ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

на диссертационное исследование Мадинаи Киёмиддинзода на тему «Оптимизация методов родоразрешения женщин с тяжёлыми преэклампсиями», представленное на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – Акушерство и гинекология. – город Душанбе, 2025 год. – 142 стр.

1. **Соответствие темы диссертации паспорту научной специальности**

Область исследования диссертационной работы соответствует паспорту Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при правительстве Республики Таджикистан по специальности 14.01.01. - акушерство и гинекология

3.1.5. Отклонения в течение беременности: невынашивание, недонашивание и перенашивание плода: гестозы беременных, кровотечения во время беременности. Внематочная беременность, пузырный занос. Клиника, лечение, профилактика.

2. Актуальность темы исследования

Актуальность темы диссертации определяется необходимостью исследований, направленных на снижение управляемых причин материнской смертности, указанных Организацией Объединенных Наций в Целях Устойчивого Развития на период до 2030 г. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) тяжёлая преэклампсия (ТПЭ) до настоящего времени определяет высокий уровень материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в мире, обусловленного развитием критических состояний, включая недостаточность функции жизненно важных органов [ВОЗ, 2018; 2022; 2023]. Особое внимание акушеров-гинекологов и неонатологов связано с высокой распространенностью данного осложнения гестационного процесса, которая в разных странах колеблется от 2 до 8% [ВОЗ, 2020; X.Nie et al., 2024]. ТПЭ представляет важную проблему для достижения Целей Устойчивого Развития в Республике Таджикистан, основной из которых является снижение материнской

смертности до 20 на 100 000 живорождений [Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030года]. В то же время увеличение сопутствующих заболеваний в мире, представляющих риск развития гипертензивных нарушений, требует скорейшего внедрения оптимальных методов диагностики и изменения акушерской тактики [Atlihan U. et al., 2025]. В частности, детальный анализ тенденции к росту материнской смертности в Соединенных Штатах Америке за последние 30 лет продемонстрировал, что основные причины связаны с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, вследствие увеличения неинфекционных заболеваний, включающих ожирение, артериальную гипертензию и ряд других состояний [B.Wang et al., 2020].

Общеизвестно, что единственным методом профилактики неблагоприятного исхода для матери и плода при ТПЭ является своевременное прекращение беременности, которое, как правило, соответствует недоношенному сроку гестации. С другой стороны, потребность к родоразрешению во многом определяется биологической готовностью к родам, маркёром которых является состояние шейки матки [У.А.Каримзода, 2024; N.Lakho, 2024].

Учитывая глобальный характер роста гипертензивных нарушений, проводятся многочисленные исследования по улучшению возможностей методов родовозбуждения у беременных с физиологическим и высоким уровнем артериального давления [L.C.Molina-Barrera et al., 2025]. Среди них особое место занимают исследования по использованию простагландинов Е1 и Е2. По применению простагландина Е1 (сайтотек, мизопростол) имеют место многочисленные исследования, результаты которых явились основанием для рекомендаций по индукции и стимуляции родов ВОЗ и международной федерации акушеров-гинекологов [ВОЗ, 2022; FIGO, 2023]. Однако, несмотря на обширное число работ по индукции родов простагландином Е2 (динопростоном), доказательная база по их эффективности у женщин с артериальной гипертензией ограничена. Данное утверждение в 2023 году подчёркнуто публикацией в европейском журнале (Europe J Obstet. Gynecol. Reprod. Biology), где проведен систематический обзор и мета анализ о безопасности мизопростола и динопростона в индукции родов на основании 39 рандомизированных

контролируемых исследований. Указано, что мизопростол, как и динопростон имеют схожий профиль безопасности, поскольку не выявлено различий по частоте кесарева сечения, инструментальных вагинальных родов, тахисистолии, госпитализации в отделение интенсивной терапии новорожденных [Taliento C et al., 2023]. В то же время, по применению динопростона при гипертензивных нарушениях имеются ограниченные противоречивые результаты. В частности, L.C.Molina-Barrera et al. (2025) в сравнительном анализе когорты 300 беременных с ТПЭ и физиологическим уровнем артериального давления не выявлена разница между удельным весом родов через естественные родовые пути, медианным временем до благоприятной оценке по шкале Бишопа.

В некоторых оригинальных работах доказана эффективность окситоцина после предварительного введения геля динопростона в сочетании с баллонной катетеризаций при ТПЭ [H. Jangra et al (2023)]. Однако акушерские и перинатальные исходы при изолированном применении различных простагландинов и окситоцина ограничены и разноречивы, что требует проведения серьёзных изысканий.

Учитывая вышеизложенное, выбор темы исследования, направленного на оптимизацию родовозбуждения при тяжёлой преклампсии, является актуальным в современном акушерстве.

3. Степень научной новизны результатов диссертации и положения, выносимые на защиту.

Научная новизна диссертационной работы очевидна, поскольку она открывает большой исследовательский пласт в проблеме ранних форм ТПЭ. Впервые в Республике Таджикистан представлен анализ зависимости социальных и клинико-анамнестических особенностей у женщин с преэклампсией, развившейся в различные сроки гестации, а также представлен сравнительный анализ акушерских и перинатальных исходов при ранней и поздней ТПЭ, клинические проявления которых имеют место до и после 32-34 недель беременности. Автором выявлена общность для развития преэклампсии вне зависимости от срока гестации для первородящих в 18 - 25 лет, проживающих в

сельской местности, имеющих преимущественно среднее и средне-специальное образование и в большинстве занимающихся домашним хозяйством.

Доказано, что при ранней преэклампсии, чаще развивается преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, также обнаружена выраженная обратная корреляционная связь между абдоминальным родоразрешением и сроком гестации, представляющие высокий риск летального исхода на фоне ТПЭ.

Кроме того, выявлены самые неблагоприятные условия для пренатального развития плода при ранней преэклампсии, способствующие задержке роста плода, плацентарной недостаточности.

Доказана связь между сроком гестации и заболеваемостью новорождённых в раннем неонатальном периоде, которые статистически значимо превалируют при развитий ТПЭ в ранние сроки и включают асфиксию, дыхательные расстройства и поражение головного мозга, ассоциированные с высоким уровнем неонатальной смертности.

Автором доказана эффективность и безопасность применения динопростона для родовозбуждения при преэклампсии при сроке гестации 35 недель и больше.

Обоснованность трёх научных положений, выносимых на защиту, подтверждается их научной новизной, отражением содержания диссертации, наличием четырёх публикаций в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Республики Таджикистан, а также успешной апробацией результатов на конференциях «Неотложные состояния в акушерстве, гинекологии и перинатологии» (Государственное учреждение (ГУ) Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения (ТНИИАГиП МЗиСЗН) Республики Таджикистан); «Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения» (ГУ «Хатлонский государственный медицинский университет»); «Репродуктивное здоровье Узбекистана: достижения и планы на будущее (Самарканд)

4. Степень изученности научной темы

Диссертационная работа Мадинаи Киёмиддинзода основана на рекомендациях ВОЗ и международной Федерации акушеров-гинекологов (FIGO), а также анализе современных отечественных и зарубежных

исследований, посвященных проблеме гипертензивных нарушений в акушерстве. В отличие от многочисленных исследований, проведенных в Республике Таджикистан, в том числе диссертационных работ, посвященных ТПЭ (Ф..Олимова, 2020; У.А. Каримзода, 2025 и другие) в представленном исследовании определенны временные рамки клинического проявления и методы родовозбуждения с акушерскими и перинатальными исходами.

Рассмотрены различные факторы риска ТПЭ и их связь с некоторыми медико-демографическими и рядом социальных аспектов. Отмечено, что паритет, место проживания, род занятий и образование являются в равной степени факторами, способствующими преэклампсии.

Работа выполнена в рамках реализации Национальных стратегий Республики. Таджикистан, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности и связана с научно-исследовательской темой ГУ «ТНИИ АГиП МиСЗН Республики Таджикистан «Преждевременные роды: факторы риска, частота и зависимость от уровня учреждения, прогнозирование, диагностика, профилактика, лечение» Регистрационный №0123TJ526

5. Объём и структура диссертации

Диссертационная работа представлена в виде рукописи на 142 страницах компьютерного текста с традиционной структурой построения и состоит из введения, обзора литературы, описания методов и материала исследования, двух глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, библиографического списка из 156 использованных источников, в том числе 48 - на русском и 108 на английком языках. Текст диссертационной работы изложен хорошим литературным языком, читается с интересом, иллюстрирован 15 рисунками и 23 таблицами.

Во введении диссертации на основании анализа выбранной темы, определены цель, задачи, объект и предмет исследования, научная новизна, практическая значимость полученных результатов.

Цель исследования изложена конкретно, направлена на оптимизацию подходов к родовозбуждению у беременных в позднем и доношенном сроке путём изучения акушерских и перинатальных исходов.

Для достижения цели поставлены и решены 4 задачи, две из которых посвящены исходной акушерской ситуации, две другие – эффективности и приемлемости различных методов пре - и индукции родов с оформлением полученных результатов в оптимизированный алгоритм.

В главе 1 состоящей из пяти подглав автором грамотно и лаконично представлен обзор современной литературы по вопросам ТПЭ с неблагоприятными последствиями на мать и ребёнка.

Целесообразность выбора направления настоящего исследования представлена логично и убедительно. Автор подробно излагает необходимость выделения понятия «ранней преэклампсии», которые не полностью интегрированы в клиническую практику на территории нашей страны.

Следует выделить тщательный анализ неблагополучного исхода гестационного процесса с позиции деления её в зависимости от срока беременности. Автор убедительно демонстрирует междисциплинарный подход к выбранной теме, что отражает целостность предпринятого исследования с позиции улучшения качества жизни не только матери, но и её новорожденного.

Автором проведен подробный сравнительный анализ современных методов родовозбуждения, представлены преимущества и недостатки применения традиционных методов, а также относительно новых способов с применением простагландинов Е1 и Е2.

Знакомство с обзором литературы позволяет отметить эрудированность автора, умение структурировано излагать материал, его глубокое понимание проблемы выбранного направления.

В главе 2 «Материал и методы исследования» диссертационной работы изложены дизайн комплексного исследования, представленного несколькими этапами. Автор подробно описывает формирование групп, обосновывает использованные клинико- лабораторные и терапевтические подходы. Дизайн обследования включает ретро- и проспективный анализ соответственно 240 и 230

беременных с ТПЭ. Ретроспективный сравнительный анализ проведен для трёх групп, разделённых в зависимости от времени клинического проявления указанного осложнения. Выделены группы ранней ТПЭ, которая была выявлена при сроке гестации от 22 до 32-34 недель беременности (60 случаев – I группа), 101 случай ПЭ, развившейся от 34 до 37 недель (II группа), 79 случаев - при доношенном сроке гестации (III группа). Проспективная группа, помимо деления в зависимости от срока беременности, разделена на 3 подгруппы в зависимости от использованного метода индукции: с использованием простагландинов Е1, Е2 и окситоцина. Объём клинического материала является достаточным для достижения поставленной цели.

Методы исследования соответствуют поставленным задачам, являются высокоинформативными и современными.

Статистическая обработка данных, проведенная с использованием прикладных статистических пакетов, включая IBM SPSS Statistics и Statistics 10,0 отражает качественный анализ собранного материала в соответствии с задачами исследования.

Собственные результаты представлены в двух главах

В 3-ей главе «Течение беременности, акушерские и перинатальные исходы женщин в зависимости от сроков начала преэклампсии», разделённой на 3 подглавы проведен анализ полученных данных, направленных на выполнение первой и второй задачи исследования.

Мадинаи Киёмиддинзода в данной главе провела подробный анализ и показала значимость с высоким уровнем достоверности и сильной обратной корреляционной связью неблагоприятного влияния ранней ТПЭ по сравнению с её развитием в сроки гестации 35 недель и больше на акушерские и перинатальные исходы на основании нижеследующих фактов.

Прежде всего, автором проведена оценка клинических и анамнестических характеристик и особенностей течения гестационного процесса на основании подробного ретроспективного анализа 240 случаев историй родов пациенток при ТПЭ, которая развилась в различные сроки беременности. В исследуемых группах отсутствовала связь между возрастом и временем клинического проявления ТПЭ.

Средний возраст обследованных находился в диапазоне от 27,8 до 29,2 лет и соответствовал возрастному распределению беременных и рожениц в стране.

Социальный портрет обследованного контингента характеризовался низким уровнем высшего образования, преимущественным занятием домашним хозяйством при отсутствии в группах статистически значимой разницы общего уровня образования и занятости.

Сравнительным анализом медицинских факторов, включающих перенесенную и текущую экстрагенитальную патологию, выявлен высокий уровень заболеваний почек, диапазон колебаний которых составил 43,3% - 54,4%. Данный факт также был подтвержден отечественными исследователями [Н.Г.Гафурзода, 2025]. Интересным фактом является то, что при ранней ТПЭ хроническая артериальная гипертензия оказалась в 2,6 раза больше, чем при доношенной беременности. Данный факт, выявленный соискателем, можно оценить как косвенное свидетельство первичного оксидативного стресса, обусловленного эндотелиальным поражением при ТПЭ с развитием тяжёлых осложнений для матери и плода.

Среди акушерских аспектов подчеркнуто превалирование гипертензивных нарушений при сроке гестации 35-37 недель, удельный вес которых достигал 42,1%, в то время как ранняя преэклампсия имела место реже, в каждом четвертом случае (25%), а при доношенной беременности составила 32,9%.

Установлено, что у 25% (60 случаев) развились осложнения опасные для жизни, при этом удельный вес критических состояний при ранней преэклампсии в 5 раз превышал таковые при сроке гестации 32 недели беременности и выше: 85% и 15% соответственно. Отражением высокого риска репродуктивных потерь и потребности в исключительном внимании к ранней форме ТПЭ, выявленных соискателем, являются осложнения опасные для жизни. Среди них превалировал HELLP синдром, который составил 31,7% случаев, из которых в каждом пятом случае представленный полной и в 11,6% - парциальной формами, а у трети беременных развилась эклампсия (28,3%), а акушерские кровотечения составили 13,3%. Недостаточность функции жизненно важных органов суммарно составила

23,3%, включая отёк лёгких (10%), острое повреждение почек (8,3%) и печёночную недостаточность (5%).

Мадинаи Киёмиддинзода подтверждены результаты многочисленных исследований о риске ТПЭ у первородящих, удельный вес которых колебался от 45,5% с ранней формой до 59,5% - при доношенной беременности

Неблагоприятное влияние ТПЭ при сроке гестации менее 34 недель на плод показано при пренатальной диагностике путём выявления нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод практически во всех случаях, в то время как позже в 33-37 недель и доношенном сроке они обнаружены в 57,1% и 39,3% соответственно. Данная зависимость подтверждена расчетом нормированного коэффициента Пирсона при котором выявлена выраженная отрицательная корреляционная связь между компенсированной плацентарной недостаточностью и ранней преэклампсией, которая составила - 0,52. Поэтому при ТПЭ при глубоко и умеренно недоношенной и доношенной беременности выявлено статистически значимое увеличение компенсированных форм плацентарной недостаточности 2,9%; 21,2%% и 24,2% соответственно ($p < 0,05$).

Задержка роста плода, как отражение длительного нарушения кровотока и первичной эндотелиальной дисфункции плацентарного бассейна, также оказалась выше при ранней ТПЭ. В каждом четвертом случае в первой группе выявлена данная патология (25,7%), в то время как во второй и третьей группе они имели место чуть реже, но были практически идентичными – 23,5% и 21,2% случаев.

Автором подчеркнуто, что осложнения ранних формы ТПЭ явились показаниями к абдоминальному родоразрешению. Высокий уровень критических состояний явился причиной кесарева сечения у 20% от общего числа обследованных. Потребность в абдоминальном родоразрешении при ранней ТПЭ в 5,6 и 7,2 раза превышала вторую и третью группу и составила: 75,8%;13,6% и 10,6% соответственно. Учитывая неуклонный рост кесарева сечения, оптимизация акушерской тактики является потенциалом снижения данной операции. Кроме того, автор акцентуирует внимание на высокой частоте оперативных вмешательств при родах через естественные родовые пути, включая вакуум-экстракцию плода при развитии дистресса плода в 21 случае.

Также имело место высокий удельный вес акушерских кровотечений, в том числе осложнение в виде преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты у 18 пациенток, из них у 83,4% случаев при недоношенной беременности, практически во всех случаях при ранней ТПЭ.

Аналогичным образом, кровотечение обусловленное нарушение сократительной способности матки в послеродовом периоде выявлено у 8,3% родильниц с ранней ТПЭ после преждевременных родах до 34 недель и в 1,9% и 3,8% случаев в 35-37 недель и доношенной беременности.

Удельный вес маловесных новорожденных в первой группе характеризовался тем, что половина из них оказалась менее 2000,0 грамм, из которых более половины оказалось менее 1500 грамм, а критически низкая масса тела имела место у 6,6%. При ранней ТПЭ у недоношенных новорожденных имело место сочетание с задержкой роста плода - 38,3% (23 случая) в то время как при поздних гипертензивных нарушениях они имели место у 19,8%, а при срочных родах - у 8,9% (7 случаев).

Тяжелая асфиксия с оценкой состояния новорождённых по шкале Апгар 3 балла и меньше, выявлена при рождении в каждом пятом случае, которая в раннем неонатальном периоде трансформировалась в дыхательную недостаточность у 26,7% (16 случаев) с аналогично высоким уровнем кровоизлияния в мозг. Следует подчеркнуть высокий уровень дыхательных расстройств в исследуемых группах от 7,6% до 22,7%, а также высокий уровень кровоизлияния в мозг во второй группе – 8,9% (9 случаев).

Автором выявлена высокая перинатальная смертность на фоне ТПЭ у недоношенных детей, которые произошли преимущественно в первой группе (9 случаев), в которой из 14 случаев ПС – 9 - прозошли в раннем неонатальном периоде, а распределение во второй группе было идентичным по 1 случаю анте интра и РНС

В главе 4 «Оптимизация индукции родов женщин с ТПЭ позднего и доношенного срока» и включающей две подглавы проведён сравнительный анализ индукции родов при ТПЭ на основании анализа течения родового процесса с использованием простагландина Е1 (мизопростол), Е2 (динопростон) и

окситоцина. Автором показано, что корректная акушерская тактика при дифференцированном выборе метода индукции в зависимости от биологической готовности организма при ТПЭ является фактором снижения неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов. Использование модифицированной оценки состояния шейки матки по шкале Бишоп для выбора метода индукции, особенно для беременных с ТПЭ развившейся при сроке гестации менее 34 недель основана на детальном анализе и клинической интерпретации фактов, изложенных в данной главе. Прежде всего, социальный портрет проспективно исследуемого контингента беременных практически не отличался от результатов, полученных в результате ретроспективного анализа. Среди медицинских факторов также выявлена роль вирусной инфекции, гипертензивных нарушений и йоддефицитных заболеваний, а также сочетание перечисленных экстрагенитальных заболеваний с гинекологической патологией. Данный факт является свидетельством возможности изложения материала в предыдущей главе для предотвращения повтора, однако данное замечание является прерогативой соискателя.

Сравнительный анализ состояния шейки матки согласно модифицированной шкале Бишоп демонстрировал зависимость и самые неблагоприятные оценки в подгруппе, где был использован мизопростол, а оценка более 6 баллов была чаще характерна для использования окситоцина.

Продолжительность от начала индукции до начала родовой деятельности оказалась статистически значимо меньше при использовании окситоцина и составила 3,8±0,98 часа, в 3 -4 раза меньше при динопростоне и мизопростоле, но общая продолжительность родов выявила обратную зависимость и составили 8,3±0,44; 7,1±4,1 и 6,8±3,2 часа.

Течение и исход родового процесса у обследованного контингента демонстрировал более частое развитие затянувшиеся родов при использовании динопростона (3,9%), в то время как при применении мизопростола данное осложнение имело место у 1,7%, а при инфузии окитоцина отсутствовали. В то же время дистресс плода, наоборот, чаще имел место на фоне применения окситоцина (7,1%), в 4,2 раза реже при использовании простагландина Е1 (1,7%) и в 1,8 раза меньше - при использовании динопростона.

Абдоминальное родоразрешение проведено в каждом десятом случае в подгруппе с мизопростолом, статистически незначимо меньше на фоне динопростона и окситоцина - 7,8 и 7,1% соответственно.

Средняя кровопотеря преимущественно колебалась в пределах физиологических границ, однако в подгруппах с применением мизопростола и динопростона имела место патологическая кровопотеря: 3,4% и 1,9% соответственно.

Адекватность кардиореспираторных функций новорождённых, основанная на оценке состояния по шкале Апгар к концу пятой минуты, демонстрировала неонатальную безопасность при использовании простагландинов и традиционного окситоцина. Вместе с тем, следует подчеркнуть статистически незначимую тенденцию различий. Так, при использовании окситоцина удельный вес асфиксии различной степени тяжести составил 5,6%, простагландина Е1 – 7,5%, а Е2 – 9,8%. Однако следует иметь в виду, что имело место статистически значимое различие беременных с выявленной задержкой роста плода. Данная патология превалировала при применении динопростона и составила 33,3%, в то время как при указанной патологии мизопростол использован у 12,1%, а окситоцин - лищь у 4,2% обследованных, поэтому изложенные выше факты не отражают негативное воздействие простагландина Е2.

В то же время несмотря на корректную акушерскую тактику перинатальные потери имели место во всех подгруппах и включали интранатальную гибель плода (по два случаях при использовании мизопростола и окситоцина) и раннюю неонатальную смерть при использовании динопростона (один случай).

В разделе «Обсуждение полученных результатов» - автором проведён подробный анализ полученных результатов по сравнению с исследованиями, проведенными в крупных акушерских учреждениях мира.

Важным аспектом, изложенным при обсуждении являются доказательства, полученные соискателем, что дифференцированный подход улучшает перинатальные и акушерские исходы при преэклампсии, развившейся в различные сроки беременности. Обсуждение в дискуссионном стиле с проведением сравнения собственных результатов с

Заключение включает 6 выводов, обеспечивающих необходимую степень достоверности полученных в диссертационной работе результатов.

Представленные рекомендации по практическому применению логично вытекают из основного материал

6. Научная, практическая, экономическая и социальная значимость диссертации

Научно-практическая значимость заключается в детальном анализе социальных, клинических и анамнестических факторов риска, сопутствующей экстрагенитальной патологии при ТПЭ в различные сроки беременности, что позволило сформировать целевую группу для дифференцированного метода родовозбуждения с целью снижения репродуктивных потерь и неонатальной безопасности. Важным компонентом экономической и социальной значимости диссертации является оптимизация и приемлемость различных видов простагландинов, которые являются потенциалом снижения абдоминального родоразрешения. Представленный «Алгоритм выбора метода индукции родов» является доступным для использования в родовспомогательных учреждений IIБ-III уровня в Республике Таджикистан.

Материалы диссертационного исследования могут быть использованы в учебном процессе на профильных кафедрах в высших медицинских образовательных учреждениях до- и последипломного обучения.

Публикации результатов исследования по теме диссертации

Основные положения диссертации Мадинаи Киёмиддинзода отражены в 9 научных работах, три из которых - в научных журналах и изданиях, рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан и одна - в научном журнале, рецензируемом ВАК при Президенте Республики Узбекистан

Соответствие диссертации требованиям Комиссии

Диссертация выполнена на высоком методическом уровне, имеет научную новизну и практическую значимость. Работа оформлена соответственно установленным требованиям Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан, предъявляемым к кандидатским диссертациям

Автореферат диссертации составлен правильно, грамотно оформлен, полностью соответствует содержанию и требованиям Порядка присуждения учёных степеней, утвержденного постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года №267

Принципиальных замечаний к диссертации и автореферату не имеется. Несмотря на это, в диссертации имеет место незначительное количество грамматических и орфографических ошибок.

В качестве научной дискуссии требуют пояснения некоторые вопросы:

1. Каковы причины более частого развития затянувшихся родов при использовании динопростона (3,9%), в то время как при применении мизопростола данное осложнение имело место у 1,7%, а при инфузии окитоцина отсутствовали?

2. Какие причины высокого уровня кровоизлияния в мозг и дыхательной недостаточности во второй группе, которая по сроку гестации не требовала проведения профилактики респираторного дистресс синдрома?

3. Какова причина интранатальной гибели плода (по два случаях при использовании мизопростола и окситоцина) и ранняя неонатальная смерть при использовании динопростона (один случай), несмотря на корректную акушерскую тактику

Указанные вопросы вызваны исключительно интересом к актуальной теме, возможностью применения простагландинов при преэклампсии при недоношенном сроке гестации. Они ни коей мере не снижают качество и положительную научную оценку оппонируемой диссертации и не оказывают отрицательного влияния на её научно-практический уровень.

В целом диссертация Мадинаи Киёмиддинзода на тему «Оптимизация методов родоразрешения женщин с тяжёлыми преэклампсиями» представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – Акушерство и гинекология, является завершенной научно-квалификационной работой, содержит новое решение актуальной научной задачи – улучшение материнских и перинатальных исходов при тяжёлой преэклампсии путём внедрения оптимальных методов индукции родов.

По своей актуальности, научной новизне, теоретической и практической значимости диссертация полностью соответствует требованиям п.31, 33, 34 и 35 Порядка присуждения ученых степеней, утвержденного постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года, № 267, предъявляемых к кандидатским диссертациям, а её автор Мадинаи Киёмиддинзода достойна присуждения искомой степени по специальности 14.01.01. – Акушерство и гинекология.

Официальный оппонент:

Доцент кафедры акушерства и гинекологии №1

ГУ «Таджикский государственный медицинский

университет имени Абуали ибни Сино»,

к.м.н. **У.Д. Узакова**

1 декабря 2025 года

Адрес: индекс 734002, Республика Таджикистан

Город Душанбе, район Исмоила Сомони

Улица Сафарзода, дом 20

Тел: (992) 918477694

E-mail: urunbish@inbox.ru

Подпись к.м.н., доцента

У.Д. Узаковой подтверждаю

начальник управления по развитию кадров Б.И. Сафаров

Адрес: 734003, Республика Таджикистан

Город Душанбе, район И. Сомони,

Улица Сино 29-31

Телефон: (+992) 446003977

E-mail: info@tajmedun.tj

1 декабря 2025 года