



«УТВЕРЖДАЮ»
Ректор ГОУ «ТГМУ» им. Абуали
ибни Сино» д.м.н. профессор
Гулзода М.К.

« 20 » 01 2020 года

ОТЗЫВ ВЕДУЩЕГО УЧРЕЖДЕНИЯ

**Государственное образовательное учреждение
«Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали
ибни Сино» о научно-практической значимости диссертации Саидова
Джурахона Сафоловича на тему «Оценка и оптимизация инфузионно-
трансфузионной терапии при острой гастродуоденальной кровопотере»,
представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских
наук по специальности 14.01.20- анестезиология и реаниматология**

Актуальность исследования. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения (ОГДЯК) являются наиболее грозным осложнением в неотложной абдоминальной хирургии. Современные достижения клинической хирургии, эндоскопических методов диагностики и лечения, анестезиологии, реаниматологии и расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению летальности при этом заболевании по сей день. По данным различных авторов, общая летальность составляет 10-14%, послеоперационная — от 12 до 35%. В то время как послеоперационные осложнения и летальность при повторных кровотечениях возрастают в полтора два раза. Доля больных с рецидивом ОГДЯК среди всех умерших от гастродуоденального кровотечения составляет 60-80%. Все это указывает на значимость адекватного лечения и профилактики рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. Одна из главных причин высокой летальности при ОГДЯК — поздняя госпитализация. Не менее важными причинами летальности являются ошибки, допущенные при диагностике источника кровотечения, и в связи с этим — неадекватная

инфузионно-трансфузионная программа, неправильно выбранный объем оперативного пособия, запоздалое и недостаточно энергичное лечение осложнений. Кроме того, увеличение числа больных пожилого и старческого возрастов, у которых снижена устойчивость к острой кровопотере, также способствует возникновению некоторых трудностей в диагностике. Сохраняющиеся разногласия в отношении показаний к инфузионно-трансфузионной терапии, оптимальных сроков операций, объема оперативного вмешательства, роли эндоскопических методов временной остановки кровотечения во многом определяют высокий уровень послеоперационных осложнений и летальности и подчеркивают важность выбранной данной темы. 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. Всё 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 Саидова Джурахона Сафоловича выполнялась в рамках НИР ГУ «Республиканский научный центр крови» - «Оптимизация тактики инфузионно-трансфузионной терапии критических состояний, обусловленных массивной кровопотерей» на период с 2017-2021 гг. Рег. № 0117TJ00802 и ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» - «Инновационные технологии в диагностике и лечении критических состояний» Рег. №0116 TJ00528.

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

Автором в ходе проведенных исследований установлена взаимосвязь объема кровопотери и развития её осложнений с этиологическим фактором

спровоцировавшим её, локализацией и размером язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, а также коморбидным фоном при ОГДК, напрямую влияющими на тяжесть состояния пациентов, развитие осложнений и исходы заболевания. При этом доказано, что КТФ крови, доставка, потребление, экстракция, утилизация кислорода являются необходимыми и важнейшими компонентами в изучении констант гомеостаза, так как напрямую зависят от нарушений параметров гемодинамики, уровня гемоглобина, количества эритроцитов и др., а потребление кислорода тканями неадекватно их потребностям в условиях анаэробного метаболизма что напрямую зависит от класса кровопотери при ОГДК. Подтверждено, что в зависимости от объема кровопотери, коморбидного фона, возраста и пола пациента прогрессивно нарушаются функциональное состояние гемостаза, параметры центральной гемодинамики, КТФ крови, тканевой и клеточный метаболизм с дисбалансом КОС, газов крови и ПОЛ, приводящие к огранным дисфункциям, СПОН и неблагоприятному исходу. На основании полученных результатов исследования разработан алгоритм принятия решения о гемотрансфузии при ОГДК показал, что уровень гемоглобина не может являться абсолютным показанием для гемотрансфузии, так как переносимость гипоксии индивидуальна, лишь расчеты параметров кислородного гомеостаза могут служить объективным критерием: при коэффициенте экстракции кислорода менее 40% необходима компонентная гемотрансфузия. Было доказано, что кровопотеря I класса по классификации Американской коллегии хирургов (ATLS) может быть возмещена переливанием кристаллоидов, а инфузия 0,9% раствора хлорида натрия менее эффективна в связи с возможным развитием гиперхлоремии и метаболического ацидоза, оказывающих неблагоприятное влияние на систему гемостаза и препятствующих консервативной остановке кровотечения. Препаратом выбора в этой ситуации является сбалансированный раствор стерофундина изотонический, в наибольшей степени соответствующий основным параметрам плазмы, содержащий 2 буфера (малат и ацетат) и корректирующий

нарушения КОС. Также автором определено, что кровопотеря II класса по РОХ компенсируется переливанием кристаллоидов и коллоидов в соотношении 3:1, также необходимо дополнение к стандартной терапии антиоксидантов (цитофлавин). Установлено, что предпочтение из имеющихся в нашем распоряжении инфузионных сред следует отдать препарату на основе модифицированного желатина гелофузину, который не оказывает влияния на систему гемостаза. Обосновано, что при кровопотере III класса по РОХ в ИТТ в консервативную терапию дополнительно необходимо включение индивидуально подобранных для реципиентов от доноров компонентов крови - эритромаcсы желательно отмытых эритроцитов, тромбоконцентрат, а также свежезамороженной плазмы (СЗП с нормальным содержанием коагулянтного потенциала; СЗП с высоким содержанием АТ III и с низкой концентрацией фибриногена, ФфВ и VIII фактора; СЗП с низким содержанием АТ III и с высокой концентрацией фибриногена, ФфВ и VIII фактора; криопреципитат с высокой концентрацией фибриногена, ФфВ, VIII фактора и тромбоцитарных микрочастиц) с учетом коморбидного фона, что обеспечивает надежный гемостаз и способствует остановке кровотечения.

Значимость для науки и практической деятельности полученных автором результатов

На основании проведенных исследований автором оптимизирована программа ИТТ и алгоритм для принятия решения об использовании гемотранфузий у больных с ОГДК, основанные на объеме кровопотери, влиянии используемых сред на систему гемостаза, а также наличии коморбидного фона. Доказано, что включение в состав стандартной терапии сбалансированного изотонического солевого раствора, коллоида на основе модифицированного желатина индивидуально подобранных компонентов донорской крови, а также антиоксидантов позитивно влияет на систему гемостаза, параметры гемодинамики, способствует консервативной остановке кровотечения, корректирует нарушения гемодинамики и кислородно-транспортной функции крови, нормализует параметры перекисного окисления

липидов. Эти обстоятельства обеспечивают улучшение результатов консервативного лечения ОГДК - уменьшается объем и скорость кровопотери, ускоряются процессы консервативной остановки кровотечения, снижается число случаев повторных кровотечений и гастроскопий, а также исключается необходимость оперативных вмешательств по поводу продолжающегося кровотечения. Снижена необходимость в оперативной активности на фоне продолжающегося кровотечения на 55,3%, степень операционно-анестезиологического риска на 30,6%, органических осложнений на 22,8%, общая на 5,9% и послеоперационная на 9,3% летальность.

Структура и содержание работы

Структура и содержание диссертационной работы находятся в логическом единстве и соответствуют поставленной цели и задачам исследования. Диссертационная работа изложена на 160 страницах, состоит из введения, 5 глав (обзор литературы, описание материала и методов исследования, собственные исследования и их обсуждение), заключения и выводов. Работа иллюстрирована 21 таблицей, 3 рисунками. Библиографический указатель содержит 196 источников литературы, из них 130 на русском и 66 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 гастродуоденальных кровотечениях. Анализ литературы позволил диссертанту аргументированно выбрать тему исследования, определить ряд нерешенных вопросов.

Во второй главе представлены материалы и методы проведенного исследования. Автором приводятся данные анализа 178 больных с острыми

язвенными гастродуоденальными кровотечениями, находившихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе, ГКБ №5 и Областной клинической больнице г. Бохтар за период 2010-2017 годы. В ходе исследования установлено, что у обследованных больных источником кровотечения была язва двенадцатиперстной кишки-112 (63,1%), язва желудка у 66 (36,9%) больных.

Все исследования и лечение проведены согласно информированному согласию пациентов, этического комитета АМН МЗиСЗН РТ. Объём исследований следует признать достаточным, а методы исследования современными и объективными.

В третьей главе диссертационной работы дана оценка изменениям функциональных параметров у больных при острых гастродуоденальных кровотечениях с объемом кровопотери 1 класса, изучено функциональное состояние гемодинамики большого круга кровообращения у больных при острых гастродуоденальных кровотечениях I класса при поступлении и динамике лечения. У обследованных больных обеих подгрупп 1 группы исходные показатели гемодинамики при поступлении были фактически одинаковыми, так как не выявлялась статистически значимая разница, и эти данные зависели от объема кровопотери. Выявлено, что при поступлении кровопотеря компенсировалась защитными механизмами организма и показатели центральной гемодинамики не оказывали выраженного негативного воздействия на органы и системы. на 15,6% и на 14,3%, что приводило к повышению СДД на 5,2% и на 4,2%, соответственно, проведенные исследования показали, что кровопотеря 1 класса (до 15% ОЦК) у больных с кровоточащей гастродуоденальной язвой компенсируется спазмом артериальных сосудов в большом круге кровообращения и не сопровождается выраженными расстройствами гемодинамики. В ответ на усиление постнагрузки и некоторое снижение контрактильной способности сердца компенсаторная тахикардия на фоне сниженного ударного объёма обеспечивало нормальные параметры минутного сердечного выброса. Так-же

изучено кислородно-транспортная функция крови, газовый состав и кислотно-основное состояние у больных при острых гастродуоденальных кровотечениях I класса при поступлении и в динамике лечения. исследования КТФ у больных ОЯГДК I класса показали, что лучше в качестве кристаллоидного раствора использовать стерофундин изотонический, так как уже к 3-им суткам у пациентов наблюдается значительное улучшение параметров гемодинамики, восполнение ОЦК, процессов метаболизма и микроциркуляции по сравнению с применением 0,9% физиологического раствора, который вызывает гиперхлоремию и поддерживает нарушения КОС, микроциркуляции, что требует дополнительной коррекции. Автором в проведенных исследованиях установлено, что свободнорадикальное перекисное окисление липидов и антиоксидантная защита у больных при острых гастродуоденальных кровотечениях I класса при поступлении и в динамике лечения при ОЯГДК включаются патогенетические механизмы приводящие к дисбалансу эндотелиальной мембраны, и нарушению её проницаемости, в основе чего лежат процессы, происходящие с адгезированными и дегранулированными нейтрофильными лейкоцитами, освобождающими протеазы (эластазу, коллагеназу, катепсины С, Д и Е и др.). Эти процессы связаны с активизацией комплемента с последующей агрегацией гранулоцитов и фактора Хагемана, сопровождающиеся увеличением активности фрагментов комплемента, секвестрацией нейтрофилов, повышением их адгезии к эндотелиальным клеткам и последующим их поражением. Фактическому началу ДВС способствует активизация фактора Хагемана, являющегося патогенетическим звеном, при котором инициируется превращение плазминогена в плазмин и активация фибринолиза с появлением в системе циркуляции ПДФ, вызывающих повреждение эндотелия, повышение его проницаемости при одновременном проявлении токсического эффекта.

Четвертая глава посвящена изменениям функциональных параметров у больных при острых гастродуоденальных кровотечениях с объемом

кровопотери II класса. Функциональное состояние гемодинамики большого круга кровообращения у больных при острых гастродуоденальных кровотечениях II класса при поступлении и в динамике лечения. При этом установлено, что у пациентов с ОЯГДК со II классом кровопотери (750-1500 мл) при поступлении в клинику показатели центральной гемодинамики в 2а и 2б подгруппах были статистически достоверно не различимы, так как не выявлялась статистически значимая разница, хотя эти данные напрямую зависели от объема кровопотери, которая также еще отягощалась сопутствующей патологией, что косвенно свидетельствует об их репрезентативности. Также выявлено, что при поступлении больных, несмотря на срабатывание компенсаторных защитных механизмов организма, показатели центральной гемодинамики оказывались в субкомпенсированном функциональном состоянии, что негативно воздействовало на органы и системы. При этом происходила централизации кровообращения на фоне выраженного снижения ОЦК, плазменного и глобулярного объема. Поэтому при сравнении показателей гемодинамики с данными контрольной группы здоровых доноров выявлялось, что в 2а и 2б подгруппах: отмечалось выраженная тенденция снижения АД. Сист. на 14,6% и 16,3%, достоверное повышение АД. Диаст. на 16,1% ($p < 0,01$) и на 18,1% ($p < 0,001$), что приводило к снижению СДД на 15,3% ($p < 0,001$) и на 17,0% ($p < 0,001$), соответственно. В 2а и 2б подгруппах отмечалось достоверное повышение ЧСС на 73,2% ($P < 0,001$) и на 74,5% ($P < 0,001$), на фоне статистически достоверного снижения УО на 29,1% ($p < 0,001$) и на 27,7% ($p < 0,001$), уменьшение УИ на 29,1% ($p < 0,01$) и на 27,6% ($p < 0,001$), соответственно по подгруппам. Автором изучено характер нарушений кислородно-транспортной функции крови, газового состава и параметров кислотно-основного состояния у пациентов ОЯГДК II класса с кровопотерей до 1500 мл в обеих подгруппах 2а и 2б при поступлении в стационар развивалась артериальная гипоксемия и вследствие этого компенсаторная одышка, артериальная гипокапния. Имевшаяся анемия сопровождалась снижением объемного содержания кислорода в артериальной

крови, что даже на фоне компенсаторного сердечного выброса обусловило снижение транспорта кислорода. Последнее обстоятельство, хотя и частично компенсировалось увеличением экстракции кислорода из венозной крови, сопровождалось развитием метаболического ацидоза. Проведенные исследования показали, что больным данной группы наряду с инфузией плазмозаменителей требуется оксигенотерапия и инотропная поддержка. исследования КТФ у больных ОЯГДК II класса показали, что для коррекции более эффективно применение кристаллоидного раствора стерофундина изотонического и коллоидного раствора Гелофузина в указанных объемах, так как уже к 3-им суткам у этих больных наблюдается фактическая стабилизация гемодинамики, клинически приемлемое восполнение ОЦК, нормализация КОД, процессов метаболизма, микроциркуляции, КОС, по сравнению с применением только кристаллоидного раствора. Анализ параметров коагуляционного гемостаза при поступлении в клинику показал, что в ответ на кровопотерю 15-30% ОЦК происходила активация внутреннего механизма коагуляции.

Отмечалось параллельное уменьшение гемоглобина, гематокрита и эритроцитов в обеих 1a и 1b подгруппах на 39,5% ($p < 0,001$) и на 37,2% ($p < 0,001$), а также тромбоцитов на 24,0% ($p < 0,01$) и на 23,5% ($p < 0,01$), на фоне развития гиперагрегации, которая, соответственно, повысилась на 30,8% ($p < 0,001$) и 28,2% ($p < 0,001$). Вследствие этого, по сравнению с контрольной группой, в 2a и 2b подгруппах выявлялось укорочение ВСК по Ли-Уайту на 48,1% ($p < 0,001$) и на 42,9% ($p < 0,001$), АЧТВ на 31,5% ($p < 0,001$) и на 33,0% ($p < 0,001$), при выраженной тенденции увеличения ПВ на 10,5% и 13,2%. Имелось динамичное снижение концентрации фибриногена в обеих подгруппах на 30,9% и 30,6%, активированного протеина С на 19,3% и на 18,2%, а также значительное уменьшение уровня АТ III на 25,1% и на 38,4% ($p < 0,05$). На фоне выраженного снижения фибринолитической активности крови на 45,4% ($p < 0,001$) в 2a и на 43,7% ($p < 0,001$) в 2b подгруппах отмечается повышение РФМК на 7,6% и на 7,1%, при том, что ретракция сгустка крови

увеличивается на 40,5% ($p < 0,001$) и на 38,4% ($p < 0,001$), соответственно по подгруппам. Свободнорадикальное перекисное окисления липидов и антиоксидантная защита у больных при острых гастродуоденальных кровотечениях II класса при поступлении и в динамике лечения показали, что у больных ОЯГДК 2 группы при поступлении в стационар изучаемые параметры ПОЛ и СОД в обеих подгруппах 2а и 2б фактически были одинаковыми, так как объем кровопотери и другие критерии были одинаковыми, вследствие чего разницы в исследуемых параметрах между подгруппами больных мы не обнаружили. Однако сравнительный анализ показателей МДА и ДК с показателями контрольной группой выявил значительное и достоверное их повышение в 2а и 2б подгруппах на 34,8% ($p < 0,001$) и 33,7% ($p < 0,001$), а также соответственно на 33,3% ($P < 0,001$) и на 37,5% ($P < 0,01$). Выраженное повышение продуктов ПОЛ привело к процессам истощения и угнетения антиоксидантной активности, так как в то же время отмечается снижение СОД на 35,3% ($p < 0,001$) и на 33,6% ($p < 0,001$).

Пятая глава диссертационной работы посвящена изучению изменения функциональных параметров у больных при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях с объемом кровопотери III класса. Автором в III группу включены 56 больных с кровопотерей III класса (1500-2000 мл, 30-40% ОЦК). Объем инфузионной терапии составил 200% от величины кровопотери, т.е. 4000 мл, что соответствует современной концепции возмещения кровопотери - методу контроля за реанимацией «Damage control resustitution», которая базируется на принципах: быстрой диагностике массивной кровопотери и коагулопатии; допустима артериальная гипотензия АДсис. не ниже 90-100 мм рт. ст; профилактика и лечение гипотермии, ацидоза, гипокальциемии; предотвращение гемодилюции за счет ограничения введения плазмозаменителей и профилактики дилуционной коагулопатии; мониторинг параметров гемодинамики-УО, СВ, ОПСС для профилактики перегрузки жидкостью и при необходимости использование вазопрессоров и др. Этот метод позволяет избежать негативных последствий

ранней агрессивной реанимации, при которой неизбежно проводится ИТТ большими объемами растворов в течение малого промежутка времени.

В ходе исследования изучена характер функциональных нарушений гемодинамики большого круга кровообращения. Установлено, что при поступлении в стационар характер гемодинамических расстройств у больных ОЯГДК обеих группах 3а и 3б практически был одинаков. Функциональные резервы системы кровообращения при кровопотере 30-40% ОЦК оказались исчерпаны в 3а и 3б, и это проявлялось при сравнении с показателями контрольной группы: выраженным достоверным снижением АДсис на 44,7% ($p < 0,001$) и 46,3% ($p < 0,001$), АДдиаст на 44,2% ($p < 0,01$) и на 42,9% ($p < 0,001$), что приводило к снижению СДД на 44,2% ($p < 0,001$) и на 44,4% ($p < 0,001$) соответственно. В 3а и 3б подгруппах при поступлении отмечалось достоверное повышение ЧСС на 76,4% ($p < 0,001$) и на 79,3% ($p < 0,001$), на фоне достоверного снижения УО на 36,6% ($p < 0,001$) и на 37,3% ($p < 0,001$), а также соответственно уменьшение УИ на 36,5% ($p < 0,001$) и на 37,2% ($p < 0,001$) по подгруппам. Также при исследовании выявлено, что характер нарушений кислородно-транспортной функции крови, ее газового состава и параметров кислотно-основного состояния у больных с кровопотерей III класса в подгруппах 3а и 3б изменения исследуемых показателей носили однонаправленный характер и одинаковую степень выраженности. Обнаруженные выраженная артериальная гипоксемия со снижением парциального напряжения P_aO_2 , гипокапния с уменьшением P_vO_2 у больных в обеих подгруппах свидетельствовали об истощении функциональных резервов внешнего дыхания и необходимости проведения искусственной вентиляции легких. Несмотря на увеличение экстракции кислорода из венозной крови, его объемное содержание в артериальной крови оказалось низким, что на фоне прогрессивного снижения сердечного выброса обусловило критически низкий уровень транспорта кислорода. Эти процессы сопровождались развитием выраженного метаболического ацидоза. Полученные результаты позволили определить направление интенсивной

терапии – ИВЛ, возмещение кровопотери, инотропная и вазопрессорная поддержка. И свободнорадикальное перекисное окисление липидов и антиоксидантная защита у больных при острых гастродуоденальных кровотечениях III класса при поступлении и в динамике лечения у больных ОЯГДК 3 группы при поступлении в стационар изучаемые параметры перекисного окисления и антиоксидантной защиты в обеих подгруппах 3а и 3б были одинаковыми, вследствие чего статистически достоверной разницы между ними не выявлены.

В заключении обобщаются 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.

Автореферат полностью отражает основные положения диссертационной работы.

Автором выполнен достаточный объём работы, который можно считать завершённым 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.

Обоснованность и достоверность научных положений, выводов и заключений

Достаточное количество клинических наблюдений, использование современных клинических, биохимических методов, выбор адекватного

металлогического 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.

Результаты работы обсуждались на конференциях регионального и республиканского уровня, опубликованы в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан.

Автореферат оформлен в традиционном стиле и освежает основные положения диссертационной работы.

Принципиальных замечаний по диссертационной работе нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, диссертационная работа Саидова Джурахона Сафоловича «Оценка и оптимизация инфузионно-трансфузионной терапии при острой гастродуоденальной кровопотере» 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 гастродуоденальной 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», утвержденного постановлением Правительства Республики Таджикистан от 26 ноября 2016 года №505, предъявляемым к кандидатским диссертациям на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, а сам автор Саидов Джурахон Сафолович заслуживает

присуждения учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.20-анестезиология и реаниматология.

Диссертационная работа и отзыв обсуждены и одобрены на заседании кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», протокол №7 от

« 17 » 01 2020 года.

Председатель учёного совета

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Д.м.н., профессор



Гулзода Махмадшох Курбонали

Эксперт. Заведующий кафедрой хирургических

болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Д.м.н., профессор



Назаров Шохин Кувватович

Подписи «ЗАВЕРЯЮ»

Нач.отд.кадров ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

К.м.н.



Абдуллоев Саидходжа Муртазоевич

Контактная информация: ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

г.Душанбе, проспект Рудаки 139,734003

www/tajmedun.tj

+992 93 588 26 36

Shohin67@mail.ru

СВЕДЕНИЯ О ВЕДУЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» по диссертации Саидова Джурахона Сафоловича на тему «Оценка и оптимизация инфузионно-трансфузионной терапии при острой гастродуоденальной кровопотере», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.20-анестезиология и реаниматология

Полное наименование организации в соответствии с уставом	Государственное образовательное учреждение «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»
Сокращенное наименование организации в соответствии с Уставом	ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Место нахождения организации	Республика Таджикистан. г.Душанбе
Почтовый адрес	проспект Рудаки 139, 734003
Телефон	224 4583
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)	Ректор ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» д.м.н., профессор Гулзода Махмадшоҳ Курбонали
Сведения о лице, составившего отзыв ведущей организации (ФИО, ученая степень, ученое звание, должность)	Эксперт. Заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Д.м.н., профессор Назаров Шохин Кувватович
Список основных публикаций работников ведущей организации по теме диссертации в рецензируемых научных изданиях за последние пять лет	1.Назаров Ш.К. Тактика и определение объёма хирургического лечения при острых гастродуоденальных кровотечениях / Ш.К. Назаров // Наука и инновация.- 2016.-№3(11). -С.27-31 2.Сайдалиев Ш.Ш. Современное состояние этиопатогенеза и лечения острых дуоденальных кровотечений язвенного генеза / Ш.Ш. Сайдалиев, Ш.К. Назаров// Вестник Академии медицинских наук.-2017.- №4. (24).-С.107-113. 3.Сайдалиев Ш.Ш. Современные подходы в лечении перфоративных гастродуоденальных язв / Ш.Ш. Сайдалиев, Ш.К. Назаров // Здравоохранение Таджикистана.-2018.- №1.-С.81-

87.

4.Назаров Ш.К. Усули эндоскопии гемостазии хунравии шадиди гастродуоденалӣ дар беморони солхурда ва пиронсол / Ш.К. Назаров // Авҷи Зухал.-2018.-№3.-С.17-24.

5.Назаров Ш.К. Миниинвазивные технологии в лечении кровотечений из гастродуоденальных язв/ Ш.К. Назаров // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. -2019.-№1.-С.56-57

6.Назаров Ш.К. Кровотоҷащие язвы желудка и двенадцатипёрстной кишки/ Ш.К. Назаров, Ш.Ш. Сайдалиев / Душанбе: ООО «Сармал-Компания». – 2019. – 87 с. Решение Научно-методического Совета ТГМУ им. Абуали ибни Сино, протокол №9 от 21.01.2019 г.

Председатель диссертационного совета
д.м.н., доцент



Икромов Т.Ш.

Учений секретарь диссертационного совета
к.м.н., доцент



Сайдуллоев Л.

