

## О Т З Ы В

официального оппонента, заведующего кафедрой хирургических болезней № 1 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет Минздрава России», доктора медицинских наук, профессора Красильникова Дмитрия Михайловича о научной и практической значимости диссертационной работы Гареева Рустама Назировича на тему «Хирургическая тактика при травматических повреждениях органов брюшинного пространства (клинико-экспериментальное исследование)», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - Хирургия.

**Актуальность избранной темы диссертационного исследования для медицинской науки и практики.**

Диссертационная работа Р.Н. Гареева посвящена одной из сложных и актуальных проблем современной хирургии, заключающейся в разработке мер ранней диагностики, своевременного хирургического лечения пострадавших при травматических повреждениях органов брюшинного пространства. Актуальность исследования подтверждается ещё и тем, что за последние годы наблюдаются значительное увеличение количества пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, рост производственного и бытового травматизма мирного времени, в структуре которых повреждения органов брюшинного пространства встречаются в 10% случаев. При этом у пострадавших с травматическими повреждениями органов брюшинного пространства частота повреждений толстой кишки достигает 13%, органов мочевой системы - 11%, двенадцатиперстной кишки (ДПК) - 10%, поджелудочной железы - 5%. Все эти травматические повреждения, особенно в случаях применения гражданского огнестрельного оружия (ГОО), сопровождаются развитием обширных брюшинных кровоизлияний, приводящих к высокой летальности, превышающей у части пострадавших 72,8%.

Изменчивость клинической картины в разные сроки после травмы, различный характер повреждений, состояние травматического шока, острой



кровопотери затрудняют диагностику. Обманчивая видимость легкости выявления травм полых органов, почек, поджелудочной железы приводит к диагностическим ошибкам и запоздалой операции. Так ошибки в диагностике на этапе поступления пострадавших в стационар составляют от 33 до 50%, в результате чего в 16% наблюдений показания к проведению экстренной операции у пострадавших с закрытыми травмами органов брюшинного пространства выставляются несвоевременно.

В этой связи немаловажным является создание и внедрение в клиническую практику новых подходов в диагностике травматических повреждений органов брюшинного пространства, установление их диагностической ценности, разработка алгоритмов ведения пострадавших с травматическими брюшинными кровоизлияниями, изучение особенностей травм органов брюшинного пространства, причин негативных результатов лечения данных повреждений, разработка и внедрения новых способов их предупреждения, определение тактики хирурга при наличии в брюшинной клетчатке резинового снаряда после применения ГОО.

Исходя из вышеизложенного, разработка диагностического алгоритма и совершенствование хирургической тактики при травмах толстой и ДПК, органов мочевой системы, поджелудочной железы является актуальной задачей в ургентной хирургии. Именно решению этой проблемы посвящено диссертационное исследование Р.Н. Гареева.

#### **Объем и структура диссертации.**

Диссертационная работа Р.Н. Гареева является фундаментальным научным исследованием, изложена на 251 странице машинописного текста, иллюстрирована 28 таблицами, 69 рисунками, состоит из введения, обзора литературы, главы «Материал и методы исследования», 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 225 литературных источника, в том числе 63 работы иностранных авторов, приложения.

#### **Введение.**



Во введении диссертант убедительно обосновывает актуальность избранной темы диссертации, обстоятельно формулирует цель исследования, для достижения которой, намечены конкретные задачи, полностью соответствующие в дальнейшем выводам. Автором аргументировано, подробно изложены научная новизна и практическая ценность работы, положения, выносимые на защиту.

**Глава I.** Обзор литературы написан подробно, содержит 3 основных раздела. В первом разделе рассматриваются вопросы травматических повреждений органов брюшинного пространства: ДПК, поджелудочной железы, почек, мочевого пузыря, толстой кишки и брюшинные кровоизлияния. Во втором разделе осуществлен анализ литературных данных по тактике этапного лечения пострадавших Damage Control Surgery (DCS), в третьем по диагностике и методам коррекции внутрибрюшной гипертензии (ВБГ). Каждый из разделов главы соответствует задачам и выводам диссертации.

Глава заканчивается кратким заключением, где автор отразил проблемные стороны диагностики и лечения этого сложного контингента пострадавших и обосновал необходимость научно-практического поиска с целью совершенствования лечебно-диагностических алгоритмов.

**Глава II.** Глава «Материал и методы исследования» содержит 3 подглавы, что позволило автору подробно изложить: а) анализ методов математико-статистической обработки полученных данных; б) материал и методы исследований, проведенных в условиях эксперимента; в) материал и методы клинических исследований, где приведены данные по общей характеристике клинического материала и представлены методы исследований в клинике.

В подглаве 2.2. автором подробно описаны проведенные 3 серии экспериментов, где проведено изучение: функциональной активности кишечника при брюшинных кровоизлияниях; исследование патофизиологических и патоморфологических изменений при ВБГ,



ассоциированной с острой кровопотерей; исследование реакции тканей забрюшинного пространства на резиновый снаряд от ГОО.

В подглаве 2.3. автором подробно приведены данные по клиническим наблюдениям и методам исследования пострадавших с травмами органов забрюшинного пространства. Клинический материал достаточен для решения поставленных задач и получения достоверных научных выводов. Диссертантом использован арсенал современных методов обследования, полученные результаты лабораторных и клинических исследований подвергнуты статистической обработке.

**Глава III.** В данной главе автором представлены результаты экспериментальных исследований по изучению функциональной активности кишечника при забрюшинных кровоизлияниях, патофизиологических и патоморфологических изменениях при ВБГ, ассоциированной с острой кровопотерей, реакции тканей забрюшинного пространства на резиновый снаряд от ГОО.

В первой серии экспериментов, проведенной на 40 кроликах породы Шиншилла, было установлено, что наличие крови в забрюшинном пространстве приводит к развитию синдрома кишечной недостаточности, а тяжесть его проявлений и последствий возрастает по мере увеличения срока от момента введения крови. Появление и нарастание тяжелых форм пареза кишечника зависит от объема кровоизлияния. Однако при самой кровопотере, без забрюшинного кровоизлияния, проявления пареза кишечника аналогичны, как при забрюшинном кровоизлиянии малого объема, что объясняет влияние факта кровопотери на функциональную активность кишечника.

Во второй серии экспериментов, проведенных на 36 поросятах «мясной» породы убедительно показано, что на фоне острой кровопотери с ростом внутрибрюшного давления (ВБД) повышается уровень лактата крови, что свидетельствует о возникновении тканевой ишемии с преобладанием анаэробного гликолиза, возникают деструктивные изменения тканей органов брюшной полости и забрюшинного пространства. С увеличением объема



излившейся крови, при одних и тех же показателях ВБД, уровень лактата также увеличивается, что говорит о прямо пропорциональной зависимости тяжести ишемии органов брюшной полости и забрюшинного пространства с тяжестью кровопотери.

В третьей серии экспериментов, проведенных на 9 морских свинках, установлено, что на резиновый снаряд, находящийся в забрюшинном пространстве отсутствует ответная реакция, а к исходу 12 месяца эксперимента там формируется тонкий, рыхлый рубец, что говорит об инертности материала снаряда от ГОО.

Полученные результаты исследований, проведенные в условиях эксперимента, имеют большое прикладное значение и обоснованно внедрены автором в клиническую практику.

**Глава IV.** Данная глава является самой большой и насыщенной в диссертации, в которой представлены результаты клинического исследования. Глава образована из 8 подглав, из которых вторая подглава содержит 5 разделов, четвертая и пятая подглавы имеют по одному разделу, что в общей сложности составляет 14 разделов в одной главе.

В подглаве диссертации 4.1. проведен тщательный ретроспективный анализ хирургической тактики при закрытых повреждениях органов забрюшинного пространства у 319 пострадавших, определены показания к оперативному лечению, разработан алгоритм введения пострадавших, представлены виды выполненных оперативных вмешательств. Во всех случаях повреждений органов забрюшинного пространства характерным признаком было наличие забрюшинного кровоизлияния. Автором были уточнены показания к их интраоперационной ревизии, с целью определения продолжающегося кровотечения, разработана методика чрезбрюшинной ультразвуковой диагностики, установлены УЗ признаки кровотечения. При расположении забрюшинного кровоизлияния в проекции ДПК и подозрении на её повреждение, проводилась интраоперационная ЭФГДС. У 14 пострадавших при выявлении признаков продолжающегося забрюшинного



кровотечения выполнялась ангиография, в ходе которой при установлении источника кровотечения предпринималась попытка эмболизации кровоточащего сосуда. При невозможности выявления источника кровотечения на ангиографии или выполнения гемостаза производилась лапаротомия или люмботомия при изолированных повреждениях почки, ревизия забрюшинного кровоизлияния, гемостаз с тампонадой области забрюшинного кровоизлияния. В 3 наблюдениях ангиография с эмболизацией кровоточащего сосуда успешно выполнена в раннем периоде после лапаротомии.

В 233 (73%) случаях пострадавшим с сочетанными травматическими повреждениями выполнены симультанные операции, такие как трепанация черепа, торакотомия, фиксация переломов таза и конечностей, ампутация конечности, торакотомия, дренирование плевральной полости.

В подглаве 4.2. приводятся результаты анализа диагностической ценности инструментальных исследований при закрытых травматических повреждениях органов забрюшинного пространства.

Раздел 4.2.1. В данном разделе второй подглавы представлены методы до- и интраоперационной диагностики повреждений почки у 61 пострадавшего, характер выполненных оперативных вмешательств у 52 пострадавших. Основными методами дооперационной диагностики повреждений почки являются УЗИ и РКТ. Во время операции в диагностике травм почки, околопочечных кровоизлияний решающее значение имеет интраоперационное УЗИ, которое позволяет в большинстве наблюдений уточнять степень повреждения почки и определять адекватную хирургическую тактику.

В разделе 4.2.2. представлены методы до- и интраоперационной диагностики закрытых повреждений внебрюшинных отделов мочевого пузыря у 47 пострадавших, из которых в 42 (89,4%) наблюдениях травма сочеталась с переломом костей таза. Все пострадавшие оперированы. В результате сравнительного анализа была установлена высокая диагностическая ценность



при использовании цистографии, РКТ с контрастированием, интраоперационного УЗИ.

В разделе 4.2.3. представлены методы до- и интраоперационной диагностики закрытых повреждений внебрюшинных отделов ДПК и поджелудочной железы у 44 пострадавших. В 15 (62,5%) случаях травма кишки сочеталась с повреждением панкреас, из них в 1 случае – с повреждением общего желчного и другом – общего печеночного протоков. Лишь в 1 (4,2%) случае повреждение внебрюшинной части ДПК носило изолированный характер. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность РКТ с контрастированием и ЭФГДС в диагностике внебрюшинных разрывов ДПК составили 100%. Диагностическая ценность интраоперационного УЗИ, выполненного чрезбрюшинно, значительно выше диагностической ценности УЗИ, выполненного до операции при диагностике закрытых повреждений внебрюшинных отделов ДПК. В выявлении внебрюшинных закрытых повреждений поджелудочной железы диагностическая ценность интраоперационного УЗИ превышает 80% по всем критериям, но только чувствительность этого метода значительно превосходит чувствительность дооперационного УЗИ.

В разделе 4.2.4. представлены методы до- и интраоперационной диагностики 30 пострадавших, из них 27 (90%) – с травмой ободочной кишки, 3 (10%) – прямой кишки. При РКТ с контрастированием до операции только в 2 (7,4%) наблюдениях было выявлено повреждение толстой кишки. Интраоперационное УЗИ при закрытой травме внебрюшинных отделов толстой кишки обладает низкой диагностической ценностью.

В разделе 4.2.5. представлены результаты интраоперационного обследования 20 пострадавших с подозрением на повреждение магистральных сосудов забрюшинного пространства, при этом установлено, что определение УЗ признаков кровотока при интраоперационном УЗИ, как признака травмы магистрального сосуда обладает высокой чувствительностью.



Подглава 4.3. В ней проведен ретропроспективный анализ результатов лечения 42 пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами органов брюшинного пространства, которые подверглись этапному программированному хирургическому лечению согласно стратегии, DCS с учетом результатов исследований, полученных в условиях эксперимента. Так повышение уровня лактата крови в динамике на фоне ВБГ свидетельствует о нарастании ишемии органов брюшной полости, брюшинного пространства, поэтому при выборе сроков выполнения третьего этапа хирургического лечения, пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами, согласно концепции DCS и при определении показаний к декомпрессионной релапаротомии следует руководствоваться показателями ВБД и уровня лактата крови, как маркеров возникшей ишемии внутренних органов. Из 42 пострадавших после повторной операции умерло 20 (47,6%). Из них в основной группе, хирургическая тактика лечения которых основывалась на результатах эксперимента, скончались всего 6 (31,6%) пострадавших.

Подглава 4.4. В ней представлен анализ хирургической тактики при открытых и закрытых травматических повреждениях органов брюшинного пространства, причин развития в раннем послеоперационном периоде внутреннего кровотечения, предложены меры их профилактики. Особенности травм органов брюшинного пространства является тот факт, что на момент операции, протекающей на фоне артериальной гипотензии, гиповолемии, хирурги встречаются с уже остановившимся кровотечением, которое после нормализации артериального давления и компенсации ОЦК возобновляется. Автором разработан способ интраоперационного контроля качества гемостаза путем создания временной управляемой медикаментозной артериальной гипертензии, что позволяет во время операции выявить признаки кровотечения из органов и тканей брюшинного пространства, своевременно предпринять меры по его остановке и, тем самым снизить частоту данного осложнения с 7,9 до 1,4% ( $p < 0,0005$ ).



В разделе 4.41. изучены особенности хирургической тактики при ранениях забрюшинного пространства из ГОО, на основании чего предложены рекомендации в клиническую практику. Интерес изучения данного вида повреждений состоит в том, что из 23 случаев проникающего ранения живота из ГОО в 15 (65,2%) ранящий резиновый снаряд повреждал анатомические структуры забрюшинного пространства, из них в 10 (66,7%) «терялся» в клетчатке. В данных наблюдениях существовала дилемма о целесообразности поиска резиновой пули, увеличения объема операции, конверсии, при выполнении изначально видеолaparоскопически. В подобных случаях имеется опасение возникновения воспалительной реакции тканей на внедренный снаряд с последующим развитием перитонита или забрюшинной флегмоны. Диссертантом установлено, что в раннем и позднем послеоперационных периодах состояние пострадавших с «потерянными» снарядами не страдает, признаков воспалительного ответа на него нет, что подтверждает полученные результаты исследований в эксперименте и вывод об инертности материала резиновых пуль по отношению к тканям забрюшинного пространства.

Подглава 4.5. В данной подглаве дана четкая оценка периоперационной ситуации при травматических повреждениях внебрюшинных отделов толстой кишки с использованием разработанной автором балльной шкалы оценки риска несостоятельности швов повреждения. У большинства пострадавших данная шкала позволяет избежать этого тяжелого, трудно диагностируемого осложнения, обоснованно и своевременно выставляя показания к формированию кишечной стомы, при этом, не увеличивая количества стомированных пострадавших. Установление повышения ВБД в послеоперационном периоде у данной категории пострадавших может служить диагностическим признаком развития несостоятельности швов.

В разделе 4.5.1. представлена авторская методика диагностики повреждений внебрюшинных отделов толстой кишки. Чувствительность, точность, положительная и отрицательная стороны разработанного способа



диагностики ранений ободочной кишки, основанного на определении скрытой крови в промывных клизменных водах, несколько выше при диагностике ранений левого фланга кишки. Однако общая точность метода составляет 84,4%, что говорит о том, что данный способ может применяться в сомнительных случаях для диагностики ранений внебрюшинных отделов толстой кишки.

Подглава 4.6. Представлены результаты измерения ВБД у 512 пострадавших с травматическими повреждениями органов забрюшинного пространства. При этом оказалось, что ВБГ различных степеней тяжести развилась у 309 (60,4%) пострадавших, из них у 214 (69,3%) пострадавших с закрытой и у 95 (30,7%) открытой травмой. Из 39 неоперированных пострадавших ВБГ I степени развилась у 7 (17,9%) и самостоятельно разрешилась в течение 3–4 суток на фоне консервативного лечения. Из 473 оперированных пострадавших ВБГ выявлялась в 213 (45%) наблюдениях. Из них у 147 (69%) пострадавших – с закрытыми повреждениями и у 66 (31%) – с открытыми. При поступлении 4 степень ВБГ не встречалась. К исходу первых суток после операции доля пострадавших с ВБГ увеличилась. Как при отсутствии, так и при наличии исходной ВБГ любой степени тяжести послеоперационная динамика ВБД у пострадавших с травмой живота без забрюшинного повреждения и на его фоне носит нелинейный характер и включает в себя фазу первоначального повышения ВБД и его последующего снижения. Фаза послеоперационного подъема ВБД длится существенно дольше при ВБГ I и II степени, чем при исходном отсутствии ВБГ – до 12 и 24 часов соответственно против 3 часов. При исходной ВБГ III степени после быстрой (трехчасовой) фазы послеоперационного роста ВБД возникает и фаза его длительной стабилизации на повышенном уровне, которая при отсутствии травмы органов забрюшинного пространства длится до двух, а на фоне травмы – до трех суток. Независимо от наличия или отсутствия исходной ВБГ, фаза снижения ВБД протекает гораздо интенсивнее при отсутствии травмы органов забрюшинного пространства.



Подглава 4.7. У 44 пострадавших с травмами органов забрюшинного пространства, а именно у 27 пострадавших с закрытой травмой почки и у 17 пострадавших с внебрюшинными разрывами мочевого пузыря, полученными ими в результате также закрытой травмы, изучено давление в забрюшинном пространстве во время лапаротомии. Давление в забрюшинном пространстве у пострадавших с повреждениями органов забрюшинного пространства совпадает с показателями ВБД, за исключением случаев образования напряженных забрюшинных кровоизлияний (ЗК), внутри которых определяется забрюшинная гипертензия, ограниченная границами самого кровоизлияния. В свою очередь, регистрация забрюшинной гипертензии путем измерения давления в ЗК может использоваться как объективный критерий напряженности самого ЗК.

Подглава 4.8. С целью изучения влияния ВБГ на кровоток в магистральных сосудах забрюшинного пространства автором проведено определение диаметра и скоростных показателей кровотока в общих бедренных артериях и венах при различных уровнях ВБД. Было установлено, что с прогрессированием ВБГ прогрессирует ухудшение кровотока в магистральных сосудах забрюшинного пространства, причем в основном за счет нарушения венозного оттока крови, и, как следствие, — в органах брюшной полости и забрюшинного пространства. Из этого следует, что при наличии ВБГ у пострадавших с травмами органов забрюшинного пространства должен проводиться весь комплекс мероприятий, направленных на нормализацию показателей ВБД и профилактику венозных тромбоэмболических осложнений. Учитывая тот факт, что в большинстве случаев в клинической практике наибольший интерес представляет динамика ВБД. Измеряя диаметр общей бедренной вены при динамическом УЗИ, можно делать выводы о динамике ВБД больного или пострадавшего. Увеличение диаметра общей бедренной вены будет свидетельствовать об увеличении ВБД, а уменьшение диаметра будет говорить об обратном.



**Глава V.** В данной главе проведен сравнительный анализ клинического материала. Применение разработанных методов диагностики и алгоритмов ведения пострадавших позволили достоверно сократить количество койко-дней, проведенных в стационаре, у пострадавших с травматическими повреждениями органов брюшинного пространства с  $14,5 \pm 0,4$  до  $12 \pm 0,4$  дней ( $p < 0,001$ ), снизить показатели послеоперационных осложнений с 18,8 до 14,2% ( $p < 0,05$ ), общей летальности – с 11 до 6,1% ( $p < 0,01$ ), послеоперационной летальности – с 11,1 до 6,6% ( $p < 0,01$ ). Полученные результаты являются новыми и имеют большое прикладное значение.

**Заключение.** В заключении диссертантом подведены итоги диссертационной работы, полученные в процессе научного исследования по установленным цели и задачам, где автор приходит к соответствующим выводам. Все 14 выводов соответствуют цели исследования, поставленным задачам и обоснованы анализом клинических данных с применением современных методов исследования.

Обобщая заключение по рассматриваемой диссертации и работ, опубликованных в печати по теме исследования можно отметить следующее:

**Научный уровень диссертации.** Полученные результаты исследования представляют собой решение актуальной научно-практической проблемы по своевременной диагностике и хирургическому лечению закрытых повреждений органов брюшинного пространства, разработке мер профилактики послеоперационных осложнений, снижению летальности и имеют важное научно-практическое значение. Защищаемые положения и выводы аргументированы, представлены в логической последовательности и соответствуют цели диссертации.

**Научно-практическая значимость исследования.** На основании исследований, проведенных в условиях эксперимента, впервые изучены патоморфологическая картина тканей органов брюшинного пространства, брюшной полости, а также показатели уровня лактата крови как маркера ишемии при внутрибрюшной гипертензии различных степеней тяжести на



фоне различных степеней острой кровопотери, определена клиническая значимость показателей внутрибрюшного давления и уровня лактата крови у пострадавших с травматическими повреждениями органов забрюшинного пространства. Впервые в эксперименте доказано непосредственное влияние забрюшинных кровоизлияний на функциональную активность кишечника, установлена прямая зависимость между степенью ее снижения и объемом кровоизлияния. Впервые в условиях эксперимента изучена реакция мягких тканей забрюшинного пространства на резиновый снаряд от ГОО в различные сроки от момента попадания в ткани, что в последующем подтверждено в клинике. Впервые в клинике определена диагностическая ценность интраоперационного чрезбрюшинного ультразвукового исследования при травматических повреждениях органов забрюшинного пространства, проведен сравнительный анализ динамики внутрибрюшного давления у пострадавших с травмой живота и без травматических повреждений органов забрюшинного пространства. Впервые изучены показатели давления в забрюшинном пространстве у пострадавших с травматическими повреждениями его органов, разработана и обоснована балльная шкала оценки риска несостоятельности швов при травматических повреждениях внебрюшинных отделов толстой кишки, доказана ее эффективность.

**Степень достоверности полученных результатов и выводов диссертации** обосновывается тем, что все цифровые данные проведенных исследований обработаны с использованием современных компьютерных технологий.

**Соответствие опубликованных работ основной тематике диссертации.** По теме диссертации опубликовано 64 научных работы, из них 22 – в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией для публикаций основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора наук, получено 6 патентов на изобретение и 1 на полезную модель. Все публикации соответствуют



тематике диссертации, поставленным целям и задачам исследования и содержат основные результаты рассматриваемой диссертации.

**Соответствие диссертации предъявляемым правилам к оформлению диссертации и автореферата.** Диссертационная работа Р.Н. Гареева на тему: «Хирургическая тактика при травматических повреждениях органов брюшного пространства (клинико-экспериментальное исследование)», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – Хирургия и автореферат диссертации, соответствуют всем требованиям, предъявляемым к докторским диссертациям.

Из замечаний по диссертации следует отметить:

1. Глава 4 перенасыщена. Для четкости и ясности изложения материала следовало бы создать главы по группам пострадавших: диагностика и лечение пострадавших с травмами почки, внебрюшинных отделов мочевого пузыря, и т.д., что позволило бы детально указать методику выбора оптимальных вариантов операции у пострадавших с травматическими повреждениями органов брюшного пространства в каждом конкретном случае.
2. В клинических работах существуют только две группы исследуемых: основная и сравнения, контрольных групп нет.
3. Список литературы содержит всего 30% источников за последние 6 лет издания.
4. Алгоритм диагностики любого заболевания или травм стандартен: клиничко-объективные данные, лабораторные исследования, лучевые методы диагностики и т.д. В диссертации почему-то упущен анализ клиничко-объективных данных в диагностике травматических повреждений органов брюшного пространства.
5. В работе имеются стилистические и грамматические ошибки.

Однако сделанные замечания не умаляют высоких достоинств диссертационной работы.



При прочтении диссертации возникли следующие вопросы:

1. Согласно данным приведенным в таблице 8, у 22 пострадавших выявлено повреждение ДПК. На основании каких критериев осуществлялся выбор оптимального метода операции?

2. Согласно данным приведенным в таблице 8, у 30 пострадавших выявлено повреждение поджелудочной железы. На основании каких критериев осуществлялся выбор оптимального метода операции?

### **Заключение.**

Диссертационная работа Гареева Рустама Назировича на тему: «Хирургическая тактика при травматических повреждениях органов брюшного пространства (клинико-экспериментальное исследование)», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук является законченным научно-исследовательским трудом, выполненным автором самостоятельно на высоком научном уровне. В работе приведены научные результаты, позволяющие их квалифицировать как новый подход к решению проблемы, имеющей существенное значение для клинической хирургии. Полученные автором результаты достоверны, выводы и заключения обоснованы. Диссертационная работа базируется на достаточном числе исходных данных, примеров и расчетов, написана доходчиво, грамотно и аккуратно оформлена. По каждой главе и работе в целом сделаны четкие выводы.

Автореферат соответствует основному содержанию диссертации.


По актуальности, новизне, практической значимости, обоснованности научных положений и выводов диссертационная работа Гареева Рустама Назировича на тему: «Хирургическая тактика при травматических повреждениях органов брюшного пространства (клинико-экспериментальное исследование)» соответствует требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, согласно п.9 «Положения о порядке присуждения ученых




степеней», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации № 842 от 24 сентября 2013г. с изменениями, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации № 335 от 21 апреля 2016 г., а её автор достоин присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - Хирургия.

**Официальный оппонент:**

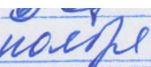
заведующий кафедрой хирургических  
болезней №1 Федерального государственного  
бюджетного образовательного учреждения  
высшего образования «Казанский  
государственный медицинский  
университет» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации,  
доктор медицинских наук  
(14.01.17 - хирургия), профессор

  
Дмитрий Михайлович Красильников

Подпись д.м.н., профессора  Дмитрия Михайловича Красильникова заверяю.

Ученый секретарь ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, профессор  
О.Р. Радченко

420064г. Казань,  
ул. Оренбургский тракт, 138.  
Телефон рабочий: +7(843) 2312135  
E-mail: dmkras131@gmail.com

Подпись <u>проф. Д.М.</u> <u>Красильникова</u> заверяю.
Ученый секретарь Ученого Совета ФГБОУ
Д.М.Н., доцент  О.Р. Радченко
« 17 » <u>ноября</u> 20 <u>17</u> г.

17 ноября 2017г.