

Отзыв

официального оппонента д.м.н, профессора Набиева З.Н, на диссертацию Ашуралиева Нурали Кимсанзаде на тему «Оптимизация диагностики и инфузионно-трансфузионной терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях и их рецидивах» по специальности 14.01.20 – анестезиология и реаниматология.

Актуальность исследования

Острая массивная кровопотеря, сопровождающая многие патологии, является актуальной проблемой медицинской практики. Острыми массивными кровопотерями принято считать кровопотерю 150 мл/мин в течение 10 и более минут, 1-1,5 ОЦК за 24 часа, потерю 50% ОЦК за 3 часа, одномоментную кровопотерю 30% ОЦК или 60-70% в условиях операционной. Летальность от массивных кишечных кровотечений брюшно-тифозной этиологии при оперативном лечении может достигать 40 - 80%.

Летальность от кровотечений, осложнённых ДВС-синдромом зависит от своевременной диагностики и коррекции нарушений в системе гемостаза. Если качественная корригирующая ИТТ осуществляется в первые несколько часов от начала кровотечения, летальность составляет не более 3-5%, если больше может достигать 20%. Приоритетной мерой при терапии пациентов с ЯГДК является профилактика рецидивного кровотечения, которое ухудшает результаты лечения. Рецидив кровотечения у части пациентов после эндоскопического гемостаза может сопровождаться повышением послеоперационной летальности до 23-50%. В результате острой кровопотери, особенно массивной, у пациентов возникает нарушение доставки кислорода тканям, в результате чего развивается гипоксия смешанного типа, происходит активация вегетативной нервной и эндокринной систем с генерализованным спазмом периферических сосудов, с нарушением микроциркуляции. Гипоксия тканей с нарушением метаболических процессов приводит к сдвигам кислотно-основного состояния с развитием метаболического

ацидоза, водно-электролитных расстройств. Дальнейшее присоединение нарушений в разных звеньях системы гемостаза закономерно приводит к дисфункции органов и систем, в том числе и систем гемодинамики. Кровопотеря сопровождается поражением органного кровотока, в связи с чем, в первую очередь, нарушается функция почек и печени, затем других органов. Недостаточность ЦНС возникает в последнюю очередь. Сокращение тканевого кровотока ведёт к нарушению обмена, который из-за недостатка кислорода становится анаэробным. Возникает метаболический ацидоз, который угнетает миокард, при этом меняется уровень электролитов, увеличивается проницаемость мембран, транссудация жидкости из сосудистого русла, вследствие чего ОЦК сокращается ещё больше. При острой кровопотере могут возникать нарушения в системе гемостаза с формированием ДВС-синдрома, что изначально может проявляться признаками гиперкоагуляции. Несвоевременная коррекция этих нарушений, в том числе связанных с дефицитом физиологических антикоагулянтов, применением свежзамороженной плазмы (СЗП) и медикаментозных средств на фоне продолжающегося кровотечения, как правило, приводит к расходованию плазменных прокоагулянтов, возникновению их дефицита, повышению фибринолиза, развитию гипокоагуляционной фазы ДВС-синдрома, которая может привести к массивной кровопотере и критическому состоянию. В связи с выше изложенным, актуальной задачей должно стать изучение этиологии и патогенеза развития коагуляционных и гемодинамических нарушений у больных с острой массивной кровопотерей, соответственно и выбора патогенетического подхода к осуществлению своевременной интенсивной корригирующей терапии; определение характера коагуляционных и гемодинамических расстройств у больных с острой массивной кровопотерей; разработка комплекса мер, и, в первую очередь, патогенетических программ инфузионно-трансфузионной коррекции нарушений в системе гемостаза и гемодинамики. Важным моментом является осуществление динамического контроля системы гемостаза и своевременная коррекция выявленных нарушений.

Цель и задачи исследования конкретны, логически дополняют друг друга, сформулированы верно.

Научная новизна исследования несомненна. Автором на основании проведённого анализа динамики систем коагуляции, фибринолиза, кислородного режима, кислотно-щелочного состояния и процессов перекисного окисления липидов обоснована важная роль постгеморрагической гипоксии в исходах лечения массивных кровопотерь. Применение в работе широкого спектра гомеостатических исследований позволило установить, что в основе изменения гемодинамики большого и малого круга кровообращения лежат сдвиги коагуляционного, антикоагуляционного, фибринолитического звеньев системы гемостаза, приводящие к снижению перфузии органов, возникновению гипоксических и гипероксических повреждений сосудистой стенки. Для улучшения обменных процессов в жизненно важных органах при массивной и тяжёлой кровопотере проведен клинический анализ эффективности инфузионного солевого раствора гемодинамического действия – гипертонического раствора хлорида натрия. Обоснована необходимость внедрения в клиническую практику для коррекции постгеморрагической гипоксии кровопотери 1,5% раствора реамберина при тяжёлой кровопотере. Получены данные об изменениях в системе коагуляции и фибринолиза при тяжёлых и массивных кровотечениях. Установлено, что у пациентов с тяжёлой и массивной кровопотерей в первые сутки выявлены лабораторные признаки ДВС различной степени выраженности. В последующем (до 3-5 суток) отмечаются многокомпонентные коагуляционные расстройства, связанные с коагулопатией потребления, инфузионно-трансфузионной терапией и особенностями послеоперационного периода. При этом гипокоагуляция и гиперфибринолиз, которые развиваются в постгеморрагическом периоде у больных с массивной кровопотерей, являются дополнительными прогностическими факторами риска развития тяжёлого кровотечения. На основании анализа динамики показателей, характеризующих состояние коагуляционного, антикоагуляционного и фибринолитического звеньев системы гемостаза, систем гемодинамики большого и малого кругов

кровообращения показано, что у больных с острыми массивными кровотечениями на фоне хирургического их лечения и осуществления инфузионно-трансфузионной терапии, развиваются выраженные нарушения в системе гемостаза, а также гемодинамических показателей большого и малого кругов кровообращения. Эти нарушения, в первую очередь, зависят от общего объема и скорости кровопотери. Доказана возможность осуществления профилактических мер по предотвращению развития ДВС-синдрома своевременным осуществлением динамического контроля за системой гемостаза, системной гемодинамикой со своевременной патогенетической коррекцией выявленных нарушений в системе гемостаза, а также сердечно-сосудистых осложнений у больных с острыми массивными кровотечениями. Проведенный анализ данных, полученных в результате внедрения в клиническую практику новой тактики и программ инфузионно-трансфузионной терапии желудочно-кишечных кровотечений, в частности, брюшно-тифозной этиологии, в сочетании с совершенствованием хирургической тактики и методики лечения, способствовали иному решению актуальной в медико-социальном аспекте важной проблемы и достичь снижения летальности.. Все это позволяет утверждать, что работа Ашуралиева Н.К., обладает несомненной научной новизной.

Достоверность полученных данных

Автором проведен комплексный анализ коагуляционного, антикоагуляционного и фибринолитического звеньев системы гемостаза у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями. Достаточный клинический материал и его доказательная статистическая обработка позволяют считать полученные диссертантом результаты исследования достоверными, а выводы диссертации — обоснованными и логично вытекающими из результатов работы.

Значимость для науки и практики

На основе изученных и выявленных особенностей изменения показателей коагуляционного, антикоагуляционного и фибринолитического звеньев системы гемостаза в динамике, изменений показателей системной гемодинамики, патогенетических механизмов их нарушений определена тактика составления

программ трансфузионного обеспечения больных с тяжёлыми желудочно-кишечными кровотечениями. Определена направленность этих программ на коррекцию нарушений в системе гемостаза, особенно у пациентов с кровотечениями брюшно-тифозной этиологии, а также коррекцию последствий тяжёлой кровопотери. Доказано, что динамический лабораторный контроль за состоянием системы гемостаза, а также системной гемодинамики, позволяет определить характер выявленных расстройств, даёт возможность осуществить своевременную коррекцию выявленных нарушений, не допуская перехода ранних фаз ДВС-синдрома в более тяжёлые гипокоагуляционные фазы, а также предпринимать меры профилактики перед оперативными вмешательствами, направленные на достижение окончательного гемостаза. Своевременная диагностика выявленных патофизиологических расстройств и адекватная патогенетическая обоснованная инфузионно-трансфузионная и медикаментозная коррекция выявленных нарушений способствуют уменьшению объёма кровопотери, частоты послеоперационных осложнений, сокращают время пребывания пациентов на больничной койке, и в конечном итоге, улучшают исходы лечения, уменьшают летальность больных с тяжёлыми ЯГДК.

Оценка содержания диссертации и ее оформления

Диссертация написана по классической схеме, Диссертация изложена на 169 страницах, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Текст иллюстрирован 33 таблицами и 3 рисунками. Указатель литературы включает 211 наименований, из них 58 на русском и 153 на иностранных языках. Качество иллюстративного материала хорошее.

Следует отметить большую библиографическую работу с использованием современной литературы (211 источника, из которых отечественных - 58, иностранных - 153), сделанную автором. Диссертация изложена хорошим литературным языком. В введении обоснована актуальность, цель и задачи работы, научная новизна и практическая значимость исследования.

Обзор литературы состоит из трех разделов. В первом разделе дана характеристика изменений в системе гемостаза при массивных кровотечениях. Второй раздел посвящен проблемам и перспективам объёмозамещению при массивной кровопотере. В третьем разделе подробно изложены современные взгляды зарубежных и отечественных авторов на механизм развития гемодинамических нарушений при массивной кровопотере. Помимо этого, в них подробно рассмотрены применяемые в клинической практике методы диагностики, лечения и профилактики указанных осложнений. Глубина библиографического поиска превышает 15 лет. Достаточный объем данных литературы и критический его анализ позволили автору четко сформулировать задачи, подлежащие исследованию. Обзор хорошо воспринимается, написан логично, ясно.

Во второй главе подробно описан клинический материал, включающий в себя 220 пациентов. Помимо демографических показателей пациентов, составляющих обе группы, подробно представлена методика диагностических исследований, выполняемых при неосложненном течении и при возникновении кровотечений, детально описаны методы диагностики и их лечения.

В третьей главе и четвертой главе подробно изучены степень функциональных отклонений гемодинамики большого и малого круга кровообращения, инфузионная терапия и состояние гемостаза у больных с массивными и тяжёлыми кровотечениями.

В пятой главе представлены методы и результаты лечения больных с массивной и тяжёлой кровопотерей

Все главы собственных исследований хорошо иллюстрированы.

В заключении автор изложил основные положения проведенной научной работы, наметил перспективы дальнейших исследований.

Выводы и практические рекомендации диссертации основаны на результатах собственных исследований, выполненных на достаточном клиническом материале, и статистической обработке полученных данных.

Аннотация диссертации полностью отражает все этапы проведенного исследования и его результаты. По теме диссертации опубликовано 5 печатных работ, в том числе 5 из них в журналах, рекомендованных ВАК при Президенте РТ и Минобрнауки ВАК РФ для публикаций. Принципиальных замечаний по диссертационной работе нет.

Заключение.

Диссертация Ашуралиева Нурали Кимсанзаде на тему «Оптимизация диагностики и инфузионно-трансфузионной терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях и их рецидивах» является законченной научно-квалификационной работой, содержащей решение одной из важнейших задач трансфузиологии-профилактики и лечения желудочно-кишечных кровотечений. Тема диссертации актуальна, поскольку массивные желудочно-кишечные кровотечения сопровождается высокой частотой летальности. Объем клинического материала является достаточным. Автором выполнен проспективный анализ у 220 пациентов, с массивными желудочно-кишечными кровотечениями. Новизна полученных результатов, а также практическая значимость работы соответствуют требованиям разделе 10, пункта 163 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», ВАК при Президенте Республики Таджикистан от 26 ноября 2016 г. Постановления Правительства Республики Таджикистан, предъявляемым к кандидатским диссертациям. Без повторной апробации работа может быть представлена в специализированный диссертационный совет по специальности 14.01.20 – анестезиология и реаниматология.

Официальный оппонент:

**Начальник Управления
организации медицинских услуг
матерям, детям и планирования
семьи МЗ и СЗН РТ
д.м.н., профессор**

З.Н. Набиев



19.02.2023г.

*Закрываю паспорт
Н. Мирзалиев*

СВЕДЕНИЯ

официального оппонента на кандидатскую диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Ашуралиева Нурали Кимсанзаде на тему «Оптимизация диагностики и инфузионно-трансфузионной терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях и их рецидивах» по специальности 14.01.20 - анестезиология и реаниматология

№	Фамилия, имя, отчества, год рождения	Место работы, структурное подразделение, должность	Ученое звание, степень, шифр, специальности, ученое звание	Основные работы по оппонируемой диссертации
1	2	3	4	5
1.	Набиев Зохиர் Нарзуллоевич 1962 г.р.	Министерство здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан. Начальник управления организации услуг медицинским материнства и детства и планирование семьи	Доктор медицинских наук, профессор. 14.00.20 анестезиология и реаниматология.	1. Набиев З.Н. Некоторые аспекты перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты новорожденных с острой пневмонией / П.Э. Рахмонова, З.Н. Набиев // Вестник Таджикского национального университета. 2016. № 1/3(200). С. 162-164 2. Набиев З.Н. Тактика лечения перфоративного перитонита язвенно-некротической этиологии у новорожденных и детей грудного возраста / Д.А. Файзуллоев, А.А. Азизов З.Н. Набиев, И.Б. Шерназаров // Вестник Таджикского национального университета Серия естественных наук 2015. №1-2. С. 255-258. 3. Набиев З.Н. Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных и детей грудного возраста и осложнение абдоминальных пограничных заболеваний Д.А. Файзуллоев, А.А. Азизов, З.Н. Набиев, И.Б. Шерназаров // Вестник Таджикского национального университета Серия естественных наук. 2015. №1-3. С. 230-232. 4. Набиев З.Н. Состоянии периксидации и антиоксидантной системы у детей с перинатальной патологией центральной нервной системы новорожденных с острой пневмонией / М.Дж. Муродов, А.Р. Мавлонов, М.С. Косимова, З.Н. Набиев // Здравоохранение Таджикистана. 2018. № 4. С. 35-38

Председатель диссертационного совета, д.м.н., доцент

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

This block contains two handwritten signatures in blue ink. The first signature is written over a circular official stamp of the Dissertation Council. The second signature is written over another circular official stamp. The stamps contain text in Russian, including "Диссертационный совет" (Dissertation Council) and "ФГБОУ ВО 'Самарский государственный университет'" (Federal Scientific Center of Education and Youth, Samara State University).

Т.Ш. Икромов

Д. С. Сайдуллин

