

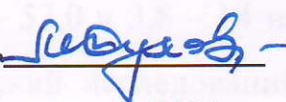
«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор ГОУ «Таджикский

государственный медицинский

университет им. Абуали

ибни Сино» д.м.н, профессор

Гулзода М. К. 

«22» 02 2021 г.



ОТЗЫВ

Ведущей организации Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» о научно-практической значимости диссертации Ашуралиева Нурали Кимсанзаде на тему «Оптимизация диагностики и инфузионно-трансфузионной терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях и их рецидивах», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.20-анестезиология и реаниматология

Актуальность. Рост острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК) за последние годы сопоставимы с увеличением частоты такой патологии, как травмы органов брюшной полости, панкреатиты, онкологические заболевания. На сегодняшний день ОЖКК страдают от 5% до 15% населения. В многопрофильных стационарах скорой медицинской помощи среди летальных исходов частота желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии достигает 7% а кровотечение в 12% - 40,3% случаев, что касается риска рецидива цифры достигают 60%. Выбор оптимальной тактики может быть облегчен путем разработки общедоступных прогностических критериев для выбора инфузионно-трансфузионной терапии или хирургического пособия в каждом конкретном случае с учетом риска возникновения рецидива

кровотечения из язвы. В Республике Таджикистан процент острых желудочных кровотечений составляет по данным разных авторов, 34-48%. За последние 50 лет общая смертность в мире осталась на уровне 10%. Почти 70% смертей от ЯБ обусловлены перфорацией и кровотечением. Согласно литературным данным, распространенность гастродуоденальных язвенных кровотечений и перфораций составляет 19,4 – 57,0 и 3,8 – 14 на 100 000 человек. Обобщенные данные 11-ти европейских исследований демонстрируют высокие показатели летальности от гастродуоденальных кровотечений - от 4750 до 17 750 случаев каждый год. Рецидивы ОЖКК возникают в 14,2-34,6% случаев. При этом процент инвалидизации составляет от 4,5% до 12%. Острая массивная кровопотеря приводит к развитию гиповолемического шока, в основе которого лежит неадекватная капиллярная перфузия со сниженной оксигенацией и нарушением метаболизма тканей и органов. Большое значение при кровопотере имеют расстройства в системе гемостаза. Компенсаторные механизмы в виде вазоконстрикции, ухудшения микроциркуляции способствуют сладжированию и развитию микротромбозов, что, в свою очередь, блокирует периферический кровоток. В результате инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ), проводимой при кровопотере, у пациентов могут развиваться гемодилузионная коагулопатия и синдром массивной гемотрансфузии

Вследствие массивной кровопотери в организме развиваются патологические явления, важнейшими из которых являются уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК), т.е. гиповолемия, падение артериального давления с последующим развитием стойкой гипотонии, гипоксии, ДВС-синдрома, появление признаков полиорганной недостаточности и метаболического ацидоза. За последние десятилетия значительно усовершенствованы методы и способы лечения острой кровопотери различной этиологии, в первую очередь, инфузионно-

трансфузионной терапии. Несмотря на достигнутые успехи, показатель летальности от патологий, осложнившихся острой массивной кровопотерей, остаётся довольно высоким. Технические возможности современной хирургии, трансфузии донорских компонентов крови по правилам их клинического применения, менеджмент крови пациента, а также основанное на доказательствах широкое внедрение кровосберегающих технологий в лечебную практику дают возможность отказаться от трансфузии донорских компонентов или значительно уменьшить их количество. Несмотря на достижения медицинской науки, в целом, летальность при критических состояниях, обусловленных острой кровопотерей, остаётся высокой. Все это определяет актуальность темы диссертационного исследования, его теоретическую и практическую значимость, а также правильность поставленной цели и задач исследования.

Связь темы с планами соответствующих отраслей науки, народного хозяйства и учреждения образования

Диссертация Ашуралиева Нурали Кимсанзаде на тему «Оптимизация диагностики и инфузионно-трансфузионной терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях и их рецидивах», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.20-анестезиология и реаниматология выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Научная новизна, полученных результатов, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Автором на основании проведенного анализа показателей системы гемостаза в динамике, кислородного режима, кислотно-основного

состояния и процессов перекисного окисления липидов обоснована важная роль постгеморрагической гипоксии в исходах лечения массивных кровопотерь.

Доказана целесообразность и клиническая эффективность включения в программу инфузионно-трансфузионной терапии инфузионных средств для «малообъемной реанимации» - 7,2% гипертонического раствора и кровезаменителя с антигипоксической, антиоксидантной функциями.

Применение в работе широкого спектра гомеостатических исследований позволило установить, что в основе изменения гемодинамики большого и малого кругов кровообращения лежат взаимозависимые и взаимноотягающего последствия нарушений в системе гемостаза, приводящие к снижению перфузии органов, возникновению гипоксических и гипероксических повреждений сосудистой стенки.

На основании анализа динамики показателей, характеризующих состояние компонентов гемостаза, коагуляции, антисвертывания и фибринолиза, систем гемодинамики большого и малого кругов кровообращения, показано, что у больных с острой тяжелой кровопотерей на этапах консервативного и хирургического лечения, несмотря на проведение инфузионной терапии, направленной на поддержание гомеостаза и объема циркулирующей крови, развивается их выраженное нарушение, которое зависит, в основном от объема кровопотери, вида и локализации основного патологического процесса.

Доказана возможность профилактики развития тромбогеморрагических и сердечно-сосудистых осложнений у больных с тяжелой кровопотерей путем ранней диагностики характера расстройств систем гемостаза и гемодинамики.

Установлена ведущая роль нарушений системы гемостаза в возникновении тяжелых кровотечений у пациентов с брюшным тифом.

Установлена большая клиническая эффективность Европейско/Российской моделей восполнения кровопотери, особенно у пациентов с брюшным тифом.

Значимость для науки и практической деятельности полученных автором результатов

На основе выявленных общих сдвигов системы гемостаза, гемодинамики большого, малого кругов кровообращения и механизмов их нарушений при инфузионно-трансфузионной терапии определена тактика и направленность программ коррекции последствий тяжелой кровопотери при устойчивом гемостазе и рецидивах кровотечения.

Доказано, что мониторинг нарушений в системе гемостаза, гемодинамики большого и малого кругов кровообращения позволяет определить характер выявленных расстройств, дает возможность на ранних этапах лечения оптимизировать профилактику осложнений, в том числе рецидивных кровотечений.

Своевременная диагностика выявленных патофизиологических расстройств, адекватная патогенетически обоснованная коррекция нарушений сокращает продолжительность лечения, частоту осложнений и летальность больных с тяжелой и массивной кровопотерей на различных этапах терапии.

Структура и содержание работы

Структура и содержание диссертационной работы находятся в логическом единстве и соответствуют поставленной цели и задачам исследования. Диссертация изложена на 166 странице, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Текст иллюстрирован 33 таблицами и 3 рисунками. Указатель литературы включает 211 источников, из них 58 на русском и 153 на иностранных языках.

Во введении диссертант раскрывает актуальность проведенной работы, формулирует цель и задачи исследования, обосновывает научную новизну, характеризует практическую значимость и положения, выносимые на защиту.

В первой главе (литературном обзоре) приводятся сведения, определяющие значимость выбранной проблемы. Автор разносторонне отражает современное представление отечественных и зарубежных исследователей по проблеме инфузионно-трансфузионной терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях. Анализ литературы позволил диссертанту аргументировано выбрать тему исследования, определить ряд нерешенных вопросов.

Во второй главе представлены материалы и методы проведенного исследования. Автором приводятся данные анализа 200 больных с острыми язвенными желудочно-кишечными кровотечениями, находившихся на лечении в ГУ «Городской центр неотложной помощи» г. Душанбе, и других ЛПУ республики исследовавшийся выездными специализированными реанимационно-трансфузиологическими бригадами центров крови. В ходе исследования установлено, что у обследованных больных источником кровотечения была язва 12-двенадцатиперстной кишки в 22 (11,0%) случаях, язва желудка у 78 (39,0%) больных и брюшной тиф у 100 (50,0%) пациентов.

В третьей главе диссертационной работы дана оценка изменениям функционального состояния системы кровообращения у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Проанализированы показатели гемодинамики большого и малого кругов кровообращения у 138 пациентов, в том числе с умеренным объемом кровопотери - у 20, тяжелым - у 66, массивным - у 58. Как показало исследование у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями наблюдаются нарушения центральной гемодинамики, зависимость глубины нарушений

от тяжести проявлений гиповолемии и соответственно, объёма кровопотери, дефицита ОЦК, которые носили взаимосвязанный характер и менялись на этапах оказания лечебной помощи.

Уменьшение разовой производительности сердца в связи со снижением сократительной функции левого желудочка сердца в результате гиповолемии является свидетельством снижения основных гемодинамических показателей. Осуществлённый динамический контроль системы общей гемодинамики у больных с кровотечениями выявил развитие недостаточности кровообращения в результате сердечно-сосудистой дисфункции в зависимости от объёма кровопотери и тяжести гиповолемии и степени патологических сдвигов. При изучении степени функциональных отклонений гемодинамики малого круга кровообращения в зависимости от классов кровопотери I-II с III классом было обнаружено повышение систолического давления в лёгочной артерии на 18,7%, в лёгочных капиллярах на - 21,8%, лёгочно-сосудистого сопротивления - на 22,5%, зонального лёгочного кровотока левого лёгкого на 13,7%, правого - на 11,6%, снижение индекса ударной работы правого желудочка (ИУРПЖ) на 15,2% ($p > 0,05$) пациентов с умеренным объёмом кровопотери. Анализ зарегистрированных показателей гемодинамики малого круга кровообращения у пациентов с тяжёлыми объёмами кровопотери IV класса при сравнении с аналогичными данными I-II класса с легким объёмом кровопотери выявляется наличие сдвигов, характерны для лёгочной гипертензии. В частности, повышение СДЛА на 50,9%, ДЛК на 67,9%, ЛСС на 40,9%, уменьшение зонального лёгочного кровотока правого лёгкого на 16,1% левого на 18,7% ($p < 0,05$). Анализ полученных данных у больных с ОЖКК свидетельствует о наличии у них проявлений лёгочной гипертензии, снижении зонального кровотока, сократительной функции правого желудочка.

У больных при ГДК с увеличением объёма кровопотери в остром периоде отмечена тенденция к нарастанию внутрилегочной гипертензии, повышению зонального кровотока и относительного напряжения сократительной способности миокарда правого желудочка. У пациентов с тяжёлой кровопотерей на фоне функциональной несостоятельности сократимости правого желудочка, обусловленной синдромом повышенного сопротивления в малом круге кровообращения, отмечается лёгочная артериальная гипертензия с уменьшением зонального лёгочного кровотока.

Наличие лёгочной гипертензии имеет особое значение для работы относительно «слабого» правого желудочка, так как его ударный объём в большей степени зависит от сосудистого сопротивления малого круга, чем для левого желудочка. Парадоксальному перемещению межжелудочковой перегородки справа налево, изменению диастолической механики левого желудочка с повышением левожелудочкового давления наполнения способствует увеличение конечного диастолического объёма правого желудочка. Между тем, увеличение конечного диастолического объёма правого желудочка может привести к парадоксальному смещению межжелудочковой перегородки справа налево и изменить диастолическую механику левого желудочка с повышением левожелудочкового давления наполнения. У пациентов с массивными кровопотерями отмечается равнозначное угнетение сократительной способности желудочков сердца, что приводит к резкому снижению центрального объёма крови при высоком уровне сосудистого сопротивления в малом круге.

Несинхронные колебания системного артериального и давления лёгочной артерии являются подтверждением наличия разнонаправленных изменений сосудистой резистентности в системах сбора и распределения крови, которые представляют определённый интерес. Увеличение тонуса лёгочных сосудов было значительнее, нежели тонуса периферических

сосудов, что реально затрудняет работу сердца по мере увеличения объёма кровопотери, отражающего величину центрального объёма крови, прирост которого происходит в результате уменьшения выброса левого желудочка. Анализ колебаний центрального объёма крови выявил наличие изолированной левожелудочковой недостаточности при преобладании спазма периферических сосудов у пациентов с умеренными объёмами кровопотери. При тяжёлой и массивной кровопотере в результате снижения насосной функции обоих отделов сердца из-за преобладания высокого тонуса лёгочных сосудов (сосудистый коллектор малого круга кровообращения) уменьшается центральный объём крови.

Таким образом, приведенные данные функционального нарушения параметров общего и легочного кровообращения, имеются прямые взаимно обуславливающие и взаимно отягощающие связи с объёмом кровопотери, что требует персонализированного определения степени и типа нарушения и подбора индивидуальной тактики восполнения объёма кровопотери для стабилизации гемодинамики.

Четвертая глава посвящена инфузионно-трансфузионной терапии и состоянию гемостаза, гемодинамики, кислородно-транспортной функции крови у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Автором в проведенном исследовании, необходимый пациентам объём и качественный состав инфузионно-трансфузионных сред рассчитывался в зависимости от объёма и скорости кровопотери основываясь на современной концепции ИТТ Demege control resustition, Европейских/Российских рекомендаций по коррекции ОЖКК. Основными инфузионными средствами у больных с устойчивым гемостазом были кристаллоиды - 65,33% , компоненты крови - 21,88% (СЗП-16,41%, эритроциты - 5,57%) и коллоиды - 12,70%. В группе пациентов с ранними рецидивами желудочно-кишечных кровотечений соотношение инфузионно-трансфузионных сред было иное, чем у пациентов с

устойчивым гемостазом. У данной группы коллоиды от общего объема ИТТ составили 47,9%, кристаллоиды - 34,7%, компоненты крови - 17,4%. Значительную долю коллоидов (70,5%) составили производные декстрана, отрицательно влияющие на систему гемостаза непосредственно и вызывающие гемодилуционную коагулопатию.

Большое значение для определения врачебной тактики имело наличие раннего рецидива кровотечения. При этом важно отслеживать состояние гемостаза пациента, для того, чтобы своевременно принять необходимые меры. В процессе ИТТ корректируются нарушения в системе гемостаза, что позволяет добиться остановки кровотечения при своевременном и качественном проведении гемостатической ИТТ соответствующими средствами. Приведённые показатели свидетельствуют о том, что наиболее частым нарушением в процессе ИТТ является гипокоагуляция, которая при язвенной болезни встречается в 32,0% всех случаев, при брюшном тифе – в 48,0%, то есть отмечается существенная зависимость от характера заболевания. Одинаковая частота гиперкоагуляционной фазы ДВС отмечается у больных обеих групп, в гипокоагуляционной фазе ДВС у больных с брюшным тифом встречается в 1,5 раза чаще. Наименее распространены при язвенной болезни именно те нарушения, которые преобладают без ИТТ, то есть ДВС в гиперкоагуляционной фазе, ДВС в гипокоагуляционной фазе и гемодилуционная коагулопатия. У больных с брюшнотифозными кровотечениями реже встречается гемодилуционная коагулопатия, изокоагуляция и гиперкоагуляция. Установлено, что структура нарушений в системе гемостаза в процессе ИТТ существенно зависит от наличия ранних рецидивов у больного.

Пятая глава диссертационной работы посвящена изучению выбора методов и результатами лечения больных с острой желудочно-кишечной кровопотерей. Автор, основываясь на опыте диагностической

фиброгастродуоденоскопии и исследования показателей звеньев системы гемокоагуляции, определил проявления признаков состоятельности или несостоятельности достигнутого гемостаза. Так в 72% случаев рецидивные ЯЖКК развивались в первые 3 суток поступления пациентов в стационар и начала гемостатической ИТТ, в том числе в 16,66% случаев через 3 часа, в 27,77% случаев через 6 часов, в 55,57% в первые 12 часов. Что позволило автору установить, что объём и тяжесть кровопотери, наличие эндоскопических признаков продолжающегося кровотечения или признаков неустойчивого гемостаза, а также определение риска анестезии и операции, являются критериями в выборе тактики консервативного и оперативного лечения при ЯЖКК. Основной операцией при кровоточащей язве желудка являлся резекция желудка, произведённая 12 пациентам. Ваготомия с различными видами дренирующих операций произведена 7 пациентам с желудочными язвами, как правило, расположенными в пилорическом либо препилорическом отделах. Паллиативные вмешательства осуществлены 2 больным, из которых 1 умер. Эти операции состояли в прошивании или иссечении язвы желудка и выполнялись пациентам пожилого и старческого возрастов при тяжёлой степени кровопотери и невозможности применения радикальных способов.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением, органосохраняющие операции были произведены 11 пациентам, без летального исхода. Резекция желудка, как правило, при кровоточащей залуковичной язве двенадцатиперстной кишки выполнялась ранее с летальностью 8,33%. Паллиативные вмешательства произведены 2 больным с 1 летальным исходом. Из паллиативных операций простое прошивание кровоточащей язвы выполнено 1 больному, иссечение язвы - 1. Оперативные вмешательства в виде резекции различных участков тонкого кишечника выполнены 8 пациентам с рецидивными кишечными

кровотечениями брюшнотифозной этиологии. В послеоперационном периоде от различных осложнений, в основном от полиорганной недостаточности, умерло 4 пациентов.

Результаты осуществлённых оперативных вмешательств пациентам на высоте ЯЖКК показали, что только одним путём расширения показаний к оперативному лечению невозможно значительно улучшить исходы терапии у этой категории больных. Важное значение в снижении летальности от ЯЖКК и, особенно, кровотечений брюшнотифозной этиологии имел совершенствование программ ИТТ, особенно улучшение качественного состава инфузионно-трансфузионных средств, отдавая предпочтение сбалансированным кристаллоидным гемокорректорам, содержащим в составе предшественников гидрокарбоната натрия, в сочетании с адекватными дозами СЗП, антигипоксическими гемокорректорами. Летальность в этой группе составила 4,0%, умерло 5 больных: 1 пациент с ЯГДК, 4 с массивным кишечным кровотечением брюшнотифозной этиологии. Благодаря качественно проведённой консервативной ИТТ, осуществлению динамического контроля системы гемостаза, в том числе с привлечением специализированных реанимационно-трансфузио-логических бригад центров крови, удалось автору значительно снизить летальность (при брюшнотифозных кровотечениях с 40% до 4,0%) у больных, которым не было выполнено оперативное вмешательство. Послеоперационная летальность при ЯЖКК составила 8,82%, а общая – 4,0%, что является хорошим показателем результатов лечения при сравнении с данными других авторов. Послеоперационная летальность после операций по поводу кишечного кровотечения брюшнотифозной этиологии составила 50% (4 из 8), а общая летальность – 8,0%. Такие результаты достигнуты за счёт эффективности комплексных мер, в первую очередь, за счёт улучшения качества инфузионно-трансфузионной терапии, в том числе с применением

гемокорректоров с антигипоксическими функциями, препаратов для малообъемной реанимации, антисекреторной терапии, коррекции нарушений в системе гемостаза. Положительное влияние на улучшение результатов терапии оказали методы эндоскопической противорецидивной терапии, а также расширение показаний к раннему хирургическому вмешательству при угрожающих кровотечениях. А послеоперационная летальность у больных с рецидивными брюшнотифозными кишечными кровотечениями составила 50% (4 из 8 прооперированных пациентов).

В заключении обобщены результаты собственных исследований и обосновываются научная и практическая значимость. Основные научные результаты диссертации и рекомендации по практическому использованию результатов являются естественным продолжением фактических результатов исследования, их достоверность не вызывает сомнения. Автором выполнен достаточный объем работы, который можно считать завершенным в рамках проводимого исследования. Диссертационная работа полностью соответствует паспорту специальности 14.01.20 - Анестезиология и реаниматология.

Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертационной работы

Полученные результаты могут быть использованы в лечебном и учебном процессах на соответствующие кафедры высших медицинских вузов, в практике хирургических и реаниматологических отделений в виде методических пособий и рекомендаций, для подготовки клинических ординаторов, интернов и молодых специалистов.

Обоснованность и достоверность научных положений, выводов и заключений

Достаточное количество клинических наблюдений, использование современных клинических, биохимических методов, выбор адекватного методического подхода, современные методы статистической обработки

данных обуславливают высокую степень достоверности научных положений, основные научные результаты диссертации и рекомендации по практическому использованию результатов сформулированных в диссертационном исследовании.

Соответствие научной квалификации соискателя

Диссертантом выполнены все необходимые требования по апробации, публикации и внедрению в практику материалов диссертации. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на научных конференциях и съездах республиканского масштаба. По теме диссертации опубликованы 5 научных работ, 5 в изданиях, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией при Президенте РТ. Содержание работ полностью соответствуют полученным результатам исследований.

Автореферат оформлен в традиционном стиле и отражает основные положения диссертационной работы. Принципиальных замечаний по диссертационной работе нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, диссертационная работа Ашуралиева Нурали Кимсанзаде «Оптимизация диагностики и инфузионно-трансфузионной терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях и их рецидивах» представленная к защите на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.20 - анестезиология и реаниматология, является завершённой научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных исследований существенно решена важная научная задача по вопросу улучшения инфузионно-трансфузионной терапии при острой желудочно-кишечной кровопотере. Диссертационная работа обладает научной новизной, и по объёму выполненных исследований и методическому подходу, полностью соответствует требованиям пункта № 163, главы 10 «Положения о

диссертационных советах», утвержденным постановлением Правительства Республики Таджикистан от 26 ноября 2016 года № 505, предъявляемым к кандидатским диссертациям на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, автор Ашуралиев Нурали Кимсанзаде заслуживает присуждения учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.20 — анестезиология и реаниматология.

Диссертационная работа и отзыв обсуждены и одобрены на совместном заседании кафедр анестезиологии и реаниматологии, хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», протокол № 7 от «23» января 2021 года.

Председатель учёного совета

ГОУ «Таджикский государственный

медицинский университет

им. Абуали ибни Сино»,

д.м.н., профессор



Handwritten signature of Gulzoda M.K.

Гулзода М.К.

Эксперт:

Заведующий кафедрой хирургических
болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
д.м.н., профессор

Handwritten signature of Nazarov S.K.

Назаров Ш.К.

Эксперт:

Заведующий кафедрой анестезиологии
и реаниматологии ГОУ «ТГМУ
им. Абуали ибни Сино»
к.м.н.

Handwritten signature of Davlatzoda B.X.

Давлатзода Б.Х.

Секретарь к.м.н.



Назаров Х.Ш.

Подписи профессора Гулзода М.К., Назарова Ш.К. и к.м.н. Давлатзода Б.Х.

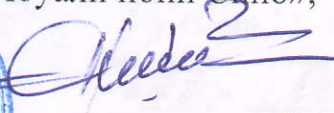
«УТВЕРЖДАЮ»

начальник управления кадровыми ресурсами

ГОУ «Таджикский государственный

медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,

к.м.н.



Абдуллозода С.М.

Государственное образовательное учреждение «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Республика Таджикистан, 734003, город Душанбе, проспект Рудаки 139, +992 224224 45 83; info@tajmedun.tj

	6. Гулов М.К. Эндолапароскопический способ остановки кровотечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки/М.К. Гулов //Журнал Хирургия. Москва.-2018.-№10.-С.14-18 7. Курбонов К.М. Панкреато-билиарные осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки/К.М. Курбонов //Здравоохранение Таджикистана. - Душанбе. – 2018. - №1. - С. 34-39. 8. Назаров Ш.К. Усули эндоскопии гемостазии хунравии шадиди гастродуоденали дар беморони солхурда ва пиронсолон/Ш.К. Назаров// Назаров Ш.Қ./«Авҷи Зухал».- Душанбе.-2018.-№4.-С.61-65. 9. Назаров Ш.К. Современные подходы в лечении перфоративных гастродуоденальных язв /Ш.К. Назаров // Назаров Ш.К./ Здравоохранение Таджикистана. -Душанбе.-2018.-№1.-С.81-87. 10. Назаров Ш.К. Миниинвазивные технологии в лечении кровотечений из гастродуоденальных язв/Ш.К. Назаров // Назаров Ш.К./«Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского». - Москва. -2019. - №1.-С.56-57.
--	--

Ведущая организация подтверждает, что соискатель не является ее сотрудником и не имеет научных работ по теме диссертации, подготовленных на базе ведущей организации или в соавторстве с ее сотрудниками.

Ведущая организация дает согласие на обработку персональных данных, в том числе на совершении действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление), обезличивание, блокирование, уничтожение, использование и размещение их на официальном сайте (сокращенное название организации ВЕДОРГ), и в единой информационной системе в сети «Интернет».

РЕКТОР

Д.м.н., профессор



М.К. Гулзода



СВЕДЕНИЯ О ВЕДУЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

**Предоставившей отзыв по диссертационной работе соискателя «>» на соискание
ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.**

Полное наименование организации в соответствии уставом	Государственное образовательное учреждение «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»
Сокращенное наименование организации в соответствии с Уставом	ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
Место нахождения организации	Республикам Таджикистан, город Душанбе
Почтовый адрес	проспект Рудаки 139, 734003
Телефон	+992 224 45 83
Адрес электронной почты	Info@tajmedun.tj
Адрес официального сайта в сети «Интернет»	www.tajmedun.tj
Сведения о лице, утвердившего отзыв ведущей организации (фио, ученая степень, ученое звание, должность)	Гулзода Махмадшох Курбонали Д.м.н., профессор Ректор
Сведения о лиц, составившего отзыв ведущей организации (фио, ученая степень, ученое звание, должность)	Назаров Шохин Кувватович Д.м.н., профессор Заведующий кафедрой хирургических болезней №1 Давлатзода Бахриддин Хайриддин К.м.н. Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии
Список основных публикаций работников ведущей организации по теме диссертации в рецензируемых научных изданиях за последние пять лет(не более 15 публикаций), перечень согласно ГОСТ	1.Абдуллаева С.И. Современное состояние проблемы лечения язвенных кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки/С.И. Абдуллаева//Вестник Авиценны. -2015. -№4. -С.109-114 2.Абдуллаева С.И. Прогнозирование течения заболевания у больных с желудочно-кишечными кровотечениями /С.И. Абдуллаева//Здравоохранение Таджикистана. -2015.-№4.-С.10-15 3.Назаров Ш.К. Тактика и определение объёма хирургического лечения при острых гастродуоденальных кровотечениях/Ш.К.Назаров// «Наука и инновация».- Душанбе. - 2016. -№3. -С.27-31. 4.Сайдалиев Ш.Ш. Современное состояние этиопатогенеза и лечения острых дуоденальных кровотечений язвенного генеза/Ш.Ш. Сайдалиев//Вестник академии медицинских наук.- 2017.-№4.-С.107-113 5.Гулов М.К. Исследование качества жизни пациентов-важный инструмент для оценки эффективности методов хирургического лечения осложненной язвенной болезнью/М.К. Гулов//Вестник Авиценны. -2018.-№2-3.-С.181-189