

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА 6D.KOA-056 ГОУ  
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕ ДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН» ПО  
ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА  
МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Аттестационное дело №\_\_

**Решение диссертационного совета от 02.04.2021г №1 о присуждении  
Ашуралиеву Нурали Кимсанзаде, гражданину Республики Таджикистан,  
ученой степени кандидата медицинских наук.**

Диссертация «Оптимизация диагностики инфузионно-трансфузионной терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях и их рецидивах», по специальности 14.01.20 – Анестезиология и реаниматология принята к защите 24.12.2020 года (протокол №4) диссертационным советом 6D.KOA-056 на базе ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения республики Таджикистан», созданном в соответствии с приказом №155\ШД ВАК при Президенте Республики Таджикистан от 01.07.2019г.

Соискатель Ашуралиев Нурали Кимсанзаде представил все необходимые документы в соответствии с требованиями Положения Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан о порядке присуждения ученых степеней, которые находятся в личном деле соискателя. Ашуралиев Нурали Кимсанзаде родился 2 октября 1977 года в г.Душанбе. В 1995 году поступил в ТГМУ им. Абуали ибни Сино, который окончил 2001 году по специальности «Лечебное дело».

По окончании университета поступил в интернатуру по специальности «Хирургия» в Институт последипломного образования медицинских кадров.

Активную научную деятельность начал с 2002 года, выступил с докладами на различных конференциях и семинарах внутри республики и за пределами страны.

С 2002 по 2014 год работал в Республиканском научном центре крови в разных должностях: врачом реанимационно-трансфузиологической бригады, зав. отделением заготовки крови и её компонентов, заместителем директора.

С 2014 года продолжает свою деятельность в Национальном научном центре трансплантации органов и тканей человека в отделении реанимации.

За период работы по специальности опубликовал 5 научных работ в рецензируемых изданиях, рекомендуемых ВАК РТ и РФ. Содержание работ полностью соответствуют полученным результатам исследований.

**Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор  
Баховадинов Бурхониддин Баховадинович**

**Научный консультант: доктор медицинских наук, доцент  
Мухиддин Нуриддин Давлатали**

**Официальные оппоненты:**

**Набиев Зохир Нарзуллоевич** – доктор медицинских наук, профессор, начальник управления организации медицинских услуг матерям, детям и планирования семьи МЗ и СЗН РТ.

**Рахимов Нурмахмад Гульмахмадович** – кандидат медицинских наук, заместитель директора по науке ГУ РНКЦ ПидХ МЗ и СЗН РТ.

**Ведущее учреждение:** ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет» имени Абуали ибни Сино. В отзыве ведущей организации вопросов и практических замечаний нет.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

**выявлено**, на основании ретроспективных анализов диагностика и нарушение инфузионно-трансфузионной терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях.

**доказано**, что 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 и антиоксидантной функциями, при применении в программе инфузионно-трансфузионной терапии с МОР и растворов антигипоксической и антиоксидантной функции, заметно улучшились показатели системной гемодинамики, КТФ, КОС, ПОЛ и антиоксидантной системы;

**установлено**, что в основе изменения гемодинамики большого и малого кругов кровообращения лежат взаимозависимые и взаимноотягающие 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; большая клиническая эффективность европейской/российской моделей восполнения кровопотери, особенно у пациентов с брюшным тифом;

**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;

**определено**, что своевременная диагностика выявленных патофизиологических расстройств, адекватная патогенетически обоснованная коррекция сокращает продолжительность лечения, частоту осложнений и летальность больных с тяжелой и массивной кровопотерей на различных этапах терапии;

**подтверждено**, что при тяжелых и массивных кровотечениях интенсификация гемодинамики, кислородного режима, кислотно-основного состояния частично компенсируют нарастающую постгеморрагическую гипоксию, метаболический ацидоз, активацию процессов ПОЛ на фоне угнетения системы антиоксидантной защиты, определяют тяжесть состояния пациентов, возможность развития рецидива кровотечения, а также неблагоприятный исход терапии;

**доказано**, что функциональные отклонения гемодинамики большого и малого кругов кровообращения у больных с острой массивной кровопотерей

сопровожаются повышением давления в малом круге кровообращения, снижением легочного кровотока, функциональной несостоятельностью правых и левых отделов сердца, выраженность которых зависит от степени тяжести кровопотери, нарушения звеньев гемостаза и в отдельных случаях является патогенетическим фоном развития рецидивирования кровотечения;

**определено**, что использование комплекса лечебно-диагностических мероприятий, основными составляющими которого являются диагностика повреждений системы гемостаза в период острой кровопотери и их целенаправленная патогенетически обоснованная коррекция, позволяет значительно уменьшить частоту развития ДВС-синдрома, гемодилуционной коагулопатии, гемодинамических осложнений, рецидива кровотечения и пред-, интра-, послеоперационную летальность у пациентов;

**обосновано**, что при использовании разных моделей восполнения острой кровопотери показала эффективность оптимизированная программа инфузионно-трансфузионной терапии кровопотери, основу которой составило сочетанное применение кристаллоидных гемокорректоров с большими дозами свежезамороженной плазмы (СЗП), с добавлением по показаниям гемокорректоров для малообъемной реанимации с антигипоксическими свойствами, а также антифибринолитиков, гемостатической смеси для местного применения проводимой под «Damage control resuscitation»;

**использованы** современные методики сбора и обработки исходной информации с помощью прикладной программы «Statplus». Достоверность подтверждалась с учетом 95% и 99% доверительного интервала при использовании критериев Стьюдента (t).

#### **Оценка достоверности результатов исследований выявила:**

**Идея** базируется на анализе практики, обобщения результатов исследований ведущих отечественных и зарубежных авторов.

**Использованы** определение объема кровопотери у больных с ЯЖКК расчетными методами по гематокриту, гемоглобину и глобулярному объёму. С целью изучения параметров системы гемостаза исследованы и анализированы: агрегация тромбоцитов по методу агрескрина; время свертывания крови по Ли-Уайту (ВСК); активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ); протромбиновый комплекс одноступенчатым методом по Квику (ПК); концентрация фибриногена гравиметрическим методом Рутберга с модификацией расчета по Котовщиковой и Федеровой (КФГ); активность антитромбина III по MorbetetWenterstei (АТ-III); протеин С; ретракция кровяного сгустка по Кузнику и Котовщикову (РКС); фибринолитическая активность цельной крови по объему третьей фракции и гематокриту по Кузнику и Котовщикову

(ФАК); содержание фибрин-мономерных комплексов по Черкашину (РФМК).

Для определения параметров центральной гемодинамики (ЦГ) проводились доплерометрические исследования сердца. Основные измерения проводили в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ по стандартным методикам, на аппарате «Аллока-650-SSD» с доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр Гц, конвективный датчик 3,5 МГц).

Кислотно-основное состояние и газы крови определяли в артериальной и смешанной венозной крови микрометодом Аструпа на аппарате pH/BloodGas/Electrolytes 1650.

Переокисление липидов (ПОЛ), его промежуточные продукты - диеновый конъюгат (ДК) и малоновый диальдегид (МДА) - определялись по методике Д.М. Стальной, Т.Г. Гаришвили [1977], содержание антиоксидантов в сыворотке крови методом Е.К. Дубинина [1988].

Цифровой материал диссертации обработан на ПК с помощью программы электронных таблиц Excel 2010 (Microsoft) и пакетов прикладных программ Statistica 10,0 (StatSoft, США). Для всех величин определены средние арифметические значения (M), ошибки средних ( $\pm m$ ). Используются парные сравнения абсолютных величин по U-критерию Манна-Уитни для независимых выборок, T-критерию Вилкоксона для сравнения зависимых выборок. Сравнения качественных величин проводились с помощью критерия  $\chi^2$ , в том числе с использованием поправки Йетса и точного критерия Фишера при малом числе наблюдений. Различия статистически считались значимыми и достоверными при  $p < 0,05$ .

**Личный вклад автора:** самостоятельно провел отбор больных, курировал всех больных по теме диссертации; провел анализ и статическую обработку полученных результатов; отразил результаты исследования в публикациях, самостоятельно писал диссертационную работу.

Соискатель имеет 5 печатных работ, все по теме диссертации в рецензируемых журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РФ и Минобрнауки РФ.

#### **Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:**

1. Ашуралиев Н.К. Состояние системы гемостаза при инфузионно-трансфузионной терапии кровотечений / Н.К. Ашуралиев // Здравоохранения Таджикистана. - 2007- №1.- С.- 65-68.
2. Ашуралиев Н.К. Зависимость изменения системы гемостаза от объема кровопотери у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / Н.К.Ашуралиев // Здравоохранение Таджикистана- 2008. - №2.-С. 77-78.
3. Ашуралиев Н.К. Значение диагностики и коррекции нарушений в системе гемостаза у больных с желудочно-кишечными кровотечениями

