

ОТЗЫВ

научного руководителя о заочном аспиранте кафедры
эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Амоновой Шоире Шодиевне и кандидатской диссертации
«Оптимизация диагностики и лечения нарушений гемостаза и кровообращения
системы «мать-плацента-плод» у беременных с преэклампсией и эклампсией»

Гестозы, или преэклампсия (ПЭ) и эклампсия (ЭП), всегда находятся в центре пристального внимания современной медицины, т.к. обуславливаемые ими высокая частота материнской и перинатальной смертности, тяжелые осложнения в период беременности, во время и после родов являются приоритетными проблемами государственной политики в области здравоохранения. Доля материнской смертности в мировой структуре по ПЭ составляет 12-15%, при том, что она значительно увеличивается в развивающихся странах - от 29% до 50% [18, 43, 96, 112, 122, 178]. В Таджикистане уровень ПЭ колеблется от 3,6% до 12,5%, она возникает у 6-12% здоровых беременных и у 20-40% беременных, имеющих экстрагенитальную патологию [Белова А.Н., Князькова Ш.И., 2006; Ержан З.Е., Раева Р.М., Мошкарлова Г.Н. и соавт., 2013; Сидорова И.С., Филиппов О.С., Никитина Н.А., Гусева Е.В., 2015; Flack J.M., Peters R., Mehra V.C., Nasser S.A., 2002], ЭП - от 0,22% до 0,8% [11, 31]. Преэклампсия и эклампсия до сих пор лидируют в структуре причин материнской смертности, занимая 2-3 места и уступая лишь акушерским кровотечениям [Кулаков В.И., 2005; Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А. и соавт., 2010; Сухих Г.Т., Мурашко Л.Е., 2010; Репина М.А., 2014; Торчинов А.М., Кузнецов В.П., Джонобоева Г.Н. и соавт., 2010; Ghulmiyyah L., Sibai B., 2012; Say L., Chou D., Gemmil A. et al., 2014]. В мировой структуре материнской смертности доля преэклампсии составляет 12-15%, в развивающихся странах - от 30% до 50%. В Таджикистане материнская смертность составляет от 41 до 46 на 100000 живорожденных, а от пре- и эклампсии, по официальным данным, - 24%, однако, как считают авторы, эти показатели ниже реальных по различным причинам [Алиева Р.Я., 2006; Нарзуллаева Е.Н., Гулакова Д.М., 2007]. По материалам VI съезда акушеров-гинекологов Таджикистана, в структуре материнской смертности от осложнений преэклампсии в 2013 году умерло 16,7% женщин [Курбанова М.Х., Камилова М.Я., Мардонова С.М., 2014].

Учитывая важность проблемы, на Национальном уровне принят ряд законов, нормативных документов, протоколов обследования и лечения этой категории больных. Однако, отсутствие точных сведений об этиологии, причинах развития, патогенезе в совокупности с недооценкой тяжести состояния и недостоверностью диагностических критериев приводят к развитию осложнений и неэффективности проводимой терапии. Учитывая низкий индекс здоровья женщин фертильного возраста в Таджикистане, высокий уровень сопутствующей патологии (гипертоническая болезнь, аутоиммунные заболевания, хронические заболевания почек и почечная недостаточность, сахарный диабет 1 и 2 типов, ожирение, анемия) и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез большинства пациенток (многоплодная беременность, первые роды, возраст старше 40 лет и др.) [Кобалава Ж.Д., Серебрянникова К.Г., 2002; Шифман Е.М., 2002; Галушка С.В., Назаров Б.Ф., Шифман Е.М., 2007; Bellamy L., Casas J.P., Hingorani A.D., Williams D.J., 2007; Thangaratinam S., Coomarasamy A., O'Mahony F. et al., 2009] эта проблема является приоритетной для нашей страны.

В настоящее время неоспоримым является факт о том, что в основе утяжеления состояния беременных с преэклампсией и развития эклампсии лежит эндотелиальная дисфункция, пусковым механизмом которой является маточно-плацентарная гипоксия [Мозговая Е.В., 2004; Марков Х.М., 2005; Джаборова Н.С., 2009; Шлейссер Э., 2010; Гуреев В.В., 2012; Raijmakers M.T., Peters W.H., Steegers E.A. et al., 2005; Uzan J., Carbonnel M., Piconne O. et al., 2011; Polsani S., Phipps E., Jim B., 2013]. Поэтому без адекватной коррекции этих нарушений ликвидация осложнений невозможна.

Возникающие при гестозах нарушения гомеостаза, в том числе метаболической активности легких, гипоксия, патология центральной и регионарной гемодинамики, гемостаза и реологии, а также кислородно-транспортной функции крови (КТФК) в конечном итоге приводят к развитию полиорганной недостаточности. До сих пор клиницисты при обследовании и лечении больных опираются на данные анализа показателей крови, взятой из кубитальной вены, что, по нашему мнению, не отражает истинной картины состояния гомеостаза организма, т.к. кубитальная кровь отражает локальный метаболизм. Наиболее достоверную картину дает сопоставление артериальной и венозной крови. Нами была обнаружена связь нарушений гемодинамики в системе «мать-плод», развивающихся при пре- и эклампсии, со сбоями в системе регуляции легкими процессов гемокоагуляции, реологии и нарушениями КТФК. Впервые при физиологическом течении беременности (ФТБ), у беременных с умеренной преэклампсией (УПЭ), тяжелой преэклампсией (ТПЭ) и эклампсией (ЭП) в 3 триместре изучены и сравнены параметры гемостаза и реологии в различных бассейнах сосудистого русла (кубитальной, смешанной венозной и артериальной крови), а также оценено влияние легких на процессы свертывания, антисвертывания и фибринолиза. Выявлены общие закономерности нарушения кровообращения «мать-плацента-плод» и прямая корреляционная зависимость от стадийности нарушения гипокоагулирующей функции легких (ГФЛ). Выявлены некоторые причины и патогенетическое звено в развитии осложнений со стороны системы гемостаза, реологии и фетоплацентарной недостаточности у беременных с УПЭ, ТПЭ и ЭП, зависящие от режима кровообращения, параметров центральной и легочной гемодинамики, маточно-плацентарного кровотока, стадии ГФЛ и кислородно-транспортной функции крови (КТФК). На основании изучения некоторых показателей гомеостаза, исходя из сравнительных данных крови, взятой из различных бассейнов сосудистого русла, оптимизированы методы ранней диагностики, профилактики, лечения осложнений нарушений ГФЛ, гемостаза и кровообращения «мать-плацента-плод» у больных с пре- и эклампсией.

Амонова Шоира Шодиевна родилась в г. Душанбе Республики Таджикистан 13 марта 1983 года в семье служащего.

В 2000 году окончила среднюю общеобразовательную школу и поступила на общемедицинский факультет ТГМУ им. Абуали ибн Сино. После завершения курса обучения в 2005 году три года обучалась в магистратуре по анестезиологии-реаниматологии. С 2008 года и по настоящее время работает врачом анестезиологом-реаниматологом в Городском научном центре реанимации и детоксикации.

Пользуется заслуженным авторитетом среди коллег и больных. Постоянно работает над повышением уровня знаний, совершенствует практические навыки. Является сформированным научным работником, четко определяет для себя цели и объем научных исследований.

Замужем. Имеет троих детей.

Амонова Ш.Ш. вполне заслуживает присвоения звания кандидата медицинских наук.

Учитывая актуальность и несомненную практическую значимость, диссертация заочного аспиранта кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ «Оптимизация диагностики и лечения нарушений гемостаза и кровообращения системы «мать-плацента-плод» у беременных с преэклампсией и эклампсией» соответствует требованиям раздела 2 пункта 8 «Положения о порядке присуждения ученых степеней» ВАК Российской Федерации, предъявляемым к кандидатским диссертациям. Просим присудить её автору искомую степень кандидата медицинских наук по специальности 14.01.20 - анестезиология и реаниматология.

Научный руководитель:

д.м.н., профессор



Handwritten signature of Muradov A.M.

Мурадов А.М.