, устранение дефицита витамина D, железа, коррекция психологического статуса путем взаимодействия с клиническим психологом); ведения беременности (модификация образа жизни, на раннем сроке гестации расчет риска возникновения акушерских осложнений: гестационного сахарного диабета, плацентарной недостаточности, макросомии, недостаточного роста плода; коррекция дефицитарных состояний, консультации диетолога, врача лечебной физкультуры, клинического психолога), в родах использование организационно-технических мероприятий (дополнительный антенатальный мониторинг, особенности ушивания подкожно-жировой клетчатки, использование вакуум-экстрактора в операционной); послеродовая программа реабилитации (модификация образа жизни, восполнение дефицита витамина D, железа, сохранение приверженности к грудному вскармливанию путем дополнительного консультирования, психологическая поддержка медицинского психолога, после завершения грудного вскармливания - медикаментозная коррекция ожирения); **определены** перспективы практического применения полученных результатов исследований, позволивших повысить частоту зачатий до 85%, снизить количество гестационных и перинатальных осложнений, а именно гестационного сахарного диабета в 4,1 раза, плацентарной недостаточности в 2,6 раза, макросомии в 2,1 раза, недостаточного роста плода в 5,6 раз, нивелирования диабетической фетопатии, улучшить перинатальные исходы путем снижения перинатальной энцефалопатии в 1,5 раза, анемии новорожденных в 2,7 раза, что сопровождалось нормализацией психологического статуса пациенток с ожирением, проявляющееся снижением риска послеродовой депрессии в 2,1 раза, явившейся важной составляющей поддержки репродуктивного здоровья; **создана** система практических рекомендаций по ведению пациенток с ожирением на всех этапах материнства – от прегравидарного периода до реабилитации после родов; **представлены** аргументированные алгоритмы по практическому внедрению разработанных программ ведения женщин с ожирением, прогнозирующих риски и профилактирующие акушерские и перинатальные осложнения в клинической практике врачей акушеров-гинекологов в системе родовспоможения.

Оценка достоверности результатов исследования **выявила:** результаты проведенных исследований получены на сертифицированном оборудовании, высокая степень достоверности результатов обоснована применением достаточного объема выборки клинического материала, большим перечнем современных клинических и лабораторных методов исследования, адекватных цели и задачам исследования; **теория** построена на известных, проверяемых

фактах и согласуется с официально опубликованными данными по теме диссертации; **идея базируется** на анализе лабораторной и клинической практики, обобщении передового опыта специалиста в сфере акушерства и гинекологии, а также смежных областях; **использованы** авторские данные в сравнении с результатами исследований других авторов по рассматриваемой тематике (раннее прогнозирование рисков акушерских осложнений у женщин с ожирением), формирующие научные предпосылки для выполнения настоящего исследования; **установлено** качественное и количественное соответствие авторских результатов с результатами, представленными в независимых источниках по данной тематике, являющихся оригинальными; **использованы** современные методики сбора, анализа, обработки исходной информации и сопоставления полученных первичных данных.

Личный вклад соискателя состоит в непосредственной разработке дизайна исследования, планировании и участии на каждом этапе исследования: формулирование цели и задач исследования, определение объема, забор и подготовка к исследованию биохимического материала у исследуемых женщин, оформление протоколов информированного согласия, анкетирование пациенток, проведение анализа результатов клинических и биохимических исследований, разработка способов прогнозирования акушерских осложнений у пациенток с ожирением, разработка программ профилактики гестационных осложнений, участие в подготовке основных публикаций по выполненной работе.

В ходе защиты диссертации критических замечаний высказано не было, заданы следующие вопросы:

1. Диагноз ожирение устанавливали только на основании индекса массы тела (ИМТ)? Проводили ли оценку композиционного состава тела? По клиническим рекомендациям «Ожирение» ИМТ не используется для диагностики ожирения у пожилых людей, спортсменов, у лиц с чрезмерно развитой мускулатурой и беременных. Что дает в клинической практике определение типа ожирения? В Ваших программах ведения пациенток тип ожирения не учитывается.
2. Оценивали ли Вы другие лабораторные показатели, характеризующие работу печени у Ваших пациенток, в частности активность лактатдегидрогеназы, ферментов АСТ, АЛТ, использовали ли их как предикторы патологии печени при беременности в моделях прогнозирования?
3. На сегодняшний день согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность» (2023 г.) каждая пациентка должна дважды пройти консультирование у клинического психолога в первом и третьем триместре беременности. Как Вы считаете есть ли какое-то дополнительное преимущество в психологическом консультировании пациенток с ожирением до беременности, во время беременности, после родов?
4. Чем обусловлен выбор гестационных осложнений, которые Вы прогнозировали?
5. Каким образом дифференцировали повышение ферритина у пациенток с ожирением и тяжелой соматической патологией?

6. Какие методики индукции родов для женщин с ожирением использовали и отличались ли они от методов, применяемых пациенткам с нормальной массой тела?
7. Принимали ли участие врачи-специалисты при лечении экстрагенитальной патологии у женщин с ожирением: гематологи (анемия), гастроэнтерологи (стеатоз печени), эндокринологи (дефицит витамина D)?
8. На чем основан выбор адипокинов, определяемых у женщин с ожирением?
9. Не противоречит ли назначение повышенных доз витамина D беременным действующим клиническим рекомендациям/протоколам?
10. Учитывались ли при анализе пациентки с ожирением, но без метаболических нарушений? Если да, то как распределялись такие пациентки по группам с андронидным и гиноидным типами ожирения?
11. На этапе прегравидарной подготовки женщинам назначался сибутрамин в течение трех месяцев. Этот препарат с известными побочными эффектами. Каковы критерии отбора пациенток для назначения препарата? Учитывая, что речь идет о прегравидарной подготовке, насколько безопасно применение сибутрамина в этой когорте, и через какой промежуток времени после отмены препарата наступала беременность?

Соискатель Макарова Елена Леонидовна убедительно ответила на задаваемые ей в ходе заседания вопросы и привела собственную аргументацию по следующим:

1. Композиционный состав тела в нашей научной работе у женщин с ожирением не изучали, использовали скрининговый показатель – индекс массы тела (ИМТ), который позволяет косвенно судить о количестве жировой ткани в организме. Дополнительно измеряли окружность талии для определения типа ожирения. Именно сочетание двух таких простых методик, легко применимых в рутинной практике акушера-гинеколога, позволяет с большой вероятностью правильно диагностировать избыточное содержание жировой массы в организме женщины и является более точным предиктором рисков для здоровья. В рекомендациях профессиональных сообществ отмечается целесообразность сочетанной оценки ИМТ и этого показателя (окружности талии). Определение ИМТ на первом этапе работы проводили в первом триместре беременности, при этом сроке еще не меняется состав тела пациентки. На втором этапе исследования расчет ИМТ проводили на прегравидарном этапе. В программах ведения пациенток тип ожирения не учитывали, считаем, профилактические мероприятия, предложенными нами в рамках научного исследования не требуют деления пациенток на типы, рекомендованы всем женщинам с диагнозом ожирение. Тип ожирения учитывался только в прогнозировании акушерских осложнений.
2. В исследовании изучали показатель активности гамма-глутамил-транспептидазы (ГГТП), как фермента холестаза, характеризующего функцию печени, выявили прямую корреляционную связь с индексом массы тела при андронидном ожирении. Возникновение внутрипеченочного холестаза, HELLP-синдрома при андронидном типе ожирения при ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup> сопровождается выраженным увеличением активности ГГТП и может служить предиктором повышенного риска формирования болезней печени, связанных с

беременностью. Другие показатели ферментативной активности печени все пациентки сдавали в рамках обязательных исследований во время диспансерного наблюдения при гестации (АЛТ, АСТ, ЛДГ), мы такой задачи в рамках предикции гестационных осложнений не ставили. Заболевания печени при беременности у пациенток с ожирением требует дальнейшего изучения.

3. Да, безусловно, дополнительное психологическое консультирование пациенток с ожирением имеет свои преимущества. До беременности консультация клинического психолога помогает осознать риски, связанные с состоянием здоровья самой пациентки, риски с течением ее будущей беременности и родов, позволяет обсудить стратегии управления весом, подкрепить рекомендации врачей узких специальностей, занимающихся лечением ожирения у пациентки, помогают справиться с эмоциональными аспектами (чувство вины, стыда, связанных с лишним весом), что может укрепить женщину в мотивации на долгосрочную партисипативную работу по нормализации веса. Во время беременности требуется дополнительная работа с пациенткой, что помогает поддержать ее стабильное психологическое состояние, справиться с тревогой, стрессом, депрессией, которые по статистике возникают чаще у пациенток с ожирением, чем у женщин с нормальной массой тела. В послеродовом периоде консультации психолога создают условия для успешного восстановления женщины после родов, адекватного принятия пациенткой новой роли «матери», так как у этих женщин чаще, в силу физических особенностей (ограничение подвижности, проблемы с лактацией (большая грудь)), возникают бытовые проблемы, при увеличенном риске осложнений, связанных с лишним весом.

4. Нами выбраны наиболее часто встречающиеся гестационные осложнения, которые показали высокую прогностическую значимость при изученных нами предикторах (адипокины, 25-гидроксиколекальциферол, показатели обмена железа и меди) на раннем сроке беременности.

5. Для дифференциальной диагностики повышения уровня ферритина в рамках воспалительной реакции, как белка острой фазы, изначально мы использовали критерии исключения для пациенток в группах, которыми явились, в том числе, острая инфекционная патология и соматические заболевания в стадии декомпенсации.

6. Для индукции родов использовали стандартные методики, не отличающиеся от методик применения у женщин с нормальной массой тела, индукцию проводили препедил-гелем (при «незрелой» шейке матки), индукция амниотомией и окситоцином при «зрелой» шейке матки.

7. На этапе отбора пациенток в группы применялись критерии включения и исключения, в частности исключались пациентки с ожирением вторичным (симптоматическим), их консультировали врачи эндокринологи, в наше исследование эти женщины не вошли. Лечение анемического синдрома, дефицита / недостатка витамина D, стеатоза печени проводил акушер-гинеколог в соответствии с клиническими рекомендациями по нозологии. При возникновении необходимости привлекались специалисты узкого профиля: гастроэнтерологи, гематологи и другие.

8. Изучение гормонов жировой ткани - адипокинов - представляет особый интерес у беременных с ожирением. Определение лептина, адипонектина, резистина доступно в клинической практике, дешево и легко применимо. Нами предложены впервые индексы, рассчитанные на основании изученных адипокинов, которые показали более высокую специфичность и чувствительность по сравнению с отдельными показателями адипокинов, имеющих значение в прогнозировании акушерских осложнений: индекс отношения лептина к адипонектину, индекс отношения лептина к растворимым рецепторам лептина.

9. В период научной работы в действующей редакции клинических рекомендаций «Нормальная беременность», назначение холекальциферола не было рекомендовано. В последней редакции 2023 года в протоколе «Нормальная беременность» рекомендовано назначение беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза (ожирение, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта) пероральный прием холекальциферола на протяжении всей беременности в дозе 500-1000 МЕ в день. Согласно инструкциям к большинству лекарственных препаратов витамина D- доза 500 МЕ рекомендована в 1-2 триместре беременности, с 28 недель беременности 1000 МЕ в сутки. При наличии лабораторно подтвержденного дефицита витамина D необходима консультация врача-эндокринолога и коррекция дозы холекальциферола в соответствии с проектом клинических рекомендаций Российской ассоциации эндокринологов «Дефицит витамина D» 2023 г, до сих пор не утвержденных. В данном проекте оговорено, что при заболеваниях, сопровождающихся нарушением всасывания или нарушения метаболизма витамина D (куда относят ожирение), рекомендуется прием витамина D в дозах в 2-3 раза превышающих суточную потребность возрастной группы. Однако, при известном уровне холекальциферола требуется назначение лечебных доз витамина D3 в течение 1-2 месяцев.

10. В нашем исследовании у пациенток репродуктивного возраста не проводилось выделение метаболического синдрома у женщин по классическим критериям, нами был использован основной критерий: андронидный тип ожирения, дополнительный: уровень гликемии. Липидный спектр нами не изучался. Распределение по группам производилось только по степени и типу ожирения.

11. В период проведения научного исследования препарат с действующим веществом сибутрамин был рекомендован для фармакотерапии у пациентов с ожирением согласно клиническим рекомендациям («Ожирение у взрослых», редакция 2016 года). Назначение препарата проводилось согласно инструкции, в том числе с учетом противопоказаний, наличия информированного согласия пациентки. Серьезных побочных эффектов не выявлено, описанные в работе побочные реакции были связаны с пищеварительной системой: снижение аппетита, сухость во рту. Каждой пациентке, принимавшей сибутрамин, персонифицировано подобрано средство контрацепции, женщина информирована о рисках незапланированной беременности на фоне приема препарата. Согласно современным литературным данным возможно планирование беременности через 1 месяц после использования препарата, что и было рекомендовано пациенткам в исследовании.

На заседании 24.03.2026 г. диссертационный совет принял решение - за новые научно-обоснованные разработки теоретических положений и актуальные практические изыскания, совокупность которых можно квалифицировать как решение научной проблемы, имеющей существенное значение для развития медицины в области акушерства и гинекологии – улучшение акушерских исходов у женщин с ожирением на основании поиска и выявления предикторов гестационных осложнений, разработки способов их прогнозирования и создания программ прегравидарной подготовки, ведения беременности, родов, послеродовой реабилитации, присудить Макаровой Е.Л. ученую степень доктора медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 12 человек, из них 12 докторов наук по специальности рассматриваемой диссертации 3.1.4. Акушерство и гинекология (медицинские науки), участвовавших в заседании, из 12 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за – 12, против – 0, недействительных бюллетеней – 0.

Председатель  
Диссертационного совета  
21.2.014.03

доктор медицинских наук  
профессор

Ученый секретарь  
Диссертационного совета  
21.2.014.03

доктор медицинских наук  
профессор

24.03.2026г



Пенжоян Григорий Артемович

Карахалис Людмила Юрьевна