

## ОТЗЫВ

**официального оппонента, кандидата медицинских наук Абдуллаевой Раъно Абдугаппаровны на диссертацию Джонмахмадовой Парвины Ашрафбековны «Профилактика мертворождаемости при синдроме задержки развития плода с использованием новых технологий» на соискание ученой степени доктора философии (PhD) по специальности 14.01.01. – акушерство и гинекология**

**Актуальность исследования.** Мертворождение остается значимой мировой проблемой, ежегодно в мире регистрируется более 2,6 млн. случаев мертворождения, из них 98% в странах с низким или средним уровнем дохода. Мертворождение является негативным социально-психологическим фактором и ухудшает репродуктивный прогноз (Волков В.Г., Кастор М.В.2020; De Bernis L. 2016)

В 2020 году в Российской Федерации зарегистрировано увеличение на 4,2% мертворожденных по сравнению с данными 2019 года. (Щиголев А.И., Туманова У.Н. 2021)

Дети, рождающиеся с более низкими показателями физического развития, чем положено в соответствии со сроком беременности, составляют 5-12% среди новорожденных, а среди недоношенных – 20-30%. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты задержки внутриутробного развития плода, как типичного проявления выраженных нарушений в системе мать-плацента-плод.

В Республике Таджикистан показатели перинатальной смертности остаются высокими в 2013 году-составила 22,0 на 1000 родов, в 2017году-7,4. В стране недостаточно статистических данных в отношении показателей мертворождаемости.

Диссертационная работа Джонмахмадовой Парвины Ашрафбековны посвящена изучению мертворождаемости при синдроме задержки развития плода, которая является одной из актуальных проблем как в акушерстве, так и в перинатологии, определяя уровень перинатальной смертности (Э.К.Айламазян и соавт., 2014, ВОЗ 2015).

## **Научная новизна исследования.**

Диссертантом впервые в Республике Таджикистан проведен анализ структуры и частоты причин мертворождений с использованием классификаций МКБ-10-перинатальная смертность и ReCoDe и продемонстрировано, что причиной мертворождений по причине «плод» в стационарах 2-го уровня ведущее место занимают врожденные пороки развития плода, 3-го уровня – синдром задержки развития плода; по причине «плацента» - в стационарах 2-го уровня – частичная отслойка нормально расположенной плаценты, а в стационаре 3-го уровня плацентарная недостаточность.

Автор в своей работе на основании проведенного анализа определил наиболее часто встречающиеся факторы, способствующие мертворождаемости, такие как отсутствие прегравидарной подготовки, отсутствие своевременного ультразвукового исследования, несвоевременная диагностика синдрома задержки развития плода, отсутствие наблюдения в антенатальном периоде, поздняя постановка на учёт и поздняя госпитализация.

В диссертационной работе отмечено, что использование методологии перинатального аудита случаев мертворождений определяет необходимость улучшения качества помощи матерям на антенатальном и стационарном уровнях.

В своем исследовании автором впервые произведен анализ новых технологий, в частности использование партограммы и отмечено, что фактором неблагоприятного перинатального исхода явилось некачественное наблюдение за сердцебиением плода и эта технология нуждается в оптимизации.

Диссертантом предложен алгоритм ведения женщин с малыми размерами плода для срока гестации и отмечено, что использование модифицированного биофизического профиля плода в комплексе с доплерометрией артерии пуповины оптимизирует решение вопроса о



способе и времени родоразрешения вышеуказанных женщин и является резервом снижения неблагоприятного перинатального исхода.

### **Практическая значимость.**

На основании данных полученных в результате проведенного исследования автором предложен алгоритм ведения беременности и родов женщин с плацентарной недостаточностью и наличием синдрома задержки развития плода, позволяющий снизить уровень мертворождаемости. Также диссертантом рекомендовано проведение аудита случаев мертворождений на уровне стационаров, где несмотря на внедрение перинатального аудита на страновом уровне в нашей Республике, в учреждениях он проводится по старой системе.

### **Оценка содержания диссертации.**

Диссертационное исследование построено по традиционной схеме, изложено на 143 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, материал и методов исследования, двух глав результатов собственных исследований, заключения, списка литературы, из них 67 на русском языке и 85 на английском языке, иллюстрирована 22 таблицами и 20 рисунками.

**Во введении** подробно и убедительно представлена актуальность проведенного исследования, которая обоснована данными из литературных источников и приведенными нормативно-правовыми актами, действующими в нашей Республике.

**Цель** представленной диссертационной работы сформулирована правильно. Задачи поставленные диссертантом позволяют проведение анализа структуры причин мертворождаемости в учреждениях 2-го и 3-го уровней с использованием классификаций ReCoDe и МКБ-10-перинатальная смертность, определить факторы риска мертворождаемости и уровень их предотвращения, оценить использование современных технологий в снижении мертворождений при плацентарной недостаточности и в целом изучить вклад синдрома задержки развития плода в структуру причин

мертворождений и оптимизировать подходы ведения беременности и родов женщин с данной патологией.

Автором были сформировано 6 **задач**, которые полностью решены.

**Положения**, выносимые на защиту, отражают основные выводы проведенного исследования.

**Обзор литературы** написан автором грамотно на основе анализа мировой литературы, посвященной проблеме мертворождаемости при синдроме задержки развития плода и интересно читается.

В обзоре подробно освещены вопросы эпидемиологии перинатальной смертности в мире, структура и причины перинатальной смертности, роли эффективных перинатальных услуг в устранении факторов риска перинатальных потерь, описана методика перинатального аудита и цели его проведения на уровне учреждений

Особое внимание автором уделено современным подходам ведения и родоразрешения беременных женщин с синдромом задержки развития плода.

В главе **«Материал и методы исследования»** объекты и использованные методы исследования представлены подробно.

Проведен ретроспективный анализ 97 историй родов стационаров 2-го и 146 историй родов стационара 3-го уровней. Оценочная карта использования партограмм применялась для оценки качества использования данного инструмента при ведении родов через естественные родовые пути в ведущем учреждении родовспоможения Республики в Государственном учреждении «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан» и в шести стационарах Хатлонской области. Проспективно обследованы 30 женщин с малыми для гестационного возраста плодами диагноз которых был установлен на антенатальном уровне на основании ведения гравидограмм. Дальнейшее обследование вышеуказанного контингента беременных проводился в стационаре 3-го уровня.



Достаточный методический уровень исследования обеспечен современными методами клинической, лабораторной и функциональной диагностики.

Классификация причин мертворождаемости МКБ-10-перинатальная смертность и ReCoDe, использованная в исследовании принимает во внимание рост плода, патологию при беременности, основные заболевания матери. В ходе исследования проводилась ультразвуковая фетометрия плода, доплерометрия сосудов системы «мать-плацента-плод», кардиотокография, модифицированный биофизический профиль плода и определение количества околоплодных вод.

Статистическая оценка полученных в ходе работы результатов проведена современными математическими методами.

**Глава «Результаты собственных исследований»** имеет 4 подглавы.

В главе подробно изложены клинико-социальные характеристики женщин с мертворождениями, частота и структура мертворождаемости в стационарах разного уровня, описаны результаты оценки предотвратимых факторов риска и определение уровня предотвратимости мертворождаемости у женщин с проблемной беременностью, а также освещены случаи клинического аудита случаев интранатальной гибели плода оценка, которой проводилась путем использования партограмм у женщин с плацентарной недостаточностью.

Из медицинских характеристик женщин с мертворождаемостью выделены сопутствующие патологии: анемия-16,9%, хронический пиелонефрит-16,5%, перенесенная во время беременности острая респираторно-вирусная инфекция-7%. Определена структура наиболее часто встречающихся осложнений беременности у женщин с мертворождаемостью: преэклампсия-23%, плацентарная недостаточность 23,4%, синдром задержки развития плода-22,6%. Также отмечалось маловодие и многоводие 9,1 и 9,9% случаев соответственно, и каждая 5-я женщина имела резус-отрицательная принадлежность крови. Все установленные клинико-социальные характеристики можно отнести к факторам риска мертворождений.

**Глава 4** отражает результаты диагностики и ведения женщин с малыми для гестационного возраста плодами.

Автором отмечено, что доплерометрия в сочетании с фетометрией позволяет не только диагностировать синдром задержки развития плода, но и исключать случаи нормального развития плода при малых размерах плода для данного срока гестации, что в свою очередь исключает полипрагмазию.

Определение количества околоплодных вод и кардиотокографическое обследование повышают прогноз неблагоприятных перинатальных исходов.

В результате проведенного исследования автором предложены алгоритмы ведения женщин с синдромом задержки развития плода и разработан вкладыш для мониторинга сердцебиения плода во втором периоде родов. При использовании предложенных технологий удалось предотвратить случаи мертворождения, но каждый 3-й новорожденный умирал в раннем неонатальном периоде и причиной смерти являлись респираторный дистресс плода и асфиксия.

В **обсуждениях** диссертант резюмирует полученные им результаты, особенности и сравнивает их с данными других исследователей. Автор грамотно провел сравнение результатов и предложил оптимизировать тактику ведения беременных с синдромом задержки развития плода путем внедрения алгоритмов, разработанных в ходе исследования

Представленные диссертантом 9 выводов отражают основные полученные результаты исследования.

В результате своего исследования на основании сделанных выводов автор предложил 5 **практических рекомендаций**, которые реально выполнимы на соответствующих уровнях оказания медицинской помощи.

**Список литературы** содержит достаточное количество современных источников.

Основные результаты проведенного научного исследования представлены в 8 научных работах, в том числе 5 из них в научных журналах, входящих в реестр Высших аттестационных комиссий при Президенте



Республики Таджикистан и Российской Федерации. По материалам диссертации оформлено 1 рационализаторское предложение.

**Автореферат** оформлен и составлен правильно и соответствует содержанию диссертации и требованиям Положения ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

**Заключение:** Диссертационная работа П.А. Джонмахмадовой на тему «Профилактика мертворождаемости при синдроме задержки развития плода с использованием новых технологий» является самостоятельным научно-квалифицированным исследованием, содержащим новые аспекты в решении актуальной проблемы акушерства по снижению перинатальных потерь при синдроме задержки развития плода.

По актуальности, научной новизне, теоретической и практической значимости, возможности использования в практике полученных результатов исследования диссертационная работа П.А. Джонмахмадовой на тему «Профилактика мертворождаемости при синдроме задержки развития плода с использованием новых технологий» соответствует требованиям п 163, глава 10 «Положения о диссертационных советах», утвержденного Постановлением Правительства РТ от 26.11.2016 г. № 505, а ее автор Джонмахмадова Парвинв Ашрафбековна достойна присуждения ученой степени доктора философии (PhD) по специальности 14.01.01. – акушерство и гинекология.

Заведующая кафедрой  
акушерства и гинекологии №1,  
ГОУ «Таджикский Государственный  
медицинский университет имени  
Абуали ибни Сино», к.м.н.

 Абдуллаева Р.А.

Подпись Абдуллаевой Р.А. заверяю

Начальник управления развития кадров



 Сафаров Б.И.

Адрес: 734003; г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.

Контактные данные: тел: (+992) 902 44 47 11; моб: +992 938836333

E-mail: [dr.abdullayevvarano@mail.ru](mailto:dr.abdullayevvarano@mail.ru); [42@tajmedun.tj](mailto:42@tajmedun.tj)