

ОТЗЫВ

**научного руководителя о диссертационной работе аспиранта Мадинаи
Киемиддинзода на тему: «Оптимизация методов родоразрешения
женщин с тяжелыми преэклампсиями», представленную на соискание
степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 -
акушерство и гинекология**

Актуальность темы исследования научной диссертации Мадинаи Киемиддинзода на тему: « Оптимизация методов родоразрешения женщин с тяжелыми преэклампсиями».

В настоящее время индукция родов возрастает во всем мире и в развитых странах составляет около 25%. Индукция родов предполагает профилактику осложнений, которые могут усугубляться по мере прогрессирования беременности. В этом смысле индукция родов предупреждает ухудшение состояния матери и плода при различных экстрагенитальных заболеваниях и осложнениях беременности, что способствует снижению частоты кесарева сечения (С. А. Васильев и соавт, 2021).

Преэклампсия представляет собой комплексное патологическое состояние, характеризующееся полиорганным поражением, при котором наблюдается артериальная гипертензия с вовлечением одной или нескольких систем организма матери и/или плода, что требует своевременного родоразрешения. Диагностические критерии и классификация степеней тяжести данного осложнения беременности остаются предметом научных дискуссий. Согласно современным представлениям, основанным на рекомендациях Национального института здравоохранения и передового опыта ухода, традиционные диагностические маркеры - уровень артериального давления и протеинурия

- не являются исключительными определяющими факторами при оценке тяжести заболевания. Особое внимание следует уделять таким клиническим проявлениям, как снижение количества тромбоцитов, дисфункция печени и почек, а также наличие эпигастральной боли. Даже при умеренном повышении артериального давления сочетание этих симптомов должно расцениваться как признак тяжелой преэклампсии и требует соответствующей терапевтической тактики, независимо от наличия протеинурии.

В ряде стран дополнительными независимыми критериями тяжести преэклампсии считаются манифестация заболевания до 32-34 недель гестации и признаки внутриутробного страдания плода. Примечательно, что изолированная протеинурия без сопутствующих клинических проявлений преэклампсии не может рассматриваться как прогностически значимый фактор для оценки исходов беременности как со стороны матери, так и плода (Капительный В. А., 2020; Poon L.C. et al. 2021; Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019).

Терапия тяжёлой преэклампсии включает профилактику судорог (магнезиальная терапия) и предупреждение кровоизлияния в мозг (антигипертензивная терапия). Одновременно предусматривается пролонгирование беременности с целью проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода. Этиологическим методом лечения тяжёлой преэклампсии является родоразрешение, при этом приоритет отдаётся родам через естественные родовые пути. В ряде случаев имеются акушерские показания к выполнению кесарева сечения, а также осложнения тяжёлой преэклампсии, такие как эклампсия и HELLP-синдром [У.Д. Узакова и соавт., 2015].

Тяжелые преэклампсии занимают ведущие позиции в структуре причин материнской смертности. Как правило, своевременная диагностика, госпитализация и родоразрешение женщин с тяжелой преэклампсией являются резервом снижения развития критических состояний тяжелых преэклампсий и резервом снижения материнской смертности. Поэтому изучение наиболее приемлемых методов индукции родов у женщин с тяжелыми преэклампсиями в различные сроки гестации является весьма актуальным направлением научных исследований [WHO systematic analysis, 2023].

Известно, что начало, течение и исход родов при родоразрешении методом индукции родов зависят от двух факторов – зрелости шейки матки и сокращений миометрия. Физиологический процесс родов характеризуется созреванием шейки матки перед началом сокращений миометрия, что следует учитывать при родовозбуждении. Степень зрелости шейки матки является определяющим фактором успешной индукции родов как при доношенной, так и при недоношенной беременности. Для оценки цервикальной зрелости наибольшее распространение получила модифицированная шкала Бишоп, признанная оптимальным инструментом в акушерской практике [Клинические рекомендации «Индукция родов» Таджикистан, 2023, 46 с; 1. World Health Organization. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term // WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. 2018].

В современной акушерской практике для преиндукции родов применяются различные фармакологические методы, среди которых ведущую роль играет динопростон - синтетический аналог простагландина E2. Физиологическое обоснование его применения базируется на естественном увеличении концентрации простагландина E2 в клетках плодных оболочек области внутреннего зева к сроку родов. Механизм

действие динопростона реализуется через два основных пути: стимуляцию синтеза коллагеназы, эластазы и гиалуроновой кислоты, обеспечивающих созревание шейки матки, а также активацию сократительной способности миометрия посредством влияния на кальциевые каналы и метаболизм циклического аденозинмонофосфата. Альтернативным методом является применение мефипристона, действующего через антипрогестероновый механизм. Клиническая эффективность динопростона подтверждается статистически значимым повышением частоты родов в течение 24 часов после применения и снижением частоты кесарева сечения в сравнении с плацебо. Согласно актуальным клиническим рекомендациям Минздрава России (2021), применение динопростона для преиндукции родов при доношенной беременности имеет высший уровень доказательности [Carlos De Bonrostro Torralba et al., 2019; H. Mendez-Figueroa, et al., 2021].

В научной литературе накоплен обширный массив данных по применению методов преиндукции и индукции родов при доношенной беременности. Согласно Клиническому протоколу №177 «Индукция родов» (Казахстан, 2022 г.), использование динопростона для преиндукции родов в доношенном сроке имеет высокий уровень убедительности и достоверности доказательств. Однако научная база по применению динопростона при недоношенной беременности существенно ограничена. Данный факт подчеркивает необходимость проведения дополнительных исследований для расширения фармакологического арсенала средств индукции родов у пациенток с преэклампсиями при недоношенном сроке гестации.

Мадинаи Киёмиддинзода родилась 01.12.1990 г. в Яванском районе, Хатлонской области. После окончания школы – лицей №1 Яванского района в 2008 г. поступила в ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» в медицинский факультет вышеперечисленного образовательного

учреждения. В 2014 г. окончила данный университет, далее 2014 - 2015г прошла интернатуру на базе кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан. С 2015 – 2017 г прошла клиническую ординатуру на базе кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан. С 2018 – 2022г работала в Специализированном акушерском отделении Научно-исследовательский института акушерства, гинекологии и перинатологии Республики Таджикистан. По 2022 – 2025г была аспирантом Научно-исследовательский института акушерства, гинекологии и перинатологии Республики Таджикистан.

Диссертационная работа Мадинаи Киёмиддинзода состоит из введения, 4 глав, 11 параграфов, выводов, рекомендации по практическому использованию результатов и списка литературы.

Во введении обосновывается по актуальности темы, научной новизне, теоретической, практической значимости, достоверности полученных данных, доказательность выводов и практических рекомендаций диссертационный работы, оценивается уровень освоение научной проблемы.

В первой главе «Оптимизация методов родоразрешения женщин с тяжелыми преэклампсиями: эпидемиология преэклампсии и влияние факторов риска на эпидемиологию преэклампсии (обзор литературы)» - описываются широкий спектр факторов риска преэклампсии. Данная глава включает 5 под глав: 1.1. «Эпидемиология преэклампсии и влияние факторов риска на эпидемиологию преэклампсии». 1.2. «Этиология и патогенез преэклампсии». 1.3. «Эпидемиология индукции родов, в том числе при тяжелых преэклампсиях». 1.4. «Акушерские и перинатальные

исходы женщин с тяжелой преэклампсией при индукции родов». 1.5. «Способы преиндукции и индукции родов». В этой главе представлен обзор как отечественных, так и зарубежных исследований, посвященных теме диссертации. В настоящее время в Республике Таджикистан все усилия специалистов, оказывающих перинатальную помощь, направлены на снижение показателей материнской и перинатальной смертности. Преэклампсия – это серьезное осложнение беременности, которое является одной из главных причин материнской и перинатальной смертности. Удельный вес случаев материнской смертности от преэклампсии достигает в некоторых странах 25%. 1/3 беременностей женщин с тяжелыми преэклампсиями заканчиваются преждевременными родами. Перинатальная смертность при преэклампсиях в 4 раза превышает показатель в общей популяции беременных, перинатальная заболеваемость составляет 560 промилей. Глобальная статистика свидетельствует о том, что преэклампсия осложняет от 2% до 8% беременностей. При преэклампсии могут быть поражены многие системы органов, что приводит к тяжелому заболеванию. Осложнениями тяжелой преэклампсии являются кровоизлияние в мозг, почечная недостаточность, печеночная недостаточность, энцефалопатия и HELLP синдром. Таким образом, распространенность преэклампсии зависит от социально-экономического развития страны, а внутри страны – от особенностей климатических условий, от этнической принадлежности женщин, от распространенности среди женщин детородного возраста сердечно-сосудистой патологии, ожирения, сахарного диабета и других заболеваний, связанных с дисфункцией эндотелия.

Вторая глава «Материал и методы исследования», включает в себя три этапа. 1- этап: Отбор, изучение и анализ литературы по теме исследования - Всего 156 научных статей, из них 48 источников на русском языке, 108 – на английском языке. 2 – этап: Ретроспективный анализ

историй родов женщин с тяжелой преэклампсией - Всего 240 истории родов, из них 60 с ранней преэклампсией, 101 с преэклампсией позднего срока и 79 с преэклампсией доношенного срока. 3 – этап: Проспективное исследование женщин с тяжелой преэклампсией, которым проводили индукцию родов - Всего в 180 случаев было проведено исследование. Из них индукция аналогом гландина Е1 мизопростолом – 58 женщин, аналогом гландина Е2 -51, окситоцином – 17, амниотомия – 54 женщины. Сбор анамнеза включал в себя место жительства, образование, социально экономический статус семьи (супруга - мигранта, работает женщина или домохозяйка). Информация о перенесенных соматических и гинекологических заболеваниях. Особое внимание было уделено информации о репродуктивном анамнезе – паритету, наличие преждевременных родов и самопроизвольных или искусственных аборт в анамнезе, а также особенностям течения настоящей беременности. Общая оценка включает в себя осмотр кожных покровов, частоту пульса, цифр артериального давления, которые проводились согласно стандартам быстрой оценки женщин во время беременности. Акушерское исследование включает в себя подсчет срока беременности, измерение высоты дна матки, установление положения плода, определение предлежащей части плода, аускультацию сердца плода. Предполагаемый срок беременности оценивается методом подсчета последней менструации. Оценка гравидограммы. Гравидограмма это графическая изображенное увеличение матки по мере развития беременности. Общеклинические лабораторные исследования включали в себя общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, уровни фибрина и фибриногена. Всем женщинам, которым были запланированы роды путем индукции, проводили оценку шейки матки по модифицированной шкале Бишоп, позволяющей оценить зрелость шейки матки.

Третья глава «Течение беременности, акушерские и перинатальные

исходы женщин с преэклампсией позднего и доношенного сроков, а также с критическими тяжелыми преэклампсиями» включает в себя 2 подглавы. 3.1. «Клинико - социально-анамнестические характеристики и особенности родов женщин в зависимости от сроков начала преэклампсии». 3.2. «Акушерские исходы женщин с преэклампсией различного срока реализации осложнения». В этой главе было проведено исследования сравнительный анализ клинико-социальных и анамнестических характеристик пациенток с тяжелой преэклампсией, поступивших на родоразрешение в ГУ «НИИ АГ и П» МЗ и СЗН РТ, с учетом сроков манифестации заболевания. Был проведен анализ акушерских и перинатальных исходов женщин с преэклампсией различного срока реализации осложнения.

Четвертая глава «Оптимизация индукции родов женщин с тяжелыми преэклампсиями позднего и доношенного сроков» - в данной части работы представлены клинико-социально-анамнестическая характеристика обследованных женщин изученных групп. В раздел 4.1. «Эффективность и приемлемость различных методов медикаментозной индукции женщин с преэклампсиями позднего и доношенного сроков» рассматривается продолжительность времени от начала индукции до начала родов. Во второй подглаве проводится данные акушерские, перинатальные исходы при индукции родов различными методами медикаментозной индукции родов.

В разделе «Обзор результатов исследования» - рассматриваются результаты исследования, а также проводится сравнение полученных данных с материалами отечественных и зарубежных источников.

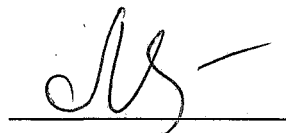
Научные положения и результаты диссертации научно обоснованы и подкреплены достоверными теоретико-методическими данными. Основные положения диссертации нашли своё отражение в

опубликованных научных статьях автора на конференциях различного уровня.

Диссертация Мадинаи Киёмиддинзода на тему «Оптимизация методов родоразрешения женщин с тяжелыми преэклампсиями» соответствует требованиям Порядка присуждения ученых степеней (Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021года, № 267) и Инструкции о порядке оформления диссертации и автореферата диссертации (Постановление Президиума ВАК при Президенте Республики Таджикистан от 31 марта 2022г., №3) и рекомендуется к защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент
заведующая акушерским отделом
ГУ «ТНИИ АГ и П» МЗ СЗН РТ
« 05 » 09 2025г



Камилова М. Я.

Адресс: 734002, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, ул. М. Турсунзаде, 31.

ORCID: 0000-0002-2525-8273

Author ID: 867673

SPIN-код: 2527-2877

Телефон: (+992) 935009425

E-mail: mkamilova1958@mail.ru

Подпись Камиловой М. Я.

Заверено

Начальник отдела кадров



Мельникова Т. Е.

Адрес: 734002, Республика Таджикистан,

г. Душанбе, ул. М. Турсунзаде, 31.

Телефон: (+992) 372213656

E-mail: tniiagip@mail.ru