

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
«МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ»  
(ФБУЗ МО МОНИИАГ)  
101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 1  
(495) 624-50-12

## ОТЗЫВ

официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора  
**Петрухина Василия Алексеевича** на диссертацию Радзинской Елены  
Викторовны на тему «Диагностика и лечение дорсалгий беременных»,  
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских  
наук по специальностям 3.1.4. Акушерство и гинекология, 3.1.24.  
Неврология.

### Актуальность.

Дорсалгия является ключевым симптомом множества акушерских осложнений (угрозы невынашивания беременности, преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, дегенеративных процессов миоматозного узла и др.), но не ограничивается ими, представляя проблему междисциплинарного масштаба. Дорсалгия сопровождается множеством не акушерских состояний (сколиоз, спондилолистез, спондилоартрит, межпозвонковые грыжи, остеопороз и др.), требуя соответствующей настороженности при диспансерном и стационарном наблюдении беременных. При кажущейся простоте диагностика и меры по купированию болевого синдрома при беременности сохраняют контраверсионность. Проблема дорсалгии в акушерско-гинекологической практике чрезвычайно актуальна еще и по причине очень широкой распространенности (до 90%), крайней неизученности и разноплановости генеза. От точности дифференциальной диагностики болевого синдрома в области нижней части спины и тазового кольца при беременности зависит выбор лечебной тактики, которая может быть диаметрально противоположной: «сохраняющая» терапия при угрозе невынашивания/недонашивания или комплексного лечения собственно дорсопатии как основного диагноза (фармакологическое, физиотерапевтическое, иглорефлекторное и пр.). Сложность диагностики дорсалгии беременных усугублена размытостью норм, разграничивающих

физиологические и патологические изменения опорно-двигательного аппарата (ОДА), кровоснабжения нижней части спины и тазового кольца и пр. при беременности и при дорсопатии. Вызванные беременностью изменения на организменном и регионарном уровнях, вовлеченность в них прекоцепционных и гестационных материнских, плодовых факторов риска оставляют множество вопросов без ответов, сохраняя риски ошибочной интерпретации болевого синдрома, неоправданной терапии, ятрогении.

Цена ошибки – неверная интерпретация болевого синдрома, что чревато ятрогенией – неоправданной терапией того, чего нет. Очевидные пробелы знаний по данному вопросу оправдывают безусловную актуальность исследования Е.В. Радзинской.

### **Научная новизна.**

В представленной работе расширены представления о патогенезе и репрезентативности гестационных изменений, связанных с впервые возникшей дорсалгией, выявлена их сопряженность с материнскими, отцовскими и плодовыми параметрами. Впервые получены приоритетные данные о взаимосвязи дорсалгии с репродуктивным анамнезом, лактацией, приемом гормональных препаратов. Впервые установлена взаимосвязь уровней ассоциированного с беременностью протеина А (РАРР-А) и бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека ( $\beta$ -ХГЧ) в сыворотке крови матери с осложнением беременности дорсалгией и конкретной локализацией боли.

Выявлены патогенетические различия и особенности клинической манифестации дорсалгий беременных с локализацией боли в нижней части спины и в области тазового кольца. Диссертантом обоснована концепция взаимосвязи гестационных и нейро-ортопедических функциональных изменений с локализацией болевого синдрома.

Вышесказанное подтверждает высокий уровень научной новизны диссертационной работы Радзинской Е. В.

### **Практическая значимость.**

По результатам исследования аргументирована клиническая значимость дифференциальной диагностики болевого синдрома в период гестации, локализованного в нижней части спины или в области тазового кольца, как меры снижения риска необоснованного назначения препаратов прогестерона.

Автором определены и обоснованы предикторы риска дорсалгий беременных в целом и с учетом возможной локализации боли (нижняя часть спины, тазовое кольцо). Разработаны модели математического прогнозирования (онлайн-калькуляторы) риска осложнения беременности дорсалгией, основанные не только на материнских, но и отцовских, плодовых показателях, адаптированные к рутинному применению. Впервые создан нейросетевой алгоритм дифференциальной диагностики боли вследствие дорсопатии и по причине угрозы невынашивания/недонашивания. Дифференцированы критерии дорсалгии беременных, предполагающие необходимость персонифицированной терапии. Разработанный алгоритм диагностики и лечения дорсалгий беременных позволяет снизить ( $p < 0,05$ ) выраженность боли, улучшить оценку здоровья в целом и повысить качество жизни женщин.

Результаты проведенной работы внедрены в практическую работу, в учебный процесс кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии и кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН имени Патриса Лумумбы.

### **Степень достоверности научных положений, выводов и практических рекомендаций.**

Степень достоверности результатов исследования подтверждается обоснованием и достаточным объемом исследовательской выборки, применением современных методов исследования, математического и статистического анализа полученных результатов.

Методы аналитической и статистической обработки результатов адекватны поставленным задачам.

Выводы, практические рекомендации и положения, сформулированные в диссертации, логичны, обоснованы, являются кульминацией анализа собственных результатов исследований.

Автором четко обоснована цель, для достижения которой сформулировано 8 задач, достижение которых отражено в выводах, основных положениях, выносимых на защиту. Автор проанализировала и систематизировала современные сведения отечественных и зарубежных источников литературы по изучаемой теме диссертации, самостоятельно выдвинула основные идеи, определила дизайн исследования и стратификацию клинических групп.

Диссертантом написаны и опубликованы статьи, тезисы докладов, полностью соответствующие тематике диссертации, отражающие основные результаты; написаны диссертация и автореферат.

#### **Степень завершенности диссертации и качество оформления.**

Диссертация является завершенным научным исследованием на соискание ученой степени кандидата медицинских наук; выполнена в традиционном стиле, изложена на 151 странице машинописного текста и включает в себя введение, шесть глав (обзор литературы; программа, контингент, материалы и методы исследования; клинико-статистическая характеристика обследованных женщин; результаты лабораторных и функциональных методов исследования; оценка эффективности прогнозирования, ранней диагностики и обоснование патогенетической терапии дорсалгий беременных; обсуждение), заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 226 источников литературы, из них 76 отечественных и 150 - иностранных авторов, трех приложений. Работа иллюстрирована 51 рисунком, 30 таблицами.

Дизайн исследования основан на детальном анализе имеющихся публикаций в отечественной и мировой литературе.

Формулировка задач диссертационного исследования отражает выявленные автором пробелы знаний по изучаемому вопросу, направлена на расширение научных знаний в этой области.

Во **введении** автор ясно обозначает востребованность и актуальность улучшения течения гестации, повышения качества жизни беременных женщин с дорсалгией различной локализации. Акцентировано внимание на важности проблемы боли в принципе и при беременности, в частности, несмотря на значимый прогресс современных диагностических и лечебных технологий. Автором отмечено, что дифференциальная диагностика болевого синдрома в спине и тазовом кольце при беременности несовершенна, отсутствуют четкие критерии дифференциальной диагностики болевого синдрома, его патогенетической терапии при беременности и, что самое важное – ее целесообразность. Подчеркнута значимость четкой идентификации критериев беременности, осложненной дорсалгией, патогенетического обоснования выбора лечения. Логика изложения и анализ литературных сведений аргументировали заявленную научную новизну и практическую значимость диссертационной работы.

**Первая глава** представляет собой обзор литературы с преимущественной глубиной не более 5 лет; отражает современные представления о дорсопатии/дорсалгии беременных, хроническом болевом синдроме при беременности, дискуссионных аспектах терминологии, эпидемиологии дорсопатий беременных, их гестационных детерминантах, современных возможностях дифференциальной диагностики боли в спине при беременности. Обращает на себя внимание стиль изложения, он позволяет ознакомиться с контраверсионными гранями проблематики. Обзор литературы достаточен по объему, перекликается с поставленными задачами, готовит читателя к восприятию собственных результатов автора,

интерпретации их новизны, причастности к уже имеющимся в мире. Глава читается с интересом.

**Вторая глава** описывает дизайн исследования, методику отбора изучаемой когорты, критерии включения в исследование и исключения из него, принцип формирования клинических групп. Подробно представлены все использованные методы исследования, их интерпретация. Очень важно то, что автор ссылается на нормативные документы, регламентирующие выбор лечебно-диагностических методик, их приемлемость у беременных. Приведено подробное описание применяемых клиничко-неврологических и нейро-ортопедических методов обследования, мануального тестирования, открывая для акушеров-гинекологов новые, простые и доступные возможности неврологической оценки дорсалгии беременных. Методы статистической обработки материала изложены ясно, позволяют читателю интерпретировать авторские данные, промежуточные резюме, научные положения.

**В третьей главе** представлена клиничко-статистическая характеристика обследованных женщин, выявленные факторы риска, значимо отличающие беременных с дорсопатией от группы здоровых: социальные; поведенческие; экстрагенитальные заболевания; клиничко-anamнестические. Представляет интерес подтверждение сведений о том, что дорсопатия имеет «женское лицо». Действительно, дорсалгия беременных оказалась сопряженной с более длительным приемом комбинированных оральных контрацептивов, большим числом беременностей в анамнезе, интервалом от предыдущих родов до настоящей беременности, сроком прошлого родоразрешения, массой новорожденного при предыдущих родах. Автором убедительно показаны отличия беременности, осложненной болью в нижней части спины (БНЧС) и в области тазового кольца (ТБ).

Автором установлено, что дорсопатия не только имеет гестационные детерминанты, но сопряжена с приемом прогестинов в прекоцепционном периоде и при прогрессирующей беременности, и прием препаратов

прогестерона в преконцепционном периоде показан бОльшим предиктором БНЧС в сравнении с ТБ. В перспективе диагностического поиска важным представляется установленный более поздний дебют болевого синдрома при ТБ в сравнении с БНЧС и вытекающая отсюда отсрочка лечения дорсопатии до 5 нед.

В четвертой главе представлены результаты лабораторных и функциональных методов исследования, позволившие автору предложить алгоритм диагностики дорсопатии при беременности, включающий оценку и анализ значимых анамнестических, преконцепционных и гестационных риск-факторов дорсалгий беременных: место проживания, семейное положение, возраст мужа, образование, статические нагрузки, экстрагенитальные заболевания, травмы в анамнезе, особенности гинекологического и репродуктивного анамнеза. Обозначены наиболее информативные параметры общеклинического обследования: АД, УЗИ (индекс амниотической жидкости (ИАЖ), длина шейки матки (ШМ), доплерометрии маточно-плодово-плацентарного кровотока (МППК), расстояние от внутреннего зева до края плаценты), лабораторных методов исследования крови (РАРР-А;  $\beta$ -ХГЧ; гемоглобина). Алгоритм предполагает обязательное нейро-ортопедическое обследование специалистом, а именно оценку тонуса паравертебральных мышц, соматической дисфункцией крестцово-подвздошного сочленения и тазового дна, краниосакрального ритма, контрнотации крестца. Для объективной диагностики болевого синдрома автор предлагает применять числовую рейтинговую шкалу, учитывать суточный пик интенсивности болевого синдрома, срок его дебюта. Лечение дорсопатий предлагается со срока беременности более 22 недель, включающего отобранные методики – лечебную физкультуру, иглорефлексотерапию, мануальную терапию и остеопатические техники.

В пятой главе излагается оценка эффективности прогнозирования, ранней диагностики и обоснование патогенетической терапии дорсалгий

беременных. представлены критерии дифференциальной диагностики дорсалгии при беременности с локализацией в области тазового кольца. Предложены уравнения дискриминантного анализа, позволяющие прогнозировать вероятность наличия/отсутствия дорсопатии (Модель 1), дифференцировать осложненную дорсопатией беременность (Модель 2), переведенные автором в формат онлайн-калькулятора для удобства использования на практике. Выявлена значимая ранговая корреляция нейро-ортопедических параметров с оценкой личностной тревожности, качества здоровья в целом до лечения; оценкой боли до лечения и оценкой качества здоровья в целом до лечения; оценкой боли до и после лечения при дебюте дорсопатии, интервалом времени от последних родов, РАРР-А, длиной ШМ. Представлено обоснование патогенетической терапии. Автором показано, что болевой синдром у беременных с БНЧС купируется менее эффективно, чем у пациенток с ТБ, ухудшая самооценку здоровья, дискомфорта/боли, тревожности/депрессии. Выбор патогенетической терапии дорсопатии беременных определяет ее локализация, предпочтения самой женщины и доступность того или иного вида помощи.

Представлена совокупность прегестационных предикторов и гестационных диагностических критериев дорсопатии беременных. Обоснована патогенетическая детерминированность дорсопатии беременных материнскими, отцовскими, и плодовыми риск-факторами. Предложены аргументы в пользу того, что патогенез дорсопатии обосновывает совокупность гестационных материнских, плодовых и нейро-ортопедических изменений.

Шестая глава - обсуждение собственным данным, где автор убедительно представляет сопоставимость и различия собственных данных с опубликованными в мире, демонстрирует свои высокие аналитические способности, умение обосновать свою точку зрения, не навязывая ее.



**В заключении** автор консолидирует результаты представленного исследования.

Работа написана литературным научным языком, охватывает все аспекты изучаемой проблемы, свидетельствует о глубоком профессиональном знании автором анализируемой проблемы и полном овладении методологией научного исследования.

**Выводы** последовательны, демонстрируют достижение поставленной цели и достижения поставленных задач исследования.

**Практические рекомендации** обоснованы результатами проведенного исследования и могут быть широко использованными в практической деятельности.

**Замечания:** принципиальных замечаний нет.

**Автореферат** полностью обосновывает и соответствует основным результатам и научным положениям диссертации, отражает актуальность темы, научную и теоретическую новизну, практическую значимость, выводы и практическая значимость.

Оформление диссертационной работы соответствует требованиям Ученого Совета РУДН имени Патриса Лумумбы. Стиль изложения материала лаконичен, в полной мере отражает содержание диссертации.

Совместных работ с соискателем не имею. Не являюсь членом экспертного совета ВАК.

### **Заключение**

Диссертационная работа на соискание учёной степени кандидата медицинских наук Радзинской Елены Викторовны на тему «Диагностика и лечение дорсалгий беременных» является законченной научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных автором исследований разработаны теоретические и практические положения, совокупность которых можно квалифицировать как научное достижение.

Диссертационное исследование Радзинской Елены Викторовны полностью соответствует требованиям пункта 2.2 раздела II Положения о

порядке присуждения ученых степеней в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», утвержденного Ученым советом РУДН протокол №12 от 23.09.2019 г., а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям: 3.1.4. Акушерство и гинекология, 3.1.24. Неврология.

### Официальный оппонент

Директор ГБУЗ МОНИИАГ  
доктор медицинских наук  
(3.1.4. Акушерство и  
гинекология), профессор



Петрухин  
Василий Алексеевич

Подпись профессора Петрухина Василия Алексеевича удостоверяю:

Ученый секретарь ГБУЗ МОНИИАГ  
доктор медицинских наук, доцент



Никольская  
Ирина Георгиевна

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области

«Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»

(ГБУЗ МОНИИАГ)

101000, г. Москва, ул. Покровка, 22А

8(495)0110042, E-mail: mz\_moniag@mosreg.ru

14.06.2023 