

**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Ректор Самаркандского**

**Государственного медицинского  
института, д.м.н., профессор**

**Ж. А. Ризаев**

«27» 09 2021 г.

### **ОТЗЫВ**

**Ведущей организации Самаркандского государственного медицинского института о научно-практической значимости диссертации Азиззода Зубайдулло Абдулло на тему «Миниинвазивные технологии в комплексной диагностике и хирургическом лечении эхинококкоза печени и его осложнений» на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17-хирургия**

**Актуальность исследования.** Эхинококкоз печени остаётся одним из наиболее часто встречаемых паразитарных заболеваний печени, требующее хирургического лечения. Частота встречаемости болезни в эндемических регионах несмотря на проведение профилактических мер остаётся довольно высоким. Бессимптомное течение болезни на начальных этапах его развития способствует тому, что нередко болезнь диагностируется в стадиях развития осложнений или увеличения его размеров. Различные осложнения в виде нагноения эхинококковых кист встречаются до 15%, прорывы кист в брюшную и плевральную полость до - 13%, портальная гипертензия до 6%, механическая желтуха до 35%.

Важное значение в диагностике эхинококкоза печени имеет ультразвуковое исследование, информативность которого достигает до 98%. В затруднительных случаях диагностики применяются компьютерная или магнитно-резонансная томография в сочетании с серологическими методами диагностики, что позволяет уточнить диагноз в 98-100% случаев.

Все предлагаемые методы операций, выполняемых при эхинококкозе печени, имеют как достоинства, так и недостатки. В связи с чем необходимо определить четкие показания к выбору каждого метода оперативного вмешательства.

На сегодняшний день в хирургическом лечении эхинококкоза печени стали широко применяться малоинвазивные методы. Однако

имеются противники таких вмешательств, обосновывающие это возможным обсеменением паразита. Следует отметить, что лапароскопическая эхинококкэктомия представляет опасность в отношении диссеминации эхинококка. По мнению ряда исследователей, операцию следует проводить только после получения объективных данных о полной гибели паразита. В последние годы в литературе появляются большое количество сообщений об успешном применении чрескожных вмешательств в лечении эхинококкоза печени.

Обязательным считается проведение противопаразитарной химиотерапии альбендазолом в послеоперационном периоде с целью профилактики рецидивов заболевания.

Большую проблему в хирургии эхинококкоза составляют рецидивы заболевания после различных методов хирургического лечения. Рецидивы заболевания после операций наблюдаются от 12% до 54% случаев, что приводит к необходимости повторных вмешательств.

Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени не могут удовлетворить хирургов в связи с высоким процентом послеоперационных осложнений.

Среди хирургов отсутствует единого мнения относительно выбора метода хирургического вмешательства, выбора препарата для обработки остаточной полости и схемы противорецидивной химиотерапии.

В связи с этим выбранная диссертантом тема научного исследования, посвященная диагностике и улучшению результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени и ее осложнений, обуславливает значительную актуальность данной проблемы.

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

Диссертация Азиззода Зубайдулло Абдулло на тему «Миниинвазивные технологии в комплексной диагностике и хирургическом лечении эхинококкоза печени и его осложнений» на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17-хирургия выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

**Научная новизна, полученных результатов, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации, заключается в том, что автором установлена частота распространенности ЭП среди населения Республики Таджикистан (РТ). Доказано, что с увеличением площади поражения паренхимы печени паразитарным процессом наблюдается уменьшение массы функциональных гепатоцитов и фагоцитарных клеток с развитием гепатодепрессии и образованием**

высокотоксичных продуктов перекисного окисления липидов на фоне эндотоксемии.

Установлено, что вследствие гепатодепрессии происходит снижение количества и качества желчи и развивается билиарная недостаточность, у больных с ЭП наблюдается бактериальная транслокация из просвета тонкой кишки в желчные протоки, что является одним из основных патогенетических причин инфицирования и нагноения эхинококковых кист.

Установлено, что по мере увеличения площади поражения паренхимы печени эхинококкозом в ней развивается выраженное нарушение кровообращения с морфологическими изменениями.

Автором на основании достаточного материала установлено, что высокоинформативным методом диагностики инфицирования и нагноения эхинококковых кист печени является повышение уровня прокальцитонина в сыворотке крови (**Патент РТ на изобретение №ТJ 1069**).

Доказана эффективность миниинвазивных двухэтапных методов лечения при нагноившихся эхинококковых кистах печени. Установлено, что при паразитарной механической желтухе эхоконтролируемые чрескожные вмешательства являются методом выбора для снижения частоты послеоперационной печеночной недостаточности (**рац.удост. №3669/R720 от 15.09.2019 г., ТГМУ им.Абуали ибни Сино**).

Разработан алгоритм диагностики и выбора метода миниинвазивного вмешательства при эхинококкозе печени и его осложнений.

Автором усовершенствована схема химиотерапии альбендазолом. С целью более успешного противорецидивного лечения автор рекомендует начинать химиотерапию альбендазолом в предоперационном периоде и с целью снижения токсических эффектов альбендазола на печень к терапии добавлять препараты гептрал и реамберин.

Впервые на основе интраоперационной эндовидеоскопии остаточной полости предложены варианты ликвидации цистобилиарных свищей (**Патент РТ на изобретение №ТJ 981**).

**Значимость для науки и практической деятельности полученных автором результатов** заключается в том, что автором разработаны объективные критерии выбора методов операции в зависимости от стадии развития эхинококковой кисты и наличия осложнений.

С целью профилактики послеоперационных осложнений в предоперационном периоде успешно применена консервативная антиоксидантная и антигипоксическая терапия ремаксолом.

Применение двухэтапных операций у больных с осложненным эхинококкозом улучшили результаты лечения.

## **Структура и содержание работы**

Диссертация изложена в традиционном стиле на 230 странице и состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы и 6 глав собственных исследований, заключения и списка литературы. Работа иллюстрирована 53 таблицами и 56 рисунками. Библиографический указатель содержит 208 работ на русском языке и 92 работы на иностранных языках.

**Во введении** автором обоснована актуальность проблемы, сформулированы цель и задачи исследования, а также положения диссертационной работы, вынесенные на защиту. В этом разделе также содержатся сведения о научной новизне и практической значимости проведенного исследования и другая справочная информация о диссертации.

**Первая глава** диссертации посвящена анализу литературных данных по избранной теме. Обоснована актуальность поставленных задач в области диагностики и хирургического лечения больных с эхинококкозом печени и его осложнений. В этой главе автором подробно излагаются современные представления о патогенезе и клинических проявлениях, принципах классификации, диагностики и методах хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений с указанием преимуществ и недостатков каждого из них, с различных позиций специалистов, занимающихся данной патологией. На основании критического анализа современных литературных источников, автор акцентирует внимание на нерешенных вопросах ранней диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений с применением современных миниинвазивных технологий. Автор при анализе литературных данных показывает достаточно широкий спектр хирургических вмешательств при эхинококкозе печени и его осложнений. Автор отмечает высокий процент до - и послеоперационных осложнений, а также рецидивов заболевания несмотря на усовершенствование методов операции, внедрение миниинвазивных технологий и проведение противорецидивной терапии.

Автором выявлено, что в литературе имеется мало сообщений относительно изучения функции печени при росте эхинококковой кисты и развития дооперационных осложнений. Он подчеркивает, что эффективность хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений может быть повышена внедрением более совершенных, современных, менее травматичных методов с определением их значимости в выборе тактики хирургического лечения. Данные исследованы глубоко и представлены достаточно полно, что позволяет считать заключения автора по актуальности выполненной им работы вполне обоснованными. Обзор литературы читается с большим интересом и легко.

**Во второй главе** работы автором приводится клиническая характеристика собственных наблюдений и методов исследования. Клинический материал охватывает результаты комплексного обследования и хирургического лечения 340 пациентов с эхинококкозом печени и его осложнениями, которым были проведены открытые традиционные и миниинвазивные вмешательства с применением видеолапароскопических технологий. Все больные с эхинококкозом печени и его осложнениями по характеру и объему выполненных обследований и лечения были разделены на две клинические группы. В первую (основную) группу вошли 170 (50%) больных, которым выполнены современные методы комплексной диагностики и лечения с применением миниинвазивных технологий. Во вторую (контрольную) группу были включены 170 (50%) пациентов, которые перенесли традиционные лапаротомные открытые методы хирургического лечения.

В данной главе приведены данные встречаемости болезни по полу, возрасту и локализации кист, стадиям развития, клиническим проявлениям, характеру осложнений, размеров кист и длительности заболевания и характеру сопутствующих заболеваний.

Для диагностики заболевания применены современные методы исследования, в том числе УЗИ, КТ, МРТ и серологические методы – ИФА. Автором исследованы морфологические изменения в ткани печени, изменения процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, показатели эндотоксемии, состояния кровообращения и желчевыделения в печени, микробная экосистема пищеварительного тракта, желчи и их роль в патогенезе развития осложнений эхинококкоза печени.

В работе использованы современные статистические методы оценки результатов. Использованные методы исследования высокоинформативны, современны и адекватны поставленным задачам. Достоверность полученных данных не вызывает сомнений.

**Третья глава** диссертации посвящена анализу результатов клинико-лабораторных, лучевых и инструментальных методов исследования при эхинококкозе печени. В этой главе в лабораторных показателях автор отмечает наличие лейкоцитоза, эозинофилии, гипербилирубинемии и увеличение количества аминотрансфераз у больных с эхинококкозом печени и его осложнений. Выявлено, что у больных с нагноившейся эхинококковыми кистами печени отмечается увеличение количества прокальцитонина и С-реактивного белка в сыворотке крови.

Автором при анализе лучевых методов исследования установлено, что информативность УЗИ при диагностике эхинококкоза печени и его осложнениях составляла 85,8%. При затруднительных случаях диагностики применение КТ, МРТ и серологических методов помогают диагностировать болезнь до 100%. Данные методики помогают получить

наиболее информативную картину патологического процесса и провести дифференциальную диагностику с другими патологиями печени. Компьютерная и магнитно-резонансная томография и УЗИ позволяют определить точную локализацию, стадию развития кисты, её отношение к структурам печени, что способствует выбору наиболее оптимального доступа и метода хирургического вмешательства. В этой главе также приводится разработанный автором алгоритм диагностики эхинококкоза печени, позволяющий выбрать патогенетически обоснованные способы хирургического лечения данного заболевания.

В данной главе изучены показатели эндогенной интоксикации. Установлено, что данные показатели повышались в зависимости от тяжести заболевания. Так, при тяжелой степени желтухи показатели билирубина повышались до 200 мкмоль/л, диеновых конъюгат - до  $1,86 \pm 0,074$ , малоновый диальдегид - до  $8,15 \pm 0,4$  мкмоль/л, молекул средних масс - до 0,5 от ед.

**Четвертая глава** посвящена патофизиологическим и биохимическим изменениям в печени при эхинококкозе печени и его осложнениях. Автором изучены показатели перекисного окисления липидов и активность компонентов антиоксидантной защиты в периферической венозной крови и установлены их изменения. У больных с осложненными формами эхинококкоза печени механической желтухой и нагноением выявлено увеличение концентрации гидроперекиси липидов. У больных наблюдается увеличение содержания продуктов перекисного окисления липидов в крови. В связи с этим, автором рекомендуется исследовать показатели активности продуктов перекисного окисления липидов и компонентов антиоксидантной защиты и провести коррекцию этих нарушений в предоперационном периоде.

Автором также изучено изменение состояния кровообращения в печени у больных. Установлено, что по мере увеличения площади поражения паренхимы печени кистой ухудшается состояние кровообращения, что неблагоприятно влияет на исход оперативного лечения.

В данной главе также приведены результаты изучения желчевыделительной функции печени. Выявлено, что у пациентов с эхинококкозом печени развивается билиарная недостаточность, отмечается уменьшение количества выделяемой желчи в тонкий кишечник и уменьшение количества холестерина в кишечнике, что отрицательно влияет на энтероцитарные мембраны.

Анализ бактериальной флоры кишечника у пациентов с нагноившейся эхинококковыми кистами печени показал, что у больных с эхинококковыми кистами печени больших размеров отмечаются выраженные изменения со стороны кишечной микрофлоры. Отмечается рост стрептококков и стафилококков в желудке и в просвете тонкого

кишечника. Наблюдается контаминация бактерий в проксимальные участки желудочно-кишечного тракта с последующей их транслокацией в желчные пути, которая при деструкции стенки кисты приводит к её инфицированию и нагноению, что отрицательно влияет на результаты хирургического лечения.

В этой главе также приведены результаты изучения показателей эндогенной интоксикации. Установлено корреляционная связь между нарушением кровообращения в печени, желчевыделения, бактериальной транслокации из желудочно-кишечного тракта в желчные пути и повышения показателей эндогенной интоксикации.

**Пятая глава** диссертации посвящена хирургическому лечению эхинококкоза печени и его осложнений. В данной главе приводятся данные о методах операции, применяемые у больных основной и контрольной группы. Больным контрольной группы выполнены традиционные открытые вмешательства. В клинике усовершенствована классификация степени тяжести состояния больных по ASA с оценкой местных и общих факторов операционно-анестезиологического риска, что позволило выбрать более патогенетически обоснованного метода операции.

Автором при проведении открытых традиционных вмешательств предложен способ выявления желчных свищей. Согласно этому способу, после эхинококкэктомии производится пунктирование холедоха, затем через установленный катетер вводится около 20-30 мл раствора красителя в проток, идущий к полости паразитарной кисты. Далее наблюдают за поступлением красителя в остаточную полость кисты и его выход через желчный свищ. Необходимым условием является предварительное пережатие холедоха пальцами в дистальном направлении от места пунктирования. Далее проводится ликвидация свища путем его ушивания.

Радикальные и условно-радикальные оперативные вмешательства применены у 47 (27,6%) больных контрольной группы. При этом тотальная и субтотальная перицистэктомия была выполнена 37 (21,7%) больным. Резекцию печени выполнена 10 (5,8%) больным. Для достижения адекватного гемо- и желчестазы раневая поверхность печени дополнительно аппликирована пластинами тахокомба

У больных основной группы применены миниинвазивные методы вмешательства. Разработанные объективные критерии позволили в каждом конкретном случае выбрать дифференцированную хирургическую тактику, основанную на выборе патогенетически обоснованной методики миниинвазивного лечения ЭП и его осложнений.

У больных основной группы при наличии осложнений в виде механической паразитарной желтухи или нагноения кисты с наличием клинических и лабораторных данных эндогенной интоксикации в предоперационном периоде применен препарат Ремаксол, оказывающее

антиоксидантное и антигипоксическое действие. Комплексная консервативная предоперационная терапия Ремаксолом в значительной степени способствовал снижению показателей эндогенной интоксикации, в том числе уровня перекисного окисления липидов, диеновых конъюгатов, малонового диальдегида, печеночных трансфераз, улучшило показатели антиоксидантной защиты, что создавало благоприятные условия для выполнения операции.

В основной группе в 37 (21,8%) наблюдениях выполнялась открытая эхинококкэктомия из различных минидоступов, в 22 (12,9%) случаях произвели на первом этапе чрескожно – чреспеченочные вмешательства с санацией и обработкой полости кисты сколецидными препаратами, дренированием остаточной полости и выполнением на втором этапе лапароскопической эхинококкэктомии (n=15) и традиционной эхинококкэктомии (n=7).

Одноэтапные чрескожно-чреспеченочные пунктирно-дренирующие вмешательства выполнены у 11 (6,4%) больных. Лапароскопическую эхинококкэктомию производили в 28 (16,4%) случаях. В 18 (10,5%) случаях осуществлена лапароскопическая идеальная эхинококкэктомия и в 39 (23%) - лапароскопическая тотальная и субтотальная перицистэктомия.

В 9 (5,2%) наблюдениях при МПЖ на первом этапе производили эндоскопические транспапиллярные вмешательства (n=7) или видеолапароскопическую холедохотомию с удалением элементов эхинококковой кисты из просвета общего желчного протока (n=3), на втором этапе традиционную открытую эхинококкэктомию.

Традиционная открытая эхинококкэктомия с последующей видеоэндоскопией остаточной полости произведена 5 (2,9%). При этом выявленные цистобилиарные свищи коагулировались.

Традиционная открытая эхинококкэктомия труднодоступных сегментов печени (V, VIII) сопровождалась значительными сложностями в плане выявления и ликвидации цистобилиарных свищей и остаточных полостей из-за глубины залегания образующейся остаточной полости. Для диагностики цистобилиарных свищей, профилактики послеоперационного желчеистечения и нагноения остаточной полости во время операции автором в 3 наблюдениях после антипаразитарной обработки производили видеоэндоскопию остаточной полости с коагуляцией цистобилиарного свища. Преимуществами видеоэндоскопии остаточной полости эхинококковой кисты, по сравнению с традиционной ревизией, являлись возможность визуализации изображения в увеличенных размерах, полное расправление стенок фиброзной капсулы с помощью инсуффляции в кистозную полость газа, наименьшая инвазивность, а также ликвидация цистобилиарных свищей коагулированием, а при ненадежности коагуляции дополнительно закрывали пластиной «Тахокомб» или для



герметичности накладывали биопластический коллагеновый материал “Коллост” в виде жгутика, затем дополнительно ушивали его в фиброзную капсулу (Патент РТ на изобретение №ТJ 981).

С целью предупреждения и снижения процента послеоперационных осложнений важное практическое значение имеет ранняя диагностика, нагноившийся эхинококковых кист печени. С этой целью автором проведено исследование С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови. Установлено, что у больных с нагноившейся эхинококковой кистой печени содержание СРБ в сыворотке крови составило  $192,7 \pm 15,2$ , а ПКТ  $3,5 \pm 0,02$  нг/мл, тогда как у пациентов с неосложненной формой ЭП они оказались ниже и составили  $6,2 \pm 0,8$  мг/л и  $0,7 \pm 0,02$  нг/мл соответственно. Интерпретация данных лабораторного исследования, УЗИ и интраоперационной находки была сопоставимой (Патент на изобретение №ТJ 1069, от 03.01.2020г.).

Автором разработана методика миниинвазивного лечения механической паразитарной желтухи, обусловленной первичным поражением или сдавлением гепатикохоледоха (рац.удост. №3669/R720 от 15.09.2019 г., ТГМУ им. Абуали ибни Сино). По разработанной методике больным выполняется ЧЧХС с дренированием расширенных внутрипеченочных желчных протоков. Первым этапом осуществляли наружную декомпрессию билиарного тракта при помощи ЧЧХС под УЗ-контролем методом «свободной руки». После нормализации гипербилирубинемии и функциональных показателей печени на фоне относительного благополучия больного в плановом порядке выполняли оперативные вмешательства.

Таким образом у больных основной группы применена дифференцированная хирургическая тактика с применением миниинвазивных технологий.

**В шестой** главе диссертационной работы приведены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных. При анализе результатов выполнения традиционных оперативных вмешательств у 170 больных контрольной группы установлено, что послеоперационные осложнения различного генеза были отмечены у 88 (51,8%) больных. При этом для коррекции возникших осложнений в 8 (4,7%) случаях потребовалась релапаротомия, которая сопровождалась 4 (2,3%) летальными исходами. Причинами летальных исходов были: послеоперационный перитонит с полиорганной недостаточностью у 2 больных и острая печеночно-почечная недостаточность у 2 пациентов.

Высокий процент послеоперационных осложнений и летальности автор связывает с большим объемом кровопотери при открытых вмешательствах, выполненных на фоне осложнений, развитие гнойно-воспалительных процессов у больных контрольной группы.

У пациентов основной группы послеоперационные осложнения были отмечены в 30 (17,6%) случаях. Повторных оперативных вмешательств для коррекции развившихся осложнений не потребовалось. Лишь в 1 (0,6%) случае отмечали летальный исход. Причиной летального исхода явился острый инфаркт миокарда.

С целью профилактики рецидива заболевания больным основной группы в пред- и послеоперационном периоде автором проведена химиотерапия альбендазолом. С целью профилактики осложнений, связанных с применением альбендазола пациентам основной группы применён препарат «Гептрал» и «Реамберин».

Отдаленные результаты лечения эхинококкоза печени и его осложнений были изучены у 215 больных. В основной группе изучено у 110 и в контрольной у - 105 пациентов в сроки от 1 года до 5 лет. Рецидивы болезни были диагностированы у 38 (17,6%) больных, в том числе у 12 (10,9%) основной и 26 (24,8%) пациентов контрольной группы.

Из 38 больных с РЭП оперированы 22 (57,8%). В 40,9% случаях применены чрескожно-пункционные вмешательства, а в остальных 59,1% случаях - радикальные и условно-радикальные. В послеоперационном периоде больным назначена противорецидивная терапия альбендазолом по стандартной схеме.

Результаты лечения больных основной и контрольной группы показали, что применение миниинвазивных вмешательств позволило снизить число послеоперационных осложнений на 34,2%, летальность - с 2,3% до 0,5%. Усовершенствованная схема противорецидивной химиотерапии позволило снизить процент рецидивов заболевания - на 13,9%.

**В обсуждении результатов** приведены итоги проведенного исследования, кратко освещены результаты лечения всех рассмотренных групп больных, изложены основные научные положения и практические результаты работы, полученные результаты обсуждены с использованием литературных данных.

Выводы и практические рекомендации научно обоснованы и вытекают из поставленных перед диссертантом целей и задач исследования. Достоверность их не вызывает сомнений. Библиографический список содержит достаточное количество литературных источников за последние 10 лет, посвящённых обсуждаемой проблеме.

**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 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 и инструментальных методов исследований, выбор адекватного методологического 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 и международного масштаба. Материалы диссертации опубликованы в 43 научных работах, в том числе 19 статей в рецензируемых журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан, получено 1 удостоверение на рационализаторское предложение и 2 патента на изобретения, изданы 2 монографии и 6 методических разработок.

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 Азиззода Зубайдулло Абдулло «Миниинвазивные технологии в комплексной диагностике и хирургическом лечении эхинококкоза печени и его осложнений» представленная к защите на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - Хирургия, является завершённой научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных исследований существенно решена важная научная проблема по вопросу улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений. 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 докторским диссертациям на соискание учёной степени доктора медицинских наук, автор Азиззода Зубайдулло Абдулло заслуживает присуждения учёной степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17-Хирургия.

Диссертационная работа и отзыв обсужден и одобрен на заседании кафедры хирургических болезней №1 Самаркандского государственного медицинского института, протокол № 2 от «23» 09 2021 года.

**Председатель Учёного Совета**

**Самаркандского государственного  
медицинского института**

д.м.н., профессор:

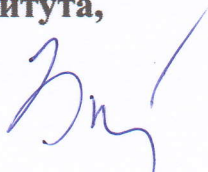


**Ризаев Жасур Алимджанович**

**Эксперт:**

**Заведующий кафедрой хирургических  
болезней №1 Самаркандского государственного  
медицинского института,**

д.м.н., профессор:



**Курбаниязов Зафар Бабаджанович**

Секретарь заседания,

д.м.н., доцент:



**Насретдинова Махзуна Тахсимовна**

Подписи профессоров Ризаева Ж.А. и Курбаниязова З.Б.

**«УТВЕРЖДАЮ»**

начальник управления кадровыми ресурсами:



**Аскарлов Р.**

Республика Узбекистан.

г. Самарканд

индекс 140100

ул. Амира Тимура 18

Сайт организации: [www.sammi.uz](http://www.sammi.uz)

Эл.почта: [sammi.uz@sammi.uz](mailto:sammi.uz@sammi.uz)

«Самаркандский государственный медицинский институт»