

ОТЗЫВ

официального оппонента

доктора медицинских наук (шифр 14.02.03)

к.м.н. (шифр 14.01.01), Биялиевой Гульмиры Самарбековны,

на диссертацию Бектемир кызы Заремы на тему

«Оптимизация ведения беременности и родов при преэклампсии

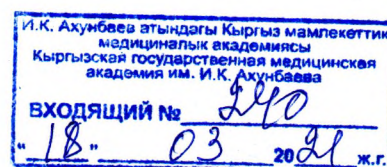
тяжелой степени у женщин КР»,

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских

наук по специальности 14.01.01. – акушерство и гинекология

Актуальность исследуемой проблемы, а также приоритетность самого исследования не вызывает сомнений. Преэклампсия относится к наиболее сложным и важным проблемам научного и практического акушерства. На сегодняшний день, несмотря на прогресс медицинских технологий, многие вопросы, касающиеся проблемы преэклампсии, остаются малоизученными, а данные – спорными и противоречивыми. Излечить преэклампсию пока невозможно, поэтому основная цель – прогнозировать её развитие как можно раньше, предотвратить раннюю манифестацию осложнения и уменьшить выраженность клинических симптомов. В развитых странах показатели материнской и перинатальной смертности, связанной с преэклампсией, на порядок ниже, чем в развивающихся, что свидетельствует об управляемости осложненных форм преэклампсии и о возможности эффективного влияния на исход при системном подходе к данной проблеме, в частности к методам родоразрешения (Lapaire O1, Zanetti-Dällenbach R, Weber P, Hösli I, Holzgreve W, Surbek D., 2007).

На современном этапе родоразрешение через естественные родовые пути при тяжелой преэклампсии становится альтернативой оперативному родоразрешению. Для индукции родов в зависимости от степени зрелости шейки матки применяются несколько методов. При незрелой шейке матки с целью ее созревания используются гидрофильные расширители (ламинарии)



и простагландины. Особый интерес к простагландинам определяется их способностью стимулировать сократительную активность миометрия в любые сроки беременности. Созревание шейки матки на фоне использования простагландинов повышает вероятность успешной индукции родов и достижения родоразрешения в течение 12-24 часов. В последние годы достаточно интенсивно изучено использование синтетического препарата мизопростола, простагландина группы Е, с целью ускорения созревания шейки матки и индукции родов, в том числе и у женщин с тяжелой преэклампсией. Кроме того, подготовка мизопростолом уменьшает необходимость применения инфузии окситоцина с целью усиления маточной активности, снижается число родоразрешения путем кесарева сечения. Зарубежные ученые провели многочисленные исследования для доказательства приоритетности вагинальных родов, индуцированных мизопростолом при беременности, осложненной тяжелой преэклампсией. Были изучены риски осложненного течения родового процесса, в частности отслойки нормально расположенной плаценты (Begoña Martinez de Tejada I, Gabriella Martillotti, Olav Lapaire, Irene Hoesli, Olivier Irion, 2005), которые были не выше чем при индукции родов динопростомом. Перинатальные исходы у данной категории женщин при использовании мизопростола для индукции родов (Begoña Martinez de Tejada I, Gabriella Martillotti, Olav Lapaire, Irene Hoesli, Olivier Irion, 2005; Saxena P, Puri M, Bajaj M, Mishra A, Trivedi SS. 2011) были даже лучше при использовании мизопростола. Следовательно, диссертантом соблюдены все этические аспекты, применительно к мизопростолу, как к безопасному средству для индукции родов, что подтверждено авторитетными исследователями. Диссертантом поставлен ряд вопросов, именно применительно для Кыргызской популяции:

1. Какова клиническая эффективность мизопростола для созревания шейки матки и индукции родов у женщин с тяжелой преэклампсией?

2. Какова экономическая эффективность мизопростола для созревания шейки матки и индукции родов?
3. Каковы научно-обоснованные рекомендации относительно мизопростола для созревания шейки матки и индукции родов?

На мой взгляд, это было важным началом исследования, актуальной, злободневной и очень непростой проблемы.

Несмотря на многочисленные исследования зарубежных авторов о сравнительной эффективности мизопростола как при пероральном так и при вагинальном исследовании и динопростона, вводимого интравагинально у женщин с тяжелой преэклампсией (David C. Young, Tina Delaney, B. Anthony Armson, Cora Fanning, 2020) и неоспоримых доказательств эффективности применения малых доз (25 мг) мизопростола перорально, работа представляет научный и практический интерес, поскольку является одной из первых исследований, проведенным в странах постсоветского пространства.

В указанном аспекте, диссертационная работа **Бектемир кызы Заремы** посвященная вопросам «**Оптимизации ведения беременности и родов при преэклампсии тяжелой степени у женщин Кыргызской республики**», является одной из первых в стране.

1. Соответствие работы специальности, по которой дано право диссертационному совету принимать диссертации к защите. Представленная кандидатская диссертация соответствует профилю диссертационного совета, поскольку в работе проводится исследование по оптимизации ведения родов при преэклампсии тяжелой степени у женщин Кыргызской республики, что в полной мере отвечает паспорту специальности 14.01.01. акушерство и гинекология.

2. Целью диссертации является - снижение частоты осложнений у матери и плода / новорожденного путем усовершенствования методики родоразрешения женщин с тяжелой преэклампсией при доношенной беременности.

Поставленная цель достигнута решением в диссертации следующих задач:

1. Определение частоты успешных вагинальных родов и факторов риска кесарева сечения при попытке вагинальных родов у женщин в доношенном сроке беременности при тяжелой преэклампсии.
2. Изучение влияния различных методов индукции на течение родового акта и течения послеродового периода.
3. Изучение экономической эффективности предложенной технологии оказания помощи при тяжелой преэклампсии в случае доношенной беременности.
4. Анализ перинатальные исходы у женщин с преэклампсией тяжелой степени с попыткой вагинальных родов

3. Оценить возможность достижения цели согласно поставленным задачам (этапы, средства и методы достижения и т.д.). С учетом поставленных задач было проведено проспективное когортное исследование, в основу которого были положены результаты комплексного обследования и родоразрешения 343 беременных в сроках 37–41 неделя^{+6 дней} с преэклампсией тяжелой степени, у которых была предпринята попытка вагинальных родов. Все беременные - жительницы Кыргызской республики были госпитализированы и родоразрешены в стационарах третичного уровня (Кыргызского научного центра репродукции человека, Национального центра охраны материнства и детства КР г. Бишкек и Перинатального центра города Бишкек). Длительность набора когорты составила 2 года (2016 и 2017 гг.). Для формирования группы были использованы: критерии включения (женщины в доношенном сроке беременности, у которых было диагностировано повышение уровня ДАД ≥ 110 мм рт. ст. и значительная протеинурия ($>0,3$ г/24 ч) и/или 1+ по тест-полоске; головное предлежание плода), и критерии исключения (беременные, у которых имелись показания к экстренному или плановому оперативному родоразрешению без возможности попытки вагинальных родов и новорожденные с тугим обвитием пуповины вокруг

шей). После обследования и верификации диагноза преэклампсии тяжелой степени и проведения консилиума врачей каждой беременной предоставлялось исчерпывающее разъяснение ее ситуации с описанием рисков и благоприятных исходов в случае того или иного метода родоразрешения. Беременные, соответствующие критериям включения, подписывали информированное согласие на попытку вагинальных родов и определенный метод индукции. Данные о ведении беременных, их родов и новорожденных переносились в созданный в компьютерной программе Excel вопросник, состоящий из 100 вопросов. В дальнейшем была проведена стратификация беременных на группы согласно выбранному ими методу разрешения: в группу сравнения 1 (n=155) вошли беременные, у которых родовая деятельность началась спонтанно без применения медикаментозных или механических средств. В процессе родов при возникновении показаний производилось оперативное родоразрешение. В группу сравнения 2 (n=78) вошли беременные, у которых родовая деятельность была индуцирована путем интрацервикального введения динопростона 0,5 мг., через каждые 8 часов. Эффективность индукции оценивалась через 24 часа (наличие структурных изменений шейки матки). Индукцию прекращали после начала регулярной родовой деятельности. В случае неэффективности индукции по прошествии 24 часов или при возникновении показаний во время родов производилось кесарево сечение. В группу сравнения 3 (n=110) вошли беременные, у которых родовая деятельность была индуцирована путем приема мизопростола через каждые 2 часа per os в дозе 25 мкг.

Для реализации поставленных задач в работе использованы следующие методы исследования: клинические, лабораторные, функциональные и статистические. Детально представлены социально-демографическая и клиническая характеристики сравниваемых групп беременных с преэклампсией тяжелой степени. При проведении статистического анализа результатов исследования использовался пакет EZR v. 1.35 (Saitama Medical Center, Jichi Medical University, Saitama, Japan) , который является

графическим интерфейсом к R (The R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Для представления качественных признаков рассчитывалась их частота (%). В случае закона распределения, отличного от нормального, использовался критерий Крускала-Уоллиса, для парных сравнений использовался критерий множественных сравнений Данна либо критерий Манна-Уитни с учетом поправки Бонферрони. Для выявления влияния факторных признаков, связанных с риском случая, был использован метод построения многофакторных логистических моделей регрессии.

Таким образом, автором обследован и изучен достаточный клинический материал, использованы современные, информативные, соответствующие поставленным задачам, методы исследования.

4. Научные результаты. В работе представлены следующие новые научно-обоснованные теоретические результаты, совокупность которых имеет немаловажное значение для развития акушерства и гинекологии. Диссертант научно обосновал и доказал безопасность и эффективность применения мизопростола для индукции родов у женщин с тяжелой преэклампсией. Считаю, что научная новизна результатов исследования также не вызывает сомнения. Было бы правильным, особо подчеркнуть то, что вполне логична постановка цели и научно-методологических задач исследования. Важной предпосылкой к этому послужил системный аналитический обзор литературы в сочетании анализом исходной информации о имеющихся методах родоразрешения при тяжелой преэклампсии.

4.1. Имеется ли научная новизна полученных результатов в рамках современной науки, в чем она заключается (научное открытие, новая идея, гипотеза, новый метод диагностики и лечения, новая трактовка проблемы и т.д.). Степень новизны каждого научного результата (положения), выводов и заключения соискателя, сформулированных в диссертации.

Результат 1. Является новым, поскольку впервые в Кыргызской Республике представлены частота неудачных попыток вагинального родоразрешения и факторы риска возникновения необходимости кесарева сечения в родах. Установлено, что необходимость в оперативном родоразрешении при попытке родов через естественные родовые пути возникает у исследуемых женщин в 21,0% случаев, при этом факторами риска возникновения необходимости кесарева сечения в родах являются: индукция родов простагландинами, причем при применении для индукции мизопростол риск статистически значимо ниже в сравнении с индукцией динопростомом, и хронические воспалительные заболевания почек в анамнезе. Дородовое врачебное наблюдение беременной наоборот снижает риск возникновения показаний для проведения оперативного родоразрешения. Площадь под кривой операционных характеристик составила $AUC = 0,75$ (95% ДИ 0,70 – 0,80)

Результат 2. Является новым, поскольку в работе представлены результаты исследования женщин, проживающих в Кыргызской республике сравнительной оценки таких показателей родов и послеродового периода как частота оперативного родоразрешения, степень зрелости шейки матки по шкале Бишоп перед проведением индукции, период от начала индукции до возникновения регулярной родовой деятельности, длительность родового акта в целом, изменение клинико-лабораторных показателей преэклампсии тяжелой степени в течение родов, осложнения собственно родового акта, объем кровопотери в родах, а также изучено влияние разных методов индукции родов на течение позднего послеродового периода. Частота оперативного родоразрешения была статистически значимо выше в группе беременных с после индукции родов динопростомом по сравнению со всеми остальными группами ($p < 0,001$). Установлено, что при индуцированных простагландинами родах статистически значимо чаще родоразрешение происходило в течение 24 часов с момента поступления в стационар в сравнении со спонтанно начавшимися родами ($p < 0,001$), причем в группе

беременных, роды которых были индуцированы мизопростолом, роды в среднем начинались раньше, чем в группе женщин, роды которых были индуцированы динопростомом ($p=0,002$), при степени «зрелости шейки матки» в среднем 5-6 баллов по шкале Бишопа; такие симптомы утяжеления преэклампсии в родах как головная боль, зрительные нарушения («мелькание мушек перед глазами»), тошнота, рвота, боли в эпигастральной области и усиление сухожильных рефлексов на фоне проводимой магниальной терапии появлялись статистически значимо чаще у женщин, роды которых были индуцированы динопростомом в сравнении с остальными группами ($p<0,001$).

Результат 3. Является не совсем новым, поскольку ранее изучались показания к кесареву сечению у женщин с тяжелой преэклампсией. Автор исследования изучил показаниям к кесареву сечению на фоне различных методик родовозбуждения простагландинами. Показаниями к кесареву сечению являются клиничко-лабораторные симптомы утяжеления преэклампсии в 12,2 % случаев, острая гипоксия плода в 6,4% случаев и слабость родовой деятельности в 4,4% случаев, при этом статистически значимо реже симптомы утяжеления преэклампсии наблюдались в группе женщин, роды которых были индуцированы мизопростолом, в сравнении с группой динопростона ($p<0,001$), а в группе индуцированных динопростом родов статистически значимо чаще развивалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (7,7%) в сравнении с группой самопроизвольно начавшихся родов (1,3%) ($p=0,03$).

Результат 4. Является почти новым, поскольку ранее изучались перинатальные исходы у женщин с тяжелой преэклампсией, но не изучались в Кыргызской Республике перинатальные исходы у женщин при индукции родов простагландинами. Диссертантом рассчитан коэффициент перинатальной смертности у женщин с преэклампсией тяжелой степени в доношенном сроке, попытавшихся родить через естественные родовые пути, который составил 17,5%, что даже ниже аналогичного коэффициента в общей

популяции доношенных детей от матерей с тяжелой преэклампсией по стране (19,0%), представлена структура перинатальных исходов, а также описаны результаты сравнительной оценки новорожденных. При анализе перинатальных исходов установлено, что антенатальная гибель плода составила 1,4% (n=6) случаев. Гибель плода в родах (интранатально) отмечена в 0,2% случаев (n=1) и только в группе самопроизвольно начавшихся родов. Гибель плода в раннем неонатальном периоде также отмечена в 0,2% (n=1) случаев. В группе женщин, роды которых были индуцированы интрацервикальным введением динопростона, наблюдается статистически значимо самая высокая частота (9,1%) (p=0,007) переводов детей из родильного блока в палату интенсивной терапии по сравнению с остальными группами (табл. 3); -в группе индукции родов мизопростолом статистически значимо чаще рождаются дети в асфиксии (<7 баллов на 1-й минуте жизни) – 61,9% в сравнении с новорожденными, родившимися через естественные родовые пути - 14,8%; (p<0,001), но к 5-й минуте жизни состояние их стабилизируется и статистически значимых различий между группами не обнаруживается (табл.4).

4.2. Обоснование достоверности научных результатов (способы сбора материала и аргументация научных выводов). Достоверность полученных данных также не вызывает сомнений. Научные положения, выводы и практические рекомендации, приведенные в диссертации основаны на тщательном анализе достаточного статистического, клинического, медико-социального материала: проведено проспективное когортное исследование, в основу которого были положены результаты комплексного обследования и родоразрешения 343 беременных в сроках 37–41 неделя^{+6 дней} с преэклампсией тяжелой степени, у которых была предпринята попытка вагинальных родов.

Результат 1. Достоверен, поскольку проведен анализ предпринятой попытки родоразрешения через естественные родовые пути 343 беременных с тяжелой преэклампсией с применением обоснованных статистических методов. Для

представления качественных признаков рассчитывалась их частота (%). При анализе количественных признаков проводилась проверка их распределения на нормальность, для проведения проверки использовался критерий Шапиро-Уилка. Для представления количественных признаков в случае нормального закона их распределения рассчитывалось среднее арифметическое значение (\bar{X}) и среднее квадратическое отклонение (SD) показателя, в случае закона распределения, отличного от нормального рассчитывалось медианное значение показателя (Me), значения первого и третьего квартилей ($Q_I - Q_{III}$). При проведении сравнения качественных признаков (более двух групп) использовался критерий хи-квадрат, для парных сравнений использовалась поправка Бонферрони. При сравнении количественных признаков (более двух групп) в случае нормального закона распределения использовался дисперсионный анализ. Из 343 женщин с преэклампсией тяжелой степени при доношенной беременности, попытавшихся родить через естественные родовые пути, в 79,0% (n=271) случаев попытка вагинальных родов закончилась успешно, а в 21,0% случаев (n=72) в процессе родов возникли показания к экстренному оперативному родоразрешению. Для выявления факторов риска оперативного родоразрешения в случае попытки вагинальных родов при доношенной беременности осложнившейся тяжелой преэклампсией, был использован метод построения и анализа логистических моделей регрессии. При построении моделей результирующий признак $Y=0$ в случае самостоятельных родов (271 случая), $Y=1$ в случае кесарева сечения (72 случая). Анализ проведен для 20 переменных. На первом этапе анализа факторов риска родоразрешения был использован метод построения однофакторных моделей регрессии – анализ проводился для каждого фактора риска отдельно. Выявлены три фактора, увеличивающие риск проведения оперативного родоразрешения при попытке вагинальных родов у женщин с тяжелой преэклампсией – индукция родов простагландинами, острые респираторные вирусные инфекции во время беременности и хронический пиелонефрит в анамнезе и один фактор, снижающий риск кесарева сечения в

родах – дородовое наблюдение беременных. На втором этапе анализа факторов риска родоразрешения путем операции кесарева сечения при попытке вагинальных родов был использован метод построения многофакторных логистических моделей регрессии. В результате проведения отбора выделено 3 фактора риска: метод индукции, наличие дородового наблюдения, заболевания почек (хронический пиелонефрит).

Результат 2. Достоверен, так как получен в результате проведения количественной оценки клинического эффекта с использованием показателя отношения шансов (ОШ), определения 95% доверительного интервала (95% ДИ) у 343 женщин с тяжелой преэклампсией. В исследованиях показано, что индукция родов простагландинами у женщин с преэклампсией тяжелой степени при доношенной беременности приводила к развязыванию регулярной родовой деятельности в период до 12 часов в 97,4% и 99,1% случаев в группах 2 и 3 соответственно при степени зрелости шейки матки в среднем 5-6 баллов по шкале Бишоп; при индуцированных родов простагландинами статистически значимо чаще родоразрешение происходило в течение 24 часов с момента поступления в стационар в сравнении со спонтанно начавшимися родами ($p < 0,001$), причем в группе беременных, роды которых были индуцированы мизопростолом роды в среднем начинались раньше, чем в группе женщин, роды которых были индуцированы динопростомом ($p = 0,002$), но при этом в длительности всего родового акта между группами статистически значимых различий не выявлено ($p = 0,16$);

Результат 3. Достоверен, поскольку для выявления влияния факторных признаков, связанных с риском случая, был использован метод построения многофакторных логистических моделей регрессии. Для логистической модели регрессии прогнозируемый признак является бинарным и принимает только два значения: «True» («случай» – 1, рецидив) и «False» («не случай» – 0, отсутствие рецидива). Показаниями к кесареву сечению являются клинко-лабораторные симптомы утяжеления преэклампсии в 12,2 % случаев, острая гипоксия плода в 6,4% случаев и слабость родовой деятельности в 4,4%

случаев, при этом статистически значимо реже симптомы утяжеления преэклампсии наблюдались в группе женщин, роды которых были индуцированы мизопростолом, в сравнении с группой динопростона ($p < 0,001$), а в группе индуцированных динопростом родов статистически значимо чаще развивалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (7,7%) в сравнении с группой самопроизвольно начавшихся родов (1,3%) ($p = 0,03$). Выявлена ассоциация завершения родов путем операции кесарева сечения с индукцией родов. Таким образом, индуцированные простагландинами роды, являются фактором, увеличивающим риск кесарева сечения в случае попытки вагинальных родов у женщин с тяжелой преэклампсией. У пациенток с индуцированными мизопростолом родами риск завершения их оперативным путем увеличивался в 2 раза (ОШ= 2,2 (95% ДИ 1,1 – 4,5), $p = 0.03$, тогда как при индукции динопроном в 7 раз (ОШ= 7,2 (95% ДИ 3,6 – 14,5), $p < 0,001$) по сравнению с пациентками, у которых родовая деятельность начиналась спонтанно.

Результат 4. Подтвержден разработкой эффективных средств родовозбуждения с благоприятными перинатальными исходами у 417 женщин с тяжелой преэклампсией. При анализе перинатальных исходов установлено, что антенатальная гибель плода составила 1,4% ($n=6$) случаев. Гибель плода в родах (интранатально) отмечена в 0,2% случаев ($n=1$) и только в группе самопроизвольно начавшихся родов. Гибель плода в раннем неонатальном периоде также отмечена в 0,2% ($n=1$) случаев.

Таким образом, показатель перинатальной смертности у женщин с преэклампсией тяжелой степени при доношенной беременности составил 19,0%. Коэффициент перинатальной смертности у женщин, попытавшихся родить через естественные родовые пути ($n=343$), составил 17,5%. Выявленный низкий коэффициент перинатальной смертности (17,5%) среди доношенных детей от матерей с преэклампсией тяжелой степени, попытавшихся родить через естественные родовые пути, средняя оценка новорожденных по шкале Апгар 7-8 баллов, свидетельствующая об

удовлетворительном их состоянии, несмотря на первоначальное состояние асфиксии на 1-й минуте жизни после индукции родов пероральным приемом мизопростола, позволяет рекомендовать данный режим его применения и открывает возможности для исследования других условий применения препарата. В группе индукции родов мизопростолом статистически значимо чаще рождаются дети в асфиксии (<7 баллов на 1-й минуте жизни) – 24.8 % в сравнении с новорожденными, родившимися при спонтанном начале родов – 10,5 %; (p <0,001), но к 5-й минуте жизни состояние их стабилизируется и статистически значимых различий между группами не обнаруживается.

Следует подчеркнуть, что соискатель творчески подошла не только к проблеме подбора материала и методов исследования, но и к стратегии выполнения темы в целом. Диссертационное исследование Бектемир кызы Заремы на тему «Оптимизация ведения родов при преэклампсии тяжелой степени у женщин Кыргызской республики» является законченным научным трудом. Проведенные исследования и полученные данные взаимосвязаны. В завершение каждого раздела обосновывается необходимость последующих исследований, что свидетельствует о целостности и концептуальности диссертационной работы. Цель и задачи исследования решены полностью, а методология их решения логичны, обоснованы и приемлемы.

5. Практическая значимость полученных результатов (для отрасли, страны, мира). Практическое акушерство получает прекрасную возможность реализовать, разработанные автором рекомендации и минимизировать возможные осложнения при родоразрешении женщин с тяжелой преэклампсией. Более того, благодаря научно-обоснованным и доказанным рекомендациям, высококвалифицированная помощь при родоразрешении такой категории женщин становится доступной не только в учреждениях третичного уровня, но и в отдаленных районах республики, что является актуальным и эффективным средством для улучшения перинатальных исходов, снижения материнской смертности и повышения качества медицинской помощи.

6. Экономическая значимость полученных результатов. В результате оценки эффективности препаратов с использованием показателя ЧБНЛ (число больных, которых необходимо лечить) установлено, что экономический эффект применения мизопростола по сравнению с использованием динопростона составляет $3078 - 50,45 = 3027,55$ сома на каждого вылеченного пациента.

7. Соответствие автореферата содержанию диссертации. Автореферат полностью соответствует содержанию диссертации, поставленной в ней цели и задачам исследования.

Основные положения диссертации апробированы на практике, обсуждены и доложены на конференциях, что говорит о глубине и новизне полученных результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 9 печатных работ, 4 – в изданиях, рекомендованных ВАК КР, 2 - в изданиях, индексируемых системой РИНЦ, 2 - методические рекомендации, а география публикаций достаточно широка, статьи опубликованы в престижных научно-практических журналах. В этом плане, полнота публикации результатов работы достаточная.

Считаю, что диссертация отвечает, предъявляемым требованиям п.10 «Положения о порядке присуждения ученых степеней» ВАК Кыргызской Республики».

Оформление и содержание диссертации, ее достоинства и недостатки

Соблюден традиционный стиль изложения диссертации. Структура и язык диссертации четкий, ясный. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Текст диссертации изложен на 146 страницах машинописного текста, содержит 31 таблиц и 9 рисунков. Библиографический указатель составлен в алфавитном порядке и состоит из 69 англо- и 70

русскоязычных источников. Подчеркивая хороший стиль изложения диссертации, не могу не сделать замечания следующего характера:

- В главе «Материалы и методы исследования» следует убрать детальное описание стандартных лабораторных исследований, которые не являются новыми и перегружают работу, достаточно оставить только их перечисление.

Так же хотелось бы задать диссертанту следующие вопросы:

1. Почему в критерии исключения вы не ввели женщин с многоплодной беременностью? Данная категория женщин должна рассматриваться отдельно, а вы включили ее в группы сравнения.
2. Как, по Вашему мнению, не повлияла ли магнизиальная терапия на характер родовой деятельности, а именно ее слабость?

Все вопросы носят дискуссионный характер, а замечания не умаляют значимости диссертации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Диссертация **Бектемир кызы Заремы** на тему «**Оптимизация ведения беременности и родов при преэклампсии тяжелой степени у женщин Кыргызской республики**» выполнена на актуальную тему, исполнена на современном методическом уровне, содержит новизну и высокую научно-практическую ценность. Работа завершенная, соответствует требованиям ВАК КР, «Положения о порядке присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства КР 9 марта 2020 года №137, предъявляемым к кандидатским диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: **14.01.01. – акушерство и гинекология.** Автор диссертации **Бектемир кызы Зарема** заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности **14.01.01. - «Акушерство и гинекология».**

Автор диссертации Бектемир кызы Зарема заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01. - «Акушерство и гинекология».

Директор медицинской клиники
«Vedanta» Международной
высшей школы медицины г. Бишкек
К.М.Н.



Г. С. Биялиева

Дата: 09.03.21г.

*Подпись Директора Биялиевой Г. С. заверяет
специалист по кадрям Мусаев С.М.*