

В письме В.Е.Радзинского сделаны следующие утверждения:

- (1) Фрагменты текста в диссертациях реципиентов (Е.Ю.Запертова, С.М.Казарьян, С.Л.Рочева), у которых он был научным руководителем, совпадающие с текстом диссертаций доноров (В.В.Мисник, М.А.Оленева, О.Ю.Петрова и Е.С.Назарова, соответственно), содержат ссылки на первоисточники;
- (2) Реципиенты и доноры вели совместную работу и имели общие результаты.

Эти утверждения по меньшей мере неточны, а в основном неверны.

Диссертация Е.Ю.Запертовой

Обширные текстуальные совпадения в диссертации Е.Ю.Запертовой с диссертацией В.В.Мисник за редкими исключениями не сопровождаются ссылками. Среди публикаций, указанных в автореферате Е.Ю.Запертовой, имеется одна совместная статья с В.В.Мисник. Объем этой статьи – 4 страницы, что существенно меньше, чем объем совпадающего текста в диссертациях; тем самым, существующие совпадения не могут быть следствием независимого использования текста совместной статьи двумя авторами. Кроме того, статья опубликована в 2005 году, а диссертация В.В.Мисник защищена в 2004 году. Соответственно, в автореферате В.В.Мисник нет указаний на совместную работу с Е.Ю.Запертовой.

Цели исследования 1–4, сформулированные в авторефератах Е.Ю.Запертовой и В.В.Мисник, дословно совпадают (всего у Е.Ю.Запертовой сформулировано 6 целей, а у В.В.Мисник 5 целей). Имеются значительные текстуальные совпадения в разделах «Научная новизна» и «Основные положения, выносимые на защиту». В разделе «Выводы» при существенных текстуальных совпадениях незначительно различаются количественные показатели.

Во многих случаях текст формулируется как собственные выводы и копируется вместе с присваивающими оборотами, например, ср. стр. 86–87 Е.Ю.Запертовой:

Анализируя частоту встречаемости различных урогенитальных инфекций у пациенток двух генотипов, достоверных различий **мы не выявили**. Однако определялась статистическая достоверность ($p < 0,05$) по преобладанию смешанной инфекции у пациенток носителей аллеля АП, а именно **50,0% против 6,0%** у гомозиготных пациенток.

Обобщая полученные данные, мы установили, что:

1) для гомозиготного генотипа А|А| характерно:

- возникновение острого эндометрита после выкидышей, абортов, родов;
- формирование бесплодия II; возникновение миомы матки;
- возникновение эндокринной патологии;
- потеря беременности на сроках 6–9 недель при наличии отягощающих факторов;
- отягощенная наследственность по соматическим и гинекологическим заболеваниям;
- тенденции к возникновению инфекционных осложнений в родах и формированию неразвивающейся беременности по типу гибели эмбриона.

2) для носителей аллеля А|I характерно:

- длинные и нерегулярные менструальные циклы;
- формирование хронического эндометрита после выкидышей, абортов;
- более частые случаи кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде;
- потеря беременности на сроках до 5 недель при наличии отягощающих факторов;
- отягощенная наследственность по осложнениям беременности и родов;
- тенденция к формированию неразвивающейся беременности по типу анэмбрионии.

и стр. 79–80 у В.В.Мисник:

Анализируя частоту встречаемости различных урогенитальных инфекций у пациенток двух генотипов, достоверных различий ($p < 0,05$) **мы не выявили**. Однако определялась статистическая тенденция к преобладанию смешанной инфекции у пациенток носителей аллеля AII, а именно **50% против 6%** у гомозиготных пациенток.

Обобщая полученные данные, мы пришли к следующим выводам:

1. Для гомозиготного генотипа AIAI характерно:

- возникновение острого эндометрита после выкидышей, аборт, родов;
- формирование бесплодия II;
- возникновение миомы матки;
- возникновение эндокринной патологии;
- потеря беременности на сроках 6–9 недель при наличии отягощающих факторов;
- отягощенная наследственность по соматическим заболеваниям;
- тенденции к возникновению инфекционных осложнений в родах и формированию неразвивающейся беременности по типу гибели эмбриона.

2. Для носителей аллеля AII характерно:

- длинные и нерегулярные менструальные циклы;
- формирование АГ; формирование хронического эндометрита после выкидышей, аборт;
- более частые случаи кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде;
- потеря беременности на сроках до 5 недель при наличии отягощающих факторов;
- отягощенная наследственность по осложнениям беременности и родов;
- склонность к формированию гипореактивности и неспособность сохранять нормореактивность по данным ЭЛИ-П-теста при наличии факторов, способствующих изменению активности регуляторов эмбриогенеза;
- тенденция к формированию неразвивающейся беременности по типу анэмбрионии.

В этом фрагменте совпадают и численные данные.

Второй пример: на стр. 91–92 Е.Ю.Запертова дословно копирует текст В.В.Мисник, а затем указывает, что ее данные расходятся с данными В.В.Мисник:

Наряду с этим, **мы пришли к выводу**, что среди всех выявленных сердечно-сосудистых заболеваний наибольшим образом обращает на себя внимание распределение АГ: она встречалась у 58,8% матерей и у 35,3% дочерей. В группе матерей АГ развилась у 47% носителей аллеля AII и у 56% гомозиготных пациенток. В группе дочерей **мы такой закономерности не выявили**, что, вероятно, связано с достаточно молодым возрастом пациенток группы I и малым количеством случаев уже успевшей развиться АГ. Однако, возможно, по достижении пациентками группы I возраста матерей такая закономерность повторится.

При сравнении наших данных с данными В.В.Мисник [32] мы выявили различия, а именно: по нашим данным, АГ чаще страдали матери-гомозиготы, в то время как, по данным В.В.Мисник, данное заболевание преобладало у носителей аллеля AII, более того, встречалось достоверно чаще. В наших результатах достоверности выявлено не было. В группе дочерей нами было выявлено преобладание артериальной гипотензии 13,7% против 0% у матерей, что соответствует данным других авторов [7,32]. Формирование артериальной гипотензии может свидетельствовать о лабильности артериального давления и возможности перехода с возрастом гипотензии в гипертензию. Необходимо также отметить, что среди дочерей пороки развития сердца встречались в два раза чаще, чем среди матерей, что, вероятнее всего, связано с экологическими факторами и еще раз подтверждает доказанное ранее утверждение, что поколение дочерей более отягощено соматическими заболеваниями, чем их матери.

Согласно полученным нами данным, более половины гомозиготных пациенток с ЛНБ имелиотягощенный семейный соматический и около четверти гинекологический анамнез (64,1% и 28,2%), в то время как у носителей аллеля AII это встречалось в 33,3% и 16,7% случаев. Учитывая, что основную часть семейных заболеваний составили болезни ССС, мы делаем вывод, что именно ген GP111A и оба его аллеля играют одну из ведущих ролей в формировании таких заболеваний, но каждый из аллелей в большей степени “ответственен” за определенную патологию. Это согласуется с данными литературы последних лет [32,106,142,158].

Ср. стр. 83–84 диссертации В.В.Мисник:

Наряду с этим, **мы пришли к выводу**, что среди всех выявленных сердечно-сосудистых заболеваний наибольшим образом обращает на себя внимание распределение АГ: она встречалась у 44% матерей и у 18% дочерей.

В группе матерей АГ развилась у 69% носителей аллеля AII и лишь у 31% гомозиготных пациенток. В группе дочерей **мы такой закономерности не выявили**, что, вероятно, связано с достаточно молодым возрастом пациенток группы I и малым количеством случаев уже успевшей развиться АГ. Однако, возможно, по достижении пациентками группы I возраста матерей, такая закономерность повторится. В группе дочерей нами выявлено преобладание артериальной гипотензии 18%, против 0% у матерей. Формирование артериальной гипотензии может свидетельствовать о лабильности артериального давления и возможности перехода с возрастом гипотензии в гипертензию.

Согласно полученным нами данным, у каждой второй пациентки с ПНБ имелся отягощенный семейный соматический анамнез, который оказался более характерным для гомозиготных пациенток AIAI и наблюдался у 64% таких пациенток, в то время как у носителей аллеля AII – лишь в 25% случаев. Учитывая, что основную часть семейных заболеваний составляют болезни сердечно-сосудистой системы, мы делаем вывод, что именно ген GP111A и оба его аллеля играют одну из ведущих ролей в формировании таких заболеваний, но каждый из аллелей в большей степени “ответственен” за определенную патологию. Это согласуется с данными источников литературы последних лет [99,134,153].

Заметим, что здесь ссылки на автореферат В.В.Мисник (номер 32) вставлены в диссертацию Е.Ю.Запертовой таким образом, что создается впечатление обсуждения независимого текста, а вовсе не его практически дословного копирования.

Диссертация С.М.Казарьяна

В диссертации содержатся обширные текстуальные совпадения с диссертацией М.А.Оленевой. Сведения о совместных публикациях или исследованиях не приведены. В ряде случаев совпадают и данные, судя по тексту, относящиеся к разным лечебным учреждениям, что дает основания подозревать фальсификацию.

Имеются значительные совпадения в формулировках новизны и значимости. У С.М.Казарьяна (стр. 7–8):

Практическая значимость. Впервые проведена комплексная оценка эпидемиологической ситуации родильного отделения многопрофильной больницы в период до и после внедрения СПТ, анализ уровня динамики ИВЗ матерей и новорожденных.

Ср. у М.А.Оленевой (стр. 7):

Научная новизна. Впервые проведено комплексное изучение эпидемиологической ситуации родильного дома в периоды до и после внедрения СПТ, и оценка уровня ИВЗ матерей и новорожденных.

В большинстве случаев при дословных текстуальных совпадениях численные данные различаются, однако в некоторых случаях наблюдаются совпадения, что может указывать на подлог данных. Например, ср. стр. 90–91 С.М.Казарьяна в разделе «Обсуждение собственных результатов следования» (sic!):

Обсемененность родовых путей была выявлена у 56,5% беременных I группы и 47,3% беременных II группы. Условно-патогенная флора была обнаружена у **37%** беременных I группы и **32,7%** беременных II группы. Грибы рода Кандида были обнаружены приблизительно у каждой пятой женщины в обеих группах. Патогенные стафилококки с одинаковой частотой встречались у женщин I и II группы (**2,4%** и **2,7%** соответственно).

и стр. 89–90 диссертации М.А.Оленевой:

Обсемененность родовых путей была выявлена у 95 (57,6%) беременных I группы и 68 (45,3%) беременных II группы. Условно-патогенная флора была обнаружена у **37%** беременных I группы и **32,7%** беременных II группы. Грибы рода Кандида были обнаружены приблизительно у каждой пятой женщины в обеих группах. Патогенные стафилококки с одинаковой частотой встречались у женщин I и II группы (**2,4%** и **2,7%** соответственно).

Этот же текст встречается на стр. 65–66 диссертации С.М.Казарьяна:

Обсемененность родовых путей была выявлена у 56,5% беременных I группы и 47,3% беременных II группы.

Условно-патогенная флора была обнаружена у 37% беременных I группы и 32,7% беременных II группы. Грибы рода Кандида были обнаружены приблизительно у каждой пятой женщины в обеих группах. Патогенные стафилококки с одинаковой частотой встречались у женщин I и II группы (2,4% и 2,7% соответственно). Таким образом, **по нашим данным**, у обследованных женщин высокая частота выявления условно-патогенной микрофлоры, что является несомненным фактором риска инфицирования плода в родах и в послеродовом периоде.

При бактериологическом исследовании смазки новорожденных, женщин I и II группы выявлен рост микробной обсемененности в 10,5% и 14% случаях, при этом преобладающей микрофлорой сразу после рождения были различные ассоциации микробов в виде ассоциации энтерококка с кандидами и патогенным стафилококком, условно-патогенные стафилококки с кандидами. При сравнении микрофлоры влагалища и смазки новорожденных идентичность прослежена более чем в 85% случаев. Таким образом, микробная колонизация большинства новорожденных происходит интранатально во время прохождения по родовым путям матери.

Ранее нами было отмечено, что у 75,0% новорожденных II группы и у лишь 50,0% новорожденных I группы ГСЗ развились в родильном доме в первые 6 суток жизни. Развитие инфекционной патологии в течение пребывания в РД может быть связано как с нарушением санитарно-эпидемиологического режима, так и с состоянием здоровья их матерей. Однако, принимая во внимание равную частоту высевания патогенной микрофлоры из родовых путей матерей I и II групп, можно предположить, что именно изменения санитарно-эпидемиологического режима, способствовали снижению развития ГСЗ у новорожденных I группы.

и, аналогично, на стр. 68 у М.А.Оленевой:

Обсемененность родовых путей была выявлена у 95 (57,6%) беременных I группы и 68 (47,3%) беременных II группы (рис. 6).

Условно-патогенная флора была обнаружена у 37% беременных I группы и 32,7% беременных II группы. Грибы рода Кандида были обнаружены приблизительно у каждой пятой женщины в обеих группах. Патогенные стафилококки с одинаковой частотой встречались у женщин I и II группы (2,4% и 2,7% соответственно). Таким образом, по нашим

данным, у обследованных женщин высокая частота выявления условно-патогенной микрофлоры, что является несомненным фактором риска инфицирования плода в родах и в послеродовом периоде.

При бактериологическом исследовании смазки новорожденных женщин I и II группы выявлен рост микробной обсемененности в 17 (10,3%) и 21 (14%) случаях, при этом преобладающей микрофлорой сразу после рождения были различные ассоциации микробов в виде ассоциации энтерококка с кандидами и патогенным стафилококком, условно-патогенные стафилококки с кандидами. При сравнении микрофлоры влагалища и смазки новорожденных идентичность прослежена более чем в 85% случаев. Таким образом, микробная колонизация большинства новорожденных происходит интранатально во время прохождения по родовым путям матери.

с продолжением на стр. 72:

Как видно из таблицы 21, у 71,5% новорожденных II группы и только у 33,3% новорожденных I группы ГСЗ развились в родильном доме в первые 6 суток жизни. Развитие инфекционной патологии в течение пребывания в РД может быть связано как с нарушением санитарно-эпидемиологического режима, так и с состоянием здоровья их матерей. Однако, принимая во внимание равную частоту высевания патогенной микрофлоры из родовых путей матерей I и II групп, можно предположить, что именно изменения санитарно-эпидемиологического режима, способствовали снижению развития ГСЗ у новорожденных I группы.

На стр. 87–88 С.М.Казарьян воспроизводит текст М.А.Оленевой, а затем пишет, что М.А.Оленева получила аналогичные данные:

По нашим данным, послеродовой период у большинства женщин протекал благоприятно как в первой, так и во второй группе. Четырем родильницам (2,8%), находившимся на совместном пребывании было произведено инструментальное выскабливание полости матки: двум по поводу гематометры, (1,4%), двум – по поводу остатков плацентарной ткани. Две женщины I группы в послеродовом периоде получали лечение по поводу субинволюции матки. У родильниц, находившихся на раздельном пребывании (II группа) в 2,5 раза чаще производилось выскабливание полости матки в послеродовом периоде ($p < 0,05$): 6-и женщинам по поводу остатков плацентарной ткани, 2-м по поводу гематометры, 3-им в связи с субинволюцией матки. М.А.Оленева в своем исследовании получила аналогичные данные (2006) [51].

У женщин, вскармливавших своих детей исключительно грудью, на протяжении всех дней пребывания в родильном отделении явления лактостаза отсутствовали, тогда как во второй группе, лактастоз встречался у 6,2% родильниц ($p < 0,05$) и появлялся на 5–6 день после родов.

У родильниц I группы трещины сосков (7,6%) встречались в 6 раз реже, чем у женщин II группы (45,4%) ($p < 0,05$). **Проведенный анализ показал**, что младенцы второй группы почти у половины женщин не совсем правильно прикладывались к материнской груди, поэтому эффективность сосания была **не достаточная**, и возможно, это сказалось на снижении активности выработки пролактина и окситоцина, главных гормонов лактации, участвующих в выработке и «отдаче» молока.

Анализ данных выявил, что женщины, находившиеся на раздельном пребывании, чаще имели неблагоприятное течение послеродового периода. Женщины второй группы, имея практически равный с женщинами первой группы риск развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде, реализовывали его в форме отягощенного течения последнего в 2–3 раза чаще. По-видимому, вследствие более активного поведения родильниц, находившихся на совместном пребывании с новорожденными, имело место предупреждение развития осложнений послеродового периода.

Ср. у М.А.Оленевой (стр. 65–66; в тексте сделаны идентичные грамматические ошибки: «не достаточная», отсутствуют запятые при причастных оборотах и т.п.):

По нашим данным послеродовой период у большинства женщин протекал благоприятно как в первой, так и во второй группе (таблица 16). Пяти родильницам (3,0%), находившимся на совместном пребывании было произведено инструментальное выскабливание полости матки: двум – по поводу гематометры, троим – по поводу остатков плацентарной ткани. Две женщины I группы в послеродовом периоде получали лечение по поводу субинволюции матки. У родильниц, находившихся на раздельном пребывании (II группа) в 2,5 раза чаще производилось выскабливание стенок полости матки в послеродовом периоде ($p < 0,05$): 6-и женщинам по поводу остатков плацентарной ткани, 2-м по поводу гематометры, 3-им в связи с субинволюцией матки.

Из таблицы 16 видно, что у женщин, вскармливавших своих детей исключительно грудью, на протяжении всех дней пребывания в родильном отделении явления лактостаза отсутствовали, тогда как во второй группе, лактастоз встречался у 6% родильниц ($p < 0,05$) и появлялся на 5–6 день после родов.

У родильниц I группы трещины сосков (7,9%) встречались в 6 раз реже, чем, чем у женщин II группы (45,3%) ($p < 0,05$). **Проведенный анализ показал**, что младенцы второй группы, почти у половины женщин не совсем правильно, прикладывались к материнской груди, поэтому эффективность сосания была **не достаточная**, и возможно это сказалось на снижении активности выработки пролактина и окситоцина, главных гормонов лактации, участвующих в выработке и «отдаче» молока.

Анализ данных течения послеродового периода выявил, что женщины, находившиеся на раздельном пребывании, чаще имели неблагоприятное течение последнего. Женщины второй группы, имея практически равный с женщинами первой группы риск развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде, реализовывали его в форме отягощенного течения последнего в 2–3 раза чаще. По-видимому, вследствие более активного поведения родильниц, находившихся на совместном пребывании с новорожденными, имело место предупреждение развития осложнений послеродового периода.

Полностью совпадают данные в таблицах, вроде бы относящиеся к разным клиникам, например, у С.М.Казарьяна (родильное отделение ХЦГБ):

Таблица 25.

Структура видового состава микроорганизмов, выделенных из очагов воспаления у новорожденных.

Выделенные микроорганизмы	Новорожденные	
	I группа	II группа
Золотистый стафилококк	45%	20,2%*
Эпидермальный стафилококк	9,1%	9,1%
Стрептококк	9,1%	12,6%
Синегнойная палочка	16,7%	-
Кишечная палочка	27,7%	16,7%
Клебсиелла	9,1%	-

Примечание: * - статистическая достоверность различий между 1 и 2 группами ($p < 0,05$).

Таблица 26.

**Структура видового состава микроорганизмов, выделенных из очагов
воспаления у родильниц.**

Выделенные микроорганизмы	Родильницы	
	I группа	II группа
Золотистый стафилококк	54,3%	16,4%*
Эпидермальный стафилококк	10,5%	16,4%
Кишечная палочка	21%	16,4%
Клебсиелла	14,2%	-

Примечание: * - статистическая достоверность различий между I и II группами ($p < 0,05$);

У М.А.Оленевой (родильный дом № 25):

Таблица 23

**Структура видового состава микроорганизмов, выделенных из очагов
воспаления у новорожденных**

Выделенные микроорганизмы	Новорожденные	
	I группа (До внедрения СПГ)	II группа (После внедрения СПГ)
Золотистый стафилококк	45%	20,2%*
Эпидермальный стафилококк	9,1%	9,1%
Стрептококк	9,1%	12,6%
Синегнойная палочка	16,7%	-
Кишечная палочка	27,7%	16,7%
Клебсиелла	9,1%	-

* - $p < 0,05$ (критерий χ^2)

Таблица 24

**Структура видового состава микроорганизмов, выделенных из очагов
воспаления у родильниц**

Выделенные микроорганизмы	Родильницы	
	I группа (До внедрения СПГ)	II группа (После внедрения СПГ).
Золотистый стафилококк	54,3%	16,4%*
Эпидермальный стафилококк	10,5%	16,4%
Кишечная палочка	21%	16,4%
Клебсиелла	14,2%	-

* - $p < 0,05$ (критерий χ^2)

В других случаях в аналогичных таблицах числа совпадают частично, так, у С.М.Казаряна:

Таблица 24.

**Структура видового состава микроорганизмов, выделенных из внешней
среды.**

Выделенные микроорганизмы	Родильный дом	
	I группа	II группа
Золотистый стафилококк	2,0%	0,8%*
Протей	9,2%	7,7%
Синегнойная палочка	9,1%	7,6%
Серрация	9,2%	12,4%
Кишечная палочка	15,4%	6,3%*
Клебсиелла	18,0%	-*
Энтеробактерии	23,4%	17,8%
Цитробактерии	22,8%	9,1%*

Примечание: * - статистическая достоверность различий между 1 и 2 группами ($p < 0,05$).

У М.А.Оленевой было:

Структура видового состава микроорганизмов, выделенных из внешней среды

Выделенные микроорганизмы	Родильный дом	
	До внедрения СПТ	После внедрения СПТ
Золотистый стафилококк	18,2%	7,7%*
Протей	9,1%	7,7%
Синегнойная палочка	9,1%	7,7%
Серрация	9,1%	15,4%
Кишечная палочка	15,4%	6,1%*
Клебсиелла	18,2%	-
Энтеробактерии	23,1%	18,2%
Цитробактерии	23,0%	9,0%*

* - $p < 0,05$ (критерий χ^2)

Здесь заметим, что С.М.Казарьян, изменив числа, воспроизвел пометки значимых отличий (*): при этом получилось значимое различие между 2.0% и 0.8% (строка «золотистый стафилококк»), что практически невозможно.

Тем самым, есть серьезные основания полагать, что как минимум часть данных в диссертации С.М.Казарьяна сфальсифицирована.

Диссертация С.Л.Рочевой

В диссертации С.Л.Рочевой имеются обширные текстуальные совпадения с диссертацией О.Ю.Петровой и совпадения с диссертацией Е.С.Назаровой. Согласно автореферату, среди работ, опубликованных по теме диссертации С.Л.Рочевой, отсутствуют совместные публикации и О.Ю.Петровой и Е.С.Назаровой. Аналогично, в авторефератах О.Ю.Петровой и Е.С.Назаровой отсутствуют сведения о совместных публикациях с С.Л.Рочевой. В ряде случаев наблюдаются совпадения не только текста, но и численных данных, относящихся к разным группам пациентов (разные клиники, разное количество пациентов, разное время), что может указывать на фальсификацию результатов.

Практическая значимость и основные положения, выносимые на защиту, у С.В.Рочевой:

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ. Разработан алгоритм оптимального метода родоразрешения беременных с миопией различной степени. Предлагаемый алгоритм офтальмологического обследования при практическом использовании дает возможность выбрать оптимальный метод родоразрешения и обезболивания родов у женщин с миопией, снижает частоту оперативного родоразрешения и уменьшает риск развития офтальмологических осложнений у женщин с миопией, сокращает сроки пребывания в стационаре.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ.

1. Степень миопии не может являться основным критерием при решении вопроса об оперативном родоразрешении, а должна рассматриваться в комплексе с другими акушерскими или экстрагенитальными осложнениями.
2. Роды через естественные родовые пути при отсутствии грубых миопических изменений на глазном дне и тяжелой сочетанной патологии являются более предпочтительными, чем оперативное родоразрешение.
3. При естественном и оперативном родоразрешении эпидуральная анестезия не оказывает отрицательного влияния на орган зрения.

практически совпадают с таковыми у О.Ю.Петровой

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ. Предлагаемый алгоритм офтальмологического обследования при практическом использовании дает возможность выбрать оптимальный метод ведения беременности, родоразрешения и обезболивания родов у женщин с миопией, снижает частоту оперативного родоразрешения и уменьшает риск развития офтальмологических осложнений у женщин с миопией, сокращает сроки пребывания их в стационаре, улучшает состояние здоровья новорожденных.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ.

1. Степень миопии не может являться основным критерием при решении вопроса об оперативном родоразрешении, а должна рассматриваться в комплексе с другими акушерскими или экстрагенитальными осложнениями.
2. Роды через естественные родовые пути при физиологическом течении беременности, отсутствии тяжелой сочетанной патологии и грубых изменений на глазном дне, с точки зрения возможных акушерских и офтальмологических последствий в раннем послеродовом периоде являются более предпочтительными, чем оперативное родоразрешение.
3. При любом методе родоразрешения эпидуральная анестезия не оказывает отрицательного влияния на орган зрения.

Пример совпадения численных данных, на стр. 101–102 у С.В.Рочевой:

Из 24 близоруких беременных, которым проводилось СМАД, 9 женщин относились к группе “Dipper” – группа с нормальным снижением АД в ночное время. 15 женщин по данным СИ попадают в группу с недостаточным ночным снижением АД “Non-dipper”. Хотя эти 24 женщины поступали в акушерский стационар с диагнозом “Гестоз, артериальная гипертензия”, после результатов обследования диагноз был изменен на симптоматическую гипертензию, к гипотензивной терапии добавлены седативные препараты, нормализующие структуру ночного сна. **Интересные данные получены** при анализе средних значений АД в различных группах. Максимальные цифры среднего АД (**131,4/79,4** мм.рт.ст.) были зафиксированы в 4 группе, а минимальные (**113,0/67,6** мм.рт.ст.) в тех случаях, когда роды велись консервативно с применением ДЭА. Но даже тогда, когда роды велись через естественные родовые пути с медикаментозным обезболиванием (группа 1), среднее значение АД (**122,8/75,0** мм.рт.ст.) было меньше, чем в 4 группе. Поэтому, опасение врачей акушеров гинекологов по поводу возможных осложнений во время консервативных родов за счет высоких цифр АД несколько преувеличено. **Правильность выбранной консервативной тактики** ведения родов подтверждают и значения показателя гипертонической нагрузки (HIdx). Самые низкие значения (**22,6/7,0%**) зафиксированы во 2 группе, а самые высокие (**29,8/9,2%**) в 4 группе. Следовательно, величина доли измерений, превышающих норму, значительно выше при проведении оперативных родов, чем в случае ведения родов через естественные родовые пути под эпидуральной анестезией. **Данные результаты доказывают**, что даже при длительной физической нагрузке, которую испытывает организм женщины во время

самостоятельных родов, не диагностируется резкий подъем АД, за счет которого возникают акушерские и офтальмологические осложнения.

Ср. стр. 95–96 у О.Ю.Петровой:

Из 15 близоруких беременных, которым проводилось СМЛД, 5 женщин (33,33%) относятся к группе “Dipper” группа с нормальным снижением АД в ночное время. 10 женщин по данным СИ попадают в групп}7с недостаточным ночным снижением АД “Non-dipper. Хотя эти 15 женщин поступали в акушерский стационар с диагнозом “Гестоз, гипертоническая форма”, после результатов обследования диагноз был изменен на симптоматическую гипертензию, к гипотензивной терапии добавлены седативные препараты, нормализующие структуру ночного сна. **Интересные данные получены** при анализе средних значений АД в различных группах. Максимальные цифры среднего АД (**131,4/79,4** мм.рт.ст.) были зафиксированы в группе 2Б, а минимальные (**113,0/67,6** мм.рт.ст.) в тех случаях, когда роды велись консервативно с применением ДЭА. Но даже тогда, когда роды велись через естественные родовые пути с медикаментозным обезболиванием (группа 1А), среднее значение АД (**122,8/75,0** мм.рт.ст.) было меньше, чем в группе 2Б. Поэтому, опасение врачей акушеров гинекологов по поводу возможных осложнений во время консервативных родов за счет высоких цифр АД несколько преувеличено.

Правильность выбранной консервативной тактики ведения родов подтверждают и значения показателя гипертонической нагрузки (HIdx). Самые низкие значения (**22,6/7,0%**) зафиксированы в группе 1Б, а самые высокие (**29,8/9,2%**) в группе 2Б. Следовательно, величина доли измерений, превышающих норму, значительно выше при проведении оперативных родов, чем в случае ведения родов через естественные родовые пути под эпидуральной анестезией. **Данные результаты доказывают**, что даже при длительной физической нагрузке, которую испытывает организм женщины во время самостоятельных родов, не диагностируется резкий подъем АД, за счет которого возникают акушерские и офтальмологические осложнения.

Еще пример необъяснимого совпадения численных данных, стр. 54–55 С.В.Рочевой:

Особого внимания заслуживают данные, полученные в ходе проведения СМАД у **24** пациенток с гестационной гипертензией. СМАД проводили в конце третьего триместра беременности и в родах. Получены следующие результаты:

Сред.АД – 122,8 / 75,0 мм.рт.ст
SD – 12,5 / 8,2 мм.рт.ст.
ИБ. – 10,2 / 12,0 %
DI – 9,6 %
Hidx. – 24,8 / 8,2 %
ЧСС. – 85,4 уд/мин.

По полученным данным, несмотря на длительную физическую нагрузку, которую испытывает организм женщины во время родов, доля измерений уровня гипертонической нагрузки (HIdx), превышающего норму, составляет **24,8/8,2%** на фоне среднего АД **122,8/75,0** мм.рт.ст.

При проведении СМАД в конце третьего триместра беременности только у **3** беременных наблюдалось нормальное снижение АД в ночное время (группа “Dipper”), у **2** пациенток суточный индекс (DI) был менее 10% (группа «Non dipper» с недостаточным снижением АД в ночное время).

То же, но с другой численностью пациенток, у О.Ю.Петровой (стр. 49–50):

Особого внимания заслуживают данные, полученные в ходе проведения СМАД в отдельной группе беременных с гестационной гипертензией. СМАД проводили в конце третьего триместра беременности и в родах. В подгруппе 1А (**n=5**) в результате проведенного СМАД в родах получены следующие результаты:

Сред. АД. – 122,8 / 75,0 мм.рт.ст.
 SD. – 12,5 / 8,2 мм, рт.ст.
 ИВ. – 10,2 / 12,0 %
 DI – 9,6 %
 HIdx. – 24,8 / 8,2 %
 ЧСС. – 85,4 уд.в мин.

По полученным данным, несмотря на длительную физическую нагрузку, которую испытывает организм женщины во время родов, доля измерений уровня гипертонической нагрузки (HIdx), превышающего норму, составляет **24,8/8,2%** на фоне среднего АД **122,8/75,0** мм.рт.ст.

При проведении СМА в конце третьего триместра беременности только у **3** беременных наблюдалось нормальное снижение АД в ночное время (группа “Dipper”), у **2** пациенток суточный индекс (DI) был менее 10% (группа «Non dipper» с недостаточным снижением АД в ночное время).

Раздел 5.3 «Алгоритм ведения беременности и родов у женщин с миопией средней и высокой степени и оценка его эффективности» (стр. 87–88) у С.В.Рочевой практически дословно совпадает с главой 4 «Алгоритм ведения беременности и родов у женщин с периферическими витреохориоретинальными дистрофиями миопического генеза» (стр. 87–88) у Е.С.Назаровой. Практически совпадают и рисунки (слева – С.В.Рочева, справа – Е.С.Назарова):

Рис. 21. Схема этапов обследования пациенток с миопией при беременности и дифференцированный алгоритм ведения родов.



Рис. 4.1. Схема этапов выявления ПВХРД при беременности и дифференцированный алгоритм ведения родов.



Вывод

Даже выборочный анализ совпадений в трех рассматриваемых диссертациях показывает, что в них присутствуют обширные, недокументированные текстуальные совпадения с источниками. Даже в тех редких случаях, когда в диссертациях имеются ссылки на источник заимствования, цитирование не оформлено должным образом, чужой текст не выделен и воспринимается как авторский. Совпадают не только описания, но и постановки задач, цели, выводы, новизна и значимость. В заимствованных фрагментах часто встречаются присваивающие обороты («наши исследования», «мы показали» и т.п.).

Еще более серьезными являются встречающиеся во всех трех диссертациях признаки фальсификации результатов: необъяснимые совпадения в числах, полученных на якобы разных когортах пациентов (в разных клиниках, в разное время и т.п.).