

Спинальная и эпидуральная анестезия при операции кесарева сечения у пациенток с тяжелым гестозом

Р.И.Шалина¹, А.М.Штабницкий², М.Х.Негматова¹, П.М.Багдасарян²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, Москва (зав. кафедрой – акад. РАМН, проф. Г.М.Савельева);

²Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения г. Москвы (главный врач – чл.-кор. РАМН, проф. М.А.Курцер)

Проведена оценка эффективности двух методов регионарной анестезии во время операции кесарева сечения при тяжелом гестозе. При спинальной анестезии (36 пациенток) применяли гипербарический бупивакаин в дозе 12–12,5 мг, при эпидуральной (26 пациенток) – ропивакаин в дозе 150 мг. На фоне проведения анестезии происходило умеренное снижение систолического и диастолического артериального давления. Частота артериальных гипотензий составила 11,1% при спинальной анестезии и 7,7% при эпидуральной. Группы не отличались достоверно по частоте применения эфедрина. При спинальной анестезии средняя доза введенного эфедрина была в 1,46 раза больше, чем при эпидуральной анестезии. Возникшую при спинальной и эпидуральной анестезии артериальную гипотензию корректировали небольшими болюсами эфедрина (5 мг). При этом применяли внутривенную инфузию кристаллоидов, объем которой при спинальной анестезии составил $955,7 \pm 290,7$ мл, при эпидуральной – $884,6 \pm 309,4$ мл. Материнская артериальная гипотензия на этапе проведения анестезии была кратковременной и не оказывала влияния на состояние новорожденных. И эпидуральная и спинальная анестезия, оказывая положительное влияние на материнскую гемодинамику (снижая повышенное артериальное давление), могут применяться при кесаревом сечении у пациенток с тяжелым гестозом.

Ключевые слова: тяжелый гестоз, кесарево сечение, спинальная анестезия, эпидуральная анестезия, артериальная гипотензия

Spinal and epidural anaesthesia for caesarean section of severe preeclampsia patients

R.I.Shalina¹, A.M.Shtabnitskiy², M.H.Negmatova¹, P.M.Bagdasaryan²

¹N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology of Pediatric Faculty, Moscow (Head of the Department – Acad. of RAMS, Prof. G.M.Savelyeva);

²Center for Family Planning and Reproduction of the Department of Health, Moscow (Chief Doctor – Corr. Member of RAMS, Prof. M.A.Kurtser)

Efficacy of two regional anaesthesia methods during caesarean section of severe preeclampsia patients was compared. Hyperbaric bupivacaine 12–12.5 mg was used for spinal anaesthesia (36 patients) and ropivacaine 150 mg for epidural anaesthesia (26 patients). There was moderate reduction of systolic and diastolic blood pressure during anaesthesia. There were 11.1% of arterial hypotension during spinal anaesthesia and 7.7% during epidural. Groups didn't differ of ephedrine usage frequency. Average ephedrine dosage was 1.46 higher for spinal anaesthesia than for epidural one. Arterial hypotension was corrected by small ephedrine boluses (5 mg). Intravenous infusions of crystalloids were 955.7 ± 290.7 ml for spinal anaesthesia and 884.6 ± 309.4 ml for epidural. Maternal hypotension was short-term and didn't influence newborn condition. Both epidural and spinal anaesthesia have positive influence for maternal hemodynamics due to reduction of elevated blood pressure and can be introduced for caesarean section of severe preeclampsia patients.

Key words: severe preeclampsia, caesarean section, spinal anaesthesia, epidural anaesthesia, arterial hypotension

Для корреспонденции:

Штабницкий Андрей Михайлович, заведующий отделением анестезиологии-реанимации Центра планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения г. Москвы

Адрес: 117209, Москва, Севастопольский пр-т, 24 а

Телефон: (495) 331-6610

E-mail: ashtabnitsky@mail.ru

Статья поступила 14.09.2011 г., принята к печати 14.12.2011 г.

Проведение общей анестезии при операции кесарева сечения у пациенток с тяжелым гестозом создает опасность значительного повышения артериального давления во время вводной анестезии [1, 2]. Ларингоскопия и интубация трахеи могут быть затруднены из-за отека и повышенной ранимости верхних дыхательных путей [3, 4].

Ранее и спинальная и эпидуральная анестезия считались нежелательными для пациенток с тяжелым гестозом [5].

Основанием для этого служили опасения, что симпатическая блокада на фоне патофизиологических изменений, свойственных гестозу, способна вызвать артериальную гипотензию, коррекция которой с помощью вазопрессоров и внутривенной инфузии может оказать ятрогенное воздействие. Но по мере совершенствования методов регионарной анестезии было показано, что эпидуральная анестезия за счет симпатической блокады и вазодилатации способна нормализовать повышенное артериальное давление [6].

Эпидуральная анестезия считается методом выбора при тяжелом гестозе, так как обеспечивает стабильность материнской гемодинамики, способствует уменьшению концентрации катехоламинов в плазме крови и умеренному увеличению маточно-плацентарного кровотока [7]. С конца 90-х годов появляются работы, показывающие безопасность применения спинальной и спинально-эпидуральной анестезии у данной категории пациенток [8–11]. В то же время сохраняется актуальность сравнения этих видов регионарной анестезии с «золотым стандартом» анестезиологического пособия при тяжелом гестозе – эпидуральной анестезией. Поэтому целью нашего исследования стала сравнительная оценка спинальной и эпидуральной анестезии при операции кесарева сечения у пациенток с тяжелым гестозом.

Пациенты и методы

Обследованы 62 пациентки с тяжелым гестозом, родоразрешенных оперативным путем в Центре планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения г. Москвы с января 2004 г. по июнь 2005 г.

Тяжесть гестоза оценивали по шкале Гоеске в модификации Г.М.Савельевой и соавт. [12]. При этом проводили оценку систолического и диастолического артериального давления (АД), выраженности отеков, уровня протеинурии, задержки роста плода, срока начала гестоза, фоновой экстрагенитальной патологии. При значении 12 баллов и более выставляли диагноз «гестоз тяжелой степени».

Первоначально все пациентки поступали в отделение реанимации, где им проводили комплексную терапию, включавшую внутривенное введение 4 г сульфата магния с последующей инфузией по 1 г в час и внутривенную инфузию 0,9% раствора натрия хлорида в количестве 400–1200 мл/сут. Применение антигипертензивных препаратов зависело от выраженности артериальной гипертензии и включало: клонидин 0,1 мг, пропранолол 10–20 мг, атенолол 25 мг, нифедипин 10 мг.

Показанием к операции служило отсутствие эффекта от проводимой терапии у 39 (62,9%) пациенток, острая гипоксия плода на фоне хронической у 8 (12,9%), сочетание фетоплацентарной недостаточности с нестабильной материнской гемодинамикой у 15 (24,2%) пациенток.

Все пациентки были разделены на группы в зависимости от вида анестезии. Группу 1 составили 36 пациенток, которым во время операции кесарева сечения проводили спинальную анестезию (СА), группу 2 – 26 пациенток с эпидуральной анестезией (ЭА). В группе 1 была одна роженица с двойней, в группе 2 – две. В обеих группах наблюдали по одной антенатальной гибели плода. Из исследования были исключены пациентки с родовой деятельностью, хрониче-

ской артериальной гипертензией, коагулопатией, а также пациентки после проведения токолитической терапии β -адреномиметиками.

До начала анестезии в качестве антацида применяли перорально 7,44% раствор цитрата натрия в количестве 30 мл. С помощью монитора Minimon 7137В контролировали электрокардиограмму, проводили пульсоксиметрию, измеряли неинвазивное АД с интервалом 1 мин. После катетеризации периферической вены начинали введение теплого 0,9% раствора натрия хлорида, объем инфузии во время операции составил не более 1200 мл. В положении сидя, в асептических условиях, после местной анестезии кожи 1–2 мл 1% раствора лидокаина гидрохлорида проводили регионарную анестезию в промежутках $L_{II}-L_{III}$, $L_{III}-L_{IV}$ по стандартным методикам.

При спинальной анестезии субарахноидально через иглу pencil-point 25–26 G вводили гипербарический бупивакаин в дозе 12–12,5 мг. При эпидуральной анестезии применяли ропивакаин в дозе 150 мг, который вводили через эпидуральный катетер 20 G. Далее пациенток укладывали на спину с углом наклона операционного стола влево 15° для предотвращения синдрома аортокавальной компрессии. После достижения верхнего уровня сенсорного блока Th_{IV} начинали операцию. Перед разрезом кожи операционный стол возвращали в горизонтальное положение, затем приподнимали головной конец на 5–10°. При возникновении артериальной гипотензии, которую определяли как снижение систолического АД ниже 100 мм рт. ст., внутривенно вводили 5 мг эфедрина гидрохлорида. Болюс эфедрина применяли также при клинических проявлениях артериальной гипотензии: бледности кожных покровов, жалобах на нехватку воздуха, тошноту, рвоту. После извлечения плода внутривенно капельно вводили 5 ЕД окситоцина, 1,2 г амоксициллина/клавуланата калия.

Во время проведения анестезии и операции оценивали частоту артериальной гипотензии, расход эфедрина, объем внутривенной инфузии, кровопотерю. Оценка состояния новорожденного проводили по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, а также на основании определения кислотно-основного состояния крови из вены пуповины плода и данных специальных методов исследования (нейросонография). Показатели рН крови меньше 7,2 расценивали как перенесенную гипоксию.

При статистической обработке данных применяли программу «Биостат» [13]. Для сравнения количественных признаков использовали непарный критерий Стьюдента, качественных – критерий хи-квадрат. Достоверным считалось различие со значением $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Демографические данные, степень тяжести гестоза, объем внутривенной инфузии во время операции, продолжительность оперативного вмешательства, объем кровопотери не отличались в обеих группах (табл. 1, 2). Во второй группе (ЭА) протеинурия перед операцией была выше по сравнению с первой группой (СА). В 1-й группе 14 (38,9%) пациенток получали терапию до операции менее суток, во 2-й группе – 15 (57,7%). Тем не менее раз-

Таблица 1. Демографические показатели, степень тяжести гестоза, протеинурия, продолжительность операции в обследуемых группах

Показатели	Группа 1 (СА), n = 36	Группа 2 (ЭА), n = 26
Возраст, лет	29,7 ± 5,3	31,1 ± 6,3
Масса тела, кг	74,9 ± 12,8	75,2 ± 9,7
Рост, см	163,1 ± 4,4	165,0 ± 4,6
Тяжесть гестоза, баллы	15,3 ± 2,2	15,3 ± 2,6
Протеинурия перед операцией, г/л	2,4 ± 0,28	4,9 ± 0,45*
Число пациенток, получавших терапию перед операцией до 1 сут, n (%)	14 (38,9%)	15 (57,7%)
Число пациенток, получавших терапию перед операцией более 1 сут, n (%)	22 (61,1%)	11 (42,3%)
Продолжительность операции, мин	33,0 ± 12,4	29,8 ± 9,5

*различия между группами достоверны. Здесь и в табл. 2, 3 приведены средние арифметические значения ± стандартная ошибка средних значений.

ница между группами в продолжительности лечения была недостоверна.

До начала анестезии систолическое АД в группе 1 не отличалось достоверно от такового в группе 2 (табл. 2). Были выявлены достоверные различия в показателях диастолического и среднего АД.

Сравнительно более высокие цифры протеинурии, значений диастолического и среднего АД перед операцией с использованием ЭА свидетельствовали о сосредоточении в данной группе пациенток с более тяжелым течением гестоза. Это можно объяснить традиционностью применения при гестозах эпидуральной анестезии и, соответственно, резервированием ее для пациенток с наиболее выраженными симптомами заболевания.

Несмотря на некоторую неоднородность групп, у всех пациенток на фоне обезболивания независимо от его вида происходило умеренное снижение систолического и диастолического АД (рисунок). При этом на этапе «проведение анестезии – извлечение плода» минимальные значения систолического и среднего АД при сравнении групп достоверно не отличались. Были отмечены достоверные различия показателей наименьшего диастолического АД, средние значения которых на фоне обезболивания были относитель-

но выше при проведении эпидуральной анестезии (табл. 2). На этапе «извлечение плода – конец операции» показатели АД при сравнении групп не отличались.

Частота гипотензий, т. е. частота снижения систолического АД до значений менее 100 мм рт. ст., составила 11,1% при спинальной анестезии и 7,7% при эпидуральной. Группы не отличались достоверно по частоте применения эфедрина. Различие было достоверным только в его среднем количестве: при спинальной анестезии доза введенного препарата была в 1,46 раза больше, чем при эпидуральной анестезии.

Артериальная гипотензия, которая возникала и при спинальной и при эпидуральной анестезии, корректировалась небольшими болюсами эфедрина (5 мг). Во время проведения анестезии и операции объемы внутривенной инфузии были относительно небольшими – 955,7 ± 290,7 мл и 884,6 ± 309,4 мл соответственно и достоверно не отличались.

В двух похожих исследованиях изучали влияние регионарной анестезии на гемодинамику пациенток с тяжелым гестозом при операции кесарева сечения. В многоцентровом исследовании S.Visalyaputra et al., выполненном в группе из 100 пациенток, артериальную гипотензию оценивали как снижение систолического АД до значений 100 мм рт. ст. и менее и отмечали в 53% наблюдений при спинальной анестезии и в 25% при эпидуральной. Эфедрин применяли в 72% наблюдений при спинальной анестезии и в 45% при эпидуральной [14]. В исследовании D.H.Wallace et al. эфедрин также назначали достаточно редко: у 30% пациенток при эпидуральной анестезии и у 22% при спинально-эпидуральной анестезии [8]. В нашей работе эфедрин использовали чаще: у 73,1% пациенток при эпидуральной анестезии и у 97,2% при спинальной. Такая разница в частоте применения эфедрина может быть объяснена несколькими факторами. Во-первых, в приведенные выше исследования [8, 14] были включены пациентки с родовой деятельностью, что, как было отмечено, уменьшает проявления артериальной гипотензии [15]. Во-вторых, в нашем исследовании при эпидуральной анестезии применяли ропивакаин вместо

Таблица 2. Артериальное давление, гипотензия, расход эфедрина, объем инфузии, интраоперационная кровопотеря в обследуемых группах

Показатели	Группа 1 (СА), n = 36	Группа 2 (ЭА), n = 26
До анестезии (индукции)		
АДсист, мм рт. ст.	146,8 ± 15,8	153,2 ± 16,5
АДдиаст, мм рт. ст.	78,8 ± 16,6	94,4 ± 16,4*
АДСредн, мм рт. ст.	102,3 ± 15,7	115,5 ± 14,0*
Индукция – извлечение плода		
Наименьшее АДсист, мм рт. ст.	124,6 ± 15,4	133,3 ± 23,5
Наименьшее АДдиаст, мм рт. ст.	69,9 ± 13,6	79,8 ± 18,6*
Наименьшее АДСредн, мм рт. ст.	88,7 ± 13,0	91,1 ± 24,7
Извлечение плода – конец операции		
Наименьшее АДсист, мм рт. ст.	125,6 ± 14,4	125,8 ± 22,4
Наименьшее АДдиаст, мм рт. ст.	70,6 ± 13,5	72,5 ± 14,4
Наименьшее АДСредн, мм рт. ст.	88,1 ± 14,9	89,9 ± 12,9
Число гипотензий, n (%)	4 (11,1%)	2 (7,7%)
Частота применения эфедрина, n (%)	35 (97,2%)	19 (73,1%)
Расход эфедрина, мг	42,5 ± 15,6	29,1 ± 23,5*
Объем инфузии, мл	955,7 ± 290,7	884,6 ± 309,4
Объем кровопотери, мл	560 ± 94	554,6 ± 52,2

АДсист – систолическое артериальное давление, АДдиаст – диастолическое артериальное давление, АДСредн – среднее артериальное давление; *различия между группами достоверны.

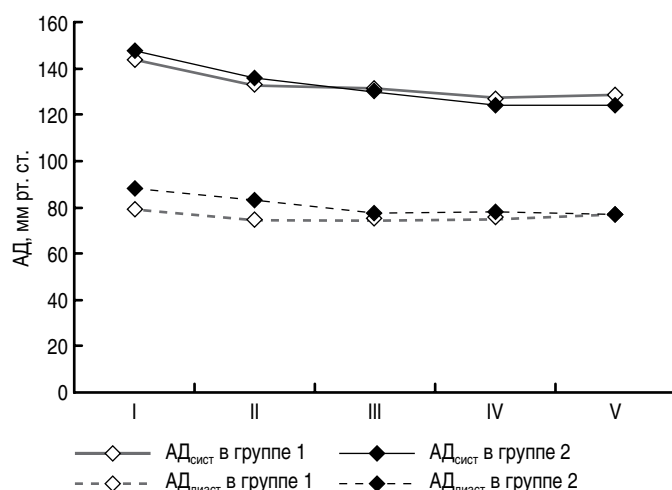


Рисунок. Изменения систолического и диастолического АД на этапах анестезии и операции. I – проведение анестезии, II – начало операции, III – извлечение плода, IV – ревизия брюшной полости, V – конец операции. Представлены средние значения. Различия между показателями АДдиаст на этапах I и II достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 3. Перинатальные исходы в обследуемых группах

Показатели	Группа 1 (ГА), n = 37**	Группа 2 (ЭА), n = 28**
Гестационный возраст при родоразрешении, нед	34,7 ± 3,4	33,3 ± 2,8
Число задержек роста плода, n	28 (75,7%)	19 (67,9%)
Масса плода, г:	2139,5 ± 806,5	1769,1 ± 640,9
500–999 г (%)	2 (5,4%)	2 (7,1%)
1000–1499 г (%)	7 (18,9%)	9 (32,1%)
1500–1999 г (%)	11 (29,7%)	7 (25%)
2000–2499 г (%)	7 (18,9%)	8 (28,6%)
2500–2999 г (%)	3 (8,1%)	1 (3,6%)
3000 г и более (%)	7 (18,9%)	1 (3,6%)
Число новорожденных, n	36*	27*
Оценка по шкале Апгар (1 мин):	6,8 ± 1,3	7 ± 1,44
6–7 баллов	13 (36,1%)	8 (29,6%)
4–5 баллов	1 (2,8%)	1 (3,7%)
1–3 балла	2 (5,6%)	7 (25%)
Оценка по шкале Апгар (5 мин):	7,6 ± 1,1	8,0 ± 0,8
6–7 баллов	10 (27,8%)	8 (29,6%)
4–5 баллов	2 (5,6%)	0
1–3 балла	0	0
pH из вены пуповины	7,3 ± 0,1 (n = 18)	7,3 ± 0,1 (n = 13)
Поступили в отделение детской реанимации, n (%)	24 (66,7%)	23 (85,2%)
Была проведена ИВЛ, n (%)	11 (30,6%)	11 (40,7%)
Частота внутричерепных кровоизлияний, n (%)	2 (5,6%)	3 (11,1%)
Переведены на 2-й этап, n (%)	27 (75%)	25 (89,3%)

**включая одну двойню в группе 1 и две двойни в группе 2;

*было по одной антенатальной гибели плода в каждой группе.

хлоропрокаина и лидокаина [8, 14], а при спинальной анестезии доза гипербарического бупивакаина 12–12,5 мг превышала используемые в соответствующих работах: 11,25 мг [8] и 11 мг [14]. В-третьих, в нашем исследовании объем внутривенной инфузии был соответственно в 2,7 и 2,36 раза меньше, что оказывало меньшее воздействие на материнскую гемодинамику, чем инфузия 2387 ± 110 мл кристаллоидов при эпидуральной анестезии и 2255 ± 102 мл при комбинированной спинально-эпидуральной анестезии [8]. Кроме того, инфузионная терапия кристаллоидами в нашей работе качественно отличалась от применения 500 мл раствора гидроксиэтилкрахмала в качестве преднагрузки [14]. Ограничение объема вводимой внутривенно жидкости при тяжелом гестозе целесообразно, так как большие объемы внутривенной инфузии во время кесарева сечения могут потребовать применения фуросемида в послеродовом периоде [16] и даже привести к развитию отека легких [17].

Гестационный возраст при родоразрешении, масса плодов, оценка по шкале Апгар, pH крови из вены пуповины достоверно не отличались при сравнении групп (табл. 3). При проведении данного исследования материнская артериальная гипотензия на этапе проведения анестезии была кратковременной и не оказывала влияния на состояние новорожденных. Это подтверждалось нормальными показателями pH крови из вены пуповины.

Не было различий в числе новорожденных, поступивших в отделение детской реанимации и потребовавших проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Не отличалось также число новорожденных, переведенных на второй этап выхаживания. Внутричерепные кровоизлияния были у 2 новорожденных в 1-й группе и у 3 – во 2-й (ЭА). Заболеваемость новорожденных при тяжелом гестозе в большей мере была

обусловлена недоношенностью, хронической внутриутробной гипоксией плода, задержкой роста плода. Не было отмечено интранатальной и постнатальной смертности в обеих группах.

Выводы

1. Эпидуральная и спинальная анестезия оказывают положительное влияние на материнскую гемодинамику (снижая повышенное АД), поэтому могут применяться при кесаревом сечении у пациенток с тяжелым гестозом.

2. Регионарная анестезия у данной категории пациенток позволяет избежать опасностей, связанных с общей комбинированной анестезией: трудной интубации, кислотной легочной аспирации, неконтролируемой артериальной гипертензии.

3. Артериальная гипотензия при эпидуральной и спинальной анестезии во время кесарева сечения носит кратковременный характер, легко корректируется введением эфедрина, не приводит к каким-либо нежелательным последствиям для пациенток и новорожденных. Описанные методики регионарной анестезии у пациенток с тяжелыми формами гестоза не требуют больших объемов инфузионной терапии во время оперативного вмешательства.

Литература

- Hodgkinson R., Husai F.J., Hayashi R.H. Systemic and pulmonary blood pressure during cesarean section in parturients with gestational hypertension // *Can Anaesth Soc J.* 1980. V.27. P.389–394.
- Lavies N.G., Meiklejohn B.H., May A.E. et al. Hypertensive and catecholamine response to tracheal intubation in patients with pregnancy-induced hypertension // *Br J Anaesth.* 1989. V.63. P.429–434.
- Turnbull A., Tindall V.R., Beard R.W. et al. Report on confidential enquiries into maternal deaths in England and Wales 1982–84. London: Her Majesty's Stationary Office, 1989.
- Chadwick H.S., Posner K., Caplan R.A. et al. A comparison of obstetric and nonobstetric anesthesia malpractice claims // *Anesthesiology.* 1991. V.74. P.242–249.
- Pritchard J.A., Cunningham F.G., Pritchard S.A. The Parkland Memorial Hospital protocol for treatment of eclampsia: Evaluation of 245 cases // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1984. V.148. P.951–963.
- Gutsche B.B., Cheek T.G. Anesthesia considerations in preeclampsia-eclampsia // *Anesthesia for obstetrics / Shnider S.M., Levinson G., eds. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993. 321 p.*
- Cheek T.G., Samuels P. Pregnancy-induced hypertension // *Anesthetic and obstetric management of high-risk pregnancy / Datta S., ed. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1996. 637 p.*
- Wallace D.H., Leveno K.J., Cunningham F.G. et al. Randomized comparison of general and regional anesthesia for cesarean delivery in pregnancies complicated by severe preeclampsia // *Obstet. Gynecol.* 1995. V.86. P.193–199.
- Hood D.D., Curry R. Spinal versus epidural anesthesia for cesarean section in severely preeclamptic patients: a retrospective survey // *Anesthesiology.* 1999. V.90. P.1276–1282.
- Шифман Е.М., Филиппович Г.В. Безопасность субарахноидальной анестезии при кесаревом сечении у беременных с преэклампсией // *Анестезиол. и реаниматол.* 2003. V.5. P.38–41.
- Aya A.G.M., Mangin R., Vialles N. et al. Patients with severe preeclampsia experience less hypotension during spinal anesthesia for elective cesarean

- delivery than healthy parturients: a prospective cohort comparison // *Anesth Analg.* 2003. V.97. P.867–872.
12. Акушерство / Под ред. Г.М.Савельевой. М.: Медицина, 2000. 416 с.
13. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Пер. с англ. М.: Практика, 1998. 459 с.
14. Visalyaputra S., Rodanant O., Somboonviboon W. et al. Spinal versus epidural anesthesia for cesarean delivery in severe preeclampsia: a prospective randomized, multicenter study // *Anesth Analg.* 2005. V.101. P.862–868.
15. Naughton N. Regional anesthesia for cesarean section // *Ostheimer's manual of obstetric anesthesia* / Birnbach D.J., ed. 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000. 107 p.
16. Kirshon B., Moise K.J., Cotton D.B. et al. Role of volume expansion in severe preeclampsia // *Surg. Gynecol. Obstet.* 1988. V.167. P.367.
17. Joyce T.H. III, Debnath K.S., Baker E.A. Preeclampsia: relationship of CVP and epidural anesthesia // *Anesthesiology.* 1979. V.51. P.S297.

Информация об авторах:

Шалина Раиса Ивановна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117209, Москва, Севастопольский пр-т, 24 а
Телефон: (495) 718-3472
E-mail: cfp@cfp.ru

Негматова Мунира Хабибуллаевна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117209, Москва, Севастопольский пр-т, 24 а
Телефон: (495) 718-3472
E-mail: sogdianka@mail.ru

Багдасарян Петрос Мартirosович, врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации Центра планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения г. Москвы
Адрес: 117209, Москва, Севастопольский пр-т, 24 а
Телефон: (495) 331-6610
E-mail: pbaghdasarian@mail.ru

СТРАНИЧКА УЧЕНОГО СОВЕТА РНИМУ им. Н.И.ПИРОГОВА

Информация о защитах диссертаций на соискание ученой степени доктора наук в ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздравсоцразвития России

Автор	Тема	Специальность
Мясоедова Елена Евгеньевна	Структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидным артритом: ранняя диагностика нарушений и их прогностическое значение	14.01.04 – внутренние болезни; 14.01.22 – ревматология (медицинские науки)
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России». Научный консультант – д.м.н., проф. Н.А.Шостак. Защита состоится 19.03.2012 в 14.00 на заседании диссертационного совета Д 208.072.01 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: 434-84-64).</i>		
Павлова Светлана Ивановна	Иммуносупрессивные и противоопухолевые фармакодинамические эффекты флавоноидов корней солодки	14.03.06 – фармакология, клиническая фармакология; 14.03.09 – клиническая иммунология, аллергология (медицинские науки)
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздравсоцразвития России и в ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздравсоцразвития России. Научный консультант – д.м.н., проф. И.Г.Козлов. Защита состоится 19.03.2012 в 14.00 на заседании диссертационного совета Д 208.072.01 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: 434-84-64).</i>		
Аскерко Эдуард Анатольевич	Реконструктивная хирургия застарелых повреждений и заболеваний вращательной манжеты плеча у лиц среднего и пожилого возраста	14.01.15 – травматология и ортопедия (медицинские науки)
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздравсоцразвития России и в учреждении образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Научный консультант – д.м.н., проф. А.В.Скороглядов. Защита состоится 26.03.2012 в 14.00 на заседании диссертационного совета Д 208.072.11 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: 434-84-64).</i>		
Чуловская Ирина Германовна	Комплексная диагностика повреждений и заболеваний мягких тканей кисти и предплечья	14.01.15 – травматология и ортопедия (медицинские науки)
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздравсоцразвития России. Научные консультанты – д.м.н., проф. А.В.Скороглядов; д.м.н., проф. Н.А.Еськин. Защита состоится 26.03.2012 в 14.00 на заседании диссертационного совета Д 208.072.11 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: 434-84-64).</i>		