ОТЗЫВ

Официального оппонента на диссертационную работу аспиранта кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Додихудоева Р.А. на тему ‹‹Диагностика и комплексное лечение локальных осложнений острого панкреатита›› на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17-Хирургия

Актуальность темы диссертационного исследования. Острый панкреатит - одно из самых распространенных и тяжелых заболеваний в экстренной хирургии с непредсказуемым исходом. Заболеваемость ОП неуклонно возрастает и за последнее время он вышел на второе-третье место среди экстренных хирургических заболеваний брюшной полости. Осложнённые варианты острого деструктивного панкреатита занимает 1 место в структуре летальности при острой хирургической патологии органов брюшной полости. Удельный вес деструктивных форм достигает 10-20% от общего числа больных с ОП. Общая летальность в настоящее время при ОП составляет 2 -8,9%, а при деструктивных формах -20 - 45%, и за последние 30 лет в нашей стране и за рубежом уровень летальности не изменяется. Лечебная тактика при остром панкреатите и его осложнений на протяжении последних десятилетий подвергалась колебаниям от одной крайности к другой, пройдя этапы как полного отказа от любых хирургических вмешательств при стерильном панкреонекрозе до рекомендаций субтотальных или тотальных панкреатэктомий при прогрессирующем деструктивном панкреатите. Одни авторы признают патогенетическую обоснованность применения ингибиторов протеаз, а другие полностью их отрицают. С появлением цитостатиков возлагались большие надежды на подавление панкреатической секреции, однако, при системном их применении выявились иммунодепрессивные свойства, вследствие чего повышался риск развития инфекционных осложнений. В настоящее время широкое распространение при консервативном лечении острого панкреатита получил сандостатин, ингибирующий панкреатическую и желудочную секрецию. Однако его эффективность при легком и тяжелом ОП пока не доказана, хотя он снижал летальность при тяжелой форме. В связи с развитием при осложненном ОДП тяжелой эндогенной интоксикации в течение последних десятилетий стали широко использоваться эфферентные методы терапии: гемосорбция, плазмаферез, гемофильтрация. Однако выяснилось, что и они не останавливают деструктивный процесс в поджелудочной железе, особенно при распространенном панкреонекрозе. В последние годы был разработан

перспективный метод упреждающего консервативного лечения на ранней стадии заболевания, с целью его «обрыва». Вместе с тем всегда будет оставаться группа больных, которым показано хирургическое лечение. Сроки оперативных вмешательств обуславливаются сроками госпитализации, временем начала терапии, объемом, эффективностью и зависят от этиологии, формы и тяжести течения заболевания. В последнее время большинство авторов указывает, что оперативное вмешательство в зоне стерильных некрозов чревато развитием гнойных осложнений, в то время как у большинства больных с ОДП при адекватной и мощной консервативной терапии очаги деструкции рассасываются, не вызывая инфицирования. В то же время результаты хирургического лечения деструктивного панкреатита остаются малоутешительными, а летальность достигает 32 - 66%. Причинами столь высокой летальности служат: поздняя госпитализация, ошибки диагностики и определения степени тяжести заболевания, несвоевременная и не в полном объеме консервативная базисная терапия, и наконец, очень часто позднее хирургическое лечение, часто несоответствующее масштабам некрозов в ПЖ и парапанкреатической клетчатке. В настоящее время остаются дискуссионными некоторые аспекты ранней диагностики и комплексного лечения деструктивного панкреатита. Таким образом, становится очевидной актуальность проблемы разработки комплексной диагностики при ОДП и прогностических критериев, что позволило бы своевременно избрать наиболее оптимальную лечебную тактику, включая проведение адекватных по объему хирургических вмешательств и обеспечить профилактику послеоперационных инфекционных осложнений.

Степень обоснованности научных положений. Практическая значимость диссертации

Диссертационная работа выполнена на современном научно-методическом уровне, в ней использованы и статистически обработаны репрезентативные данные. В исследовании подвергнуты анализу непосредственные результаты лечения пациентов с локальными осложнениями острого деструктивного панкреатита. Диссертация построена по классическому типу, состоит из введения, пять глав, обзор результатов исследования, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, содержащего источников, из которых русскоязычные и иностранные.

Практическая значимость диссертации заключается в внедрении результатов исследования уровня ПОЛ, СРБ, прокальцитонина и интерлейкина-6 могут служить в качестве лабораторного мониторинга за уровнем деструктивных изменений при остром панкреатите и его локальных

осложнений в повседневной практике в неотложной абдоминальной хирургии.

Применение Узи и КТ в комплексе практическим хирургам позволят своевременно определять тактику лечения острого панкреатита и его осложнений.

Сонографическое исследование кровотока в бассейнах ВБА, ПА, СА и ПДА позволяют своевременно выявить нарушения линейных скоростей кровотока при различных формах локальных осложнений острого панкреатита и могут служить эффективным мониторингом за ходом изменений зон локальных осложнений острого деструктивного панкреатита.

Выявленные сонографические изменения в Вирсунговом протоке позволят своевременно провести лечебные и профилактические мероприятия по предотвращению тяжелых последствий локальных осложнений острого панкреатита.

Предложенный метод этапных оперативных вмешательств при остром деструктивном панкреатите, осложненном инфицированным панкреонекрозом, флегмоной забрюшинной клетчатки в практическом здравоохранении, в неотложной абдоминальной хирургии будут способствовать снижению количества послеоперационных осложнений и число летальности.

Достоверность и новизна научных положений диссертации

Научные положения, результаты исследования, выводы и практические рекомендации основаны на анализе большого числа клинических наблюдений, объективных методах диагностики, что определяет достоверность результатов данной научной работы. В диссертационной работе использованы современные методы исследования, обладающие высокой степенью достоверности. Использованные автором корреляционного и многофакторного анализов повышают степень достоверности данных.

Новизна научных положений заключается в том, что выявлены достоверные изменения в уровнях ПОЛ, СРБ, прокальцитонина и интерлейкина-6 при котором было установлено уровень деструктивных изменений при остром панкреатите и его локальных осложнений.

Разработаны и внедрены в клиническую практику ультразвуковая и КТ- семиотика различных форм локальных осложнений острого панкреатита. На основании исследования кровотока в бассейнах ВБА, ПА, СА и ПДА выявлены нарушения линейных скоростей кровотока при различных формах локальных осложнений острого панкреатита. Вывялены сонографические

изменения в Вирсунговом протоке зависящее по мере увеличения зон деструкции и в зависимости от форм локальных осложнений острого панкреатита. Для практического здравоохранения разработаны показания и целесообразность применения пункционных методов лечения при жидкостных скоплениях в полости малого сальника у пациентов с локальными осложнениями острого деструктивного панкреатита. Было определено роль и эффективность этапных оперативных вмешательств при остром деструктивном панкреатите, осложненном инфицированным панкреонекрозом.

Конкретные рекомендации по использованию результатов и выводов диссертационной работы

Выводы и результаты диссертационной работы аспиранта могут быть использованы в клинической практике при хирургическом лечении локальных осложнений острого деструктивного панкреатита в медицинских организациях хирургического профиля на местном и региональном уровнях.

Результаты диссертационной работы внедрены в клиническую практику хирургических отделений ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе.

Общая оценка диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, общей характеристики работы, глав обзора литературы, клинической характеристики исследуемых пациентов и методов исследования, диагностики и хирургического лечения острого деструктивного панкреатита и его осложнений, обзора литературы, включает в себя публикации по теме диссертации. Диссертационная работа изложена на 197 страниц машинописного текста и состоит из введения, общей характеристике работы, собственных глав исследований, обсуждения результатов, заключения и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 43 таблицами и 19 рисунками. Библиографический указатель содержит 286 источников литературы, в том числе 188 работы на русском языке и 98 на иностранных языках.

Во введении убедительно раскрыта значимость и актуальность выбранной темы исследования, чётко определена цель, задачи исследования, научная новизна и практическая значимость работы.

В обзоре литературы автор приводит детальный анализ этиологии, патогенеза развития осложнений острого деструктивного панкреатита и существующих методов лабораторных и инструментальных исследований. Автор подробно описывает историю, развитие в инструментальных методов

исследования и тактики лечения осложнений острого деструктивного панкреатита включая тактико-технические аспекты миниинвазиных технологий. При этом подробно приведены мнения и результаты исследования ведущих специалистов по панкреатологии. Диссертант цитирует результаты исследований известных авторов по изучению методов хирургического лечения осложнений острого деструктивного панкреатита разностороннее излагая научно-практически концепции по изучаемой проблеме, подводя читателя к тем задачам, которые остались ещё нерешёнными, определяя их практическую ценность.

Во второй главе посвящённой «Материал и методам исследования» автор описывает подробную характеристику включенных пациентов в исследование. Описаны все критерии включения и исключения, детальная общая характеристика исследуемых групп пациентов. Раскрыта методика выполненных процедур лабораторных исследований, измерения внутрибрюшного давления, микробилогическая оценка с изучением чувствительности микрофлоры выпота и гноя, методики инструментальных методов исследования, мини инвазивных пункционных методов вмешательства, современной эндо хирургии и открытых оперативных методов лечения. Автор суммируя результаты провел полноценный статистический анализ, которые были применены в исследование, объективность и достоверность которых не вызывают сомнение.

Во третей главе диссертации автор на основании совокупности факторов даёт характеристику проведенной комплексной диагностике и прогнозированию течения каждого вида локальных осложнений острого деструктивного панкреатита по отдельности. В зависимости от вида локальных осложнений острого деструктивного панкреатита, автором подробно описаны состояние клинической картины, клинико-лабораторных показателей анализов крови, биохимических анализов, специфических маркеров провоспалительного процесса, параметров гемостаза, методов инструментальной диагностики, в частности подробно изложены ультразвуковые параметры и констатирован и особое место выделено методу допплерографии регионарных сосудов поджелудочной железы на фоне измерения уровня внутрибрюшного давления, мультиспиральная компьютерная томография. Результаты проведенного исследования показали, что при допплерографии регионарных сосудов уменьшение данных показателей наблюдалось по селезеночной и верхней мезентериальной венам - на 25-30% ($p>0,01$). Результаты исследования показали, что: 1) у больных с острым панкреатитом наблюдается увеличение размеров поджелудочной железы преимущественно, ее головки на 83% ($p>0,01$), а у больных с

деструктивной формой острого панкреатита - на 95% (p>0,01);увеличение размеров тела ПЖ у больных ОП на 63% (p>0,01), а у больных с ОДП – на 73% (p>0,01); увеличение размеров хвоста органа у больных с ОП - на 40% (p>0,01), а у больных с ОДП - на 55% (p>0,01) выше нормальных показателей; 2) увеличение диаметра печеночной артерии на 60% (p>0,01) выше нормальных показателей, верхней мезентериальной артерии - на 43% (p>0,01), панкреатодуоденальной артерии - на 55% (p>0,01), тогда как диаметры СА, СВ и ВБВ соответствовали норме; 3) скорость кровотока по печеночной и панкреатодуоденальной артериям была значительно повышена (на 35-45%, p<0.01) по сравнению с нормой, что свидетельствует об усилении кровоснабжения этих органов. При этом показатели кровотока по верхней мезентериальной и селезеночной артериям, а также по соответствующим венам оставались в пределах нормы; 4) Объемная скорость кровотока также была повышена: по верхней мезентериальной артерии превышала 2000-3000 мл/мин, по печеночной - 1200-1500 мл/мин, а по панкреатодуоденальной - 300-350 68мл/мин. Интересно отметить, что при остром деструктивном панкреатите и его локальных осложнений в среднем объемная скорость кровотока по верхней мезентериальной и селезеночной венам оставалась практически неизменной, в то время как при флегмоне забрюшинной клетчатки она существенно снижалась, достигая значений ниже 360 мл/мин. Также контуры ПЖ во время УЗ-исследования были нечеткими и «размытыми» из-за выраженного воспалительного процесса и выраженной инфильтрации тканей поджелудочной железы.

При мультиспиральной КТ-исследовании было выявлено диффузное увеличение размеров поджелудочной железы. В 95% случаев у данных больных наблюдалась сглаженность контуров поджелудочной железы, уплотнение забрюшинной клетчатки, неоднородность паренхимы органа, увеличение толщины листков брюшины, что свидетельствовало о наличии деструктивных изменений в поджелудочной железе, у всех больных было обнаружено наличие жидкости в полости малого сальника. Наличие жидкости в плевре было диагностировано в 98,8% случаев. У больных со скоплением жидкости в полости малого сальника показатели денситометрической плотности, определяемые по шкале Хаунсфилда, оказались низкими и варьировали в диапазоне от 65 до 70 HU, а у больных с ИП – в пределах 40-50 HU. В 80,9% случаев у больных при жидкостных скоплениях в полости малого сальника наблюдалась картина очаговой неоднородности, а у 94,1% пациентов наблюдалась картина диффузной неоднородности ткани поджелудочной железы. Образование жидкостных скоплений в проекции поджелудочной железы вследствие деструктив-ных

изменений наблюдалось в 98,1% случаев. Резюмируя главу можно подчеркнуть, что проведенное автором комплексное обследование, включающее ультразвуковое исследование и лабораторные анализы, позволило точно определить степень повреждения поджелудочной железы у каждого пациента с острым деструктивным панкреатитом. Эти данные способствовали выбору наиболее эффективное лечение - консервативное или хирургическое. Кроме того, регулярный мониторинг с помощью этих методов являлось дополнительной и эффективной методикой проведения оценки динамики заболевания и своевременным корректировщиком лечения при необходимости.

Четвёртая глава диссертации посвящена комплексным методам лечения острого деструктивного панкреатита. Автор в зависимости от виды локальных осложнений выбрал тактику лечения, во всех случаях лечение было начато с проведения интенсивного курса комплексной терапии.

Так при жидкостных скоплениях при остром деструктивном панкреатите, распределяя жидкостные образования по их объему вычисляли наибольший в перпендикулярном направлении размер. Диапазоны размеров, составляли до 3 см, от 3 до 8 см и свыше 8 см. При этом размеры образовавшихся около поджелудочной железы жидкостных скоплений колебались от наблюдаемой на УЗИ узкой жидкостной полоски до 10х6 см. Размеры жидкостных скоплений у большинства больных с некротической формой острого панкреатита (53%) превышали 8 см, при этом у 6 (6/17, 35,3%) больных, данные скопления располагались в области хвоста панкреаса, а у 11 (11/17, 64,7%) больных они локализовались в сальниковой сумке. ля проведения пункционных процедур использовались изогнутые и обладающие рентгеноконтрастными свойствами полиэтиленовые дренажи 9Ch и 12Ch варианта «pigtail» с наличием фиксатора. В 5 (5/17, 39,4%) случаях у пациентов, несмотря на проводимую консервативную терапию, отмечалось сохранение болей, чем и была обусловлена необходимость проведения у них хирургического вмешательства, в частности, наружного дренирования. Данные манипуляции проводились под мониторингом УЗИ, у 4 (4,7%) больных была выполнена лапароскопическая оментобурсостомия. В 9 (10,5%) случаях после данных манипуляций наблюдался регресс жидкостных образований. Чаще всего такая картина регресса наблюдалась при жидкостных некротических образованиях величиной не более 3 см. В лечении этих больных использовались карбапенемы либо же продолжали назначать цефалоспорины 3 поколения в сочетании с метронидазолом, либо сочетано назначались фторхинолоны 1 и 2 поколения с метронидазолом. В качестве улучшения микроциркуляции в поджелудочной железе

обьязательным атрибутом в инфузионной терапии было применение препарата Тивортин 100 мл и Реосорбилакт 500 мл. сочетая с Н2 блкаторами, сандостатин. При этом наблюдалась отчетливая тенденция к уменьшению воспалительного процесса и отёка поджелудочной железы.

При лечении стерильного панкреонекроза у 21 (24,7%) пациента со стерильной формой острого панкреатита и формированием жидкостных скоплений перед проведением интенсивной терапии у этих больных, которая выполнялась в реанимационном отделении, производилась катетеризация центральной вены. Назначались препараты, действие которых направлено на предупреждение и борьбу с развитием местных и общих осложнений. С целью восстановления ОЦК и реологических свойств крови назначались белковые препараты и высоко- и среднемолекулярные декстраны. Для обеспечения полноценного питания в первые дни после операции пациенты получали специализированные питательные смеси "Нутрилан МСТ" с концентрацией питательных веществ 10%. Смеси вводились внутривенно со скоростью до 100 мл в час, суммарный объем в сутки составлял около 2 литров. Через 5-6 дней концентрацию питательных веществ увеличивали до 20%. После этого пациенты постепенно переводились на питание через желудочно-кишечный тракт, продолжая принимать те же питательные смеси в объеме 2,5-3 литра в сутки. Дополнительно назначался препарат "Панзинорм" для улучшения пищеварения. В ходе проведения терапии у 14 (16,4%) больных, несмотря на указанную тактику лечения, отмечалось нарастание в объёме жидкостного скопления в полости малого сальника более 6 см в диаметре, вследствие чего под контролем УЗИ была произведена пункция с последующим наложением мини оментобурсостомии.

При лечении инфицированного панкреонекроза у 30 (35,2%) больных первоначально назначалось стандартное лечение, в которое были включены анальгетики, спазмолитики, десенсибилизирующие препараты, ингибиторы секреторной функции поджелудочной железы, прекращение перорального приема пищи,введение зонда в верхние участки пищеварительного тракта, эвакуация желудочно-кишечного содержимого. Кроме того, для восполнения гиповолемии, разрешения гемоконцентрации,борьбы с интоксикационным синдромом и коррекции микроциркуля-торных расстройств у этих больных проводилась инфузионная терапия. У всех 30(35,2%) пациентов с инфицированным панкреонекрозом применялась этапные дифференцированные хирургические методы терапии, которые заключались в следующем. Первоначально под УЗ- мониторингом, под местным обезболиванием с использованием 2%-раствора лидокаина проводилось пунктирование и последующее дренирование острых постнекротических

скоплений в области парапанкреатической и ретроперитонеальной клетчатки. При выборе размеров катетера учитывали вязкость и характер полученного пунктата, используя стандартные катетеры «pig tail» 18-20 F, при этом выбирали большой диаметр дренажа создавая дополнительные множественные отверстия на конце петли дренажа для полноценной санации озонированным 0,9% -физиологическим раствором нагретом до 38 С, устанавливая дренаж до полного очищения по возможности на 15-20 дней в среднем. Пункционные вмешательства под УЗ-контролем выполнили на 8-20 сутки от начала заболевания у 4 (4,7%) пациентов, это сроки, в которых, как правило, наблюдается трансформация стерильной формы панкреонекроза в инфицированную. Сочетанное выполнение УЗ–пункции и дренирования холедоха было применено у 3 (3,5%) пациентов. Следующим в случае неэффективности миниинвазивных вмешательств этапом проведения лапаротомии, некрсеквестрэктомии была выполнена на 16,1±2,4 сутки в среднем от начала заболевания при прогрессировании инфицированного панкреонекроза после лапароскопического дренирования полости сальниковой сумки выполнено у 13(15,2%) пациентов.

Панкреатогенный абсцесс в ходе исследования у пациентов основной группы имел место у 6 (7,1%) пациентов. Всем 6 пациентам под УЗ-мониторингом производилось чрескожное дренирование полости абсцесса с дренированием путем введения в неё силиконовой дренажной трубки. В ходе проведенного исследования для полноценного лечения пациентов с гнойно-воспалительным процессом во время пункционного вмешательства брали материал для проведения микробиологического анализа.

С острой деструктивной формой панкреатита, осложнившегося флегмоной забрюшинной клетчатки диагностирован у 5 (5,8%) пациентов. Во время проведения УЗИ у данных пациентов наличие жидкости в абдоминальной полости наблюдалось только в пределах одной анатомической зоны, при этом патологический очаг чаще располагался под правой долей печени либо около нижнего края селезенки. Миниинвазивные вмешательства под УЗ-контролем производились у всех 5(5,8%) больных с флегмоной забрюшинной клетчатки. У 2 (2,3%) больных отмечалось недолгосрочное улучшение состояния после выполнения миниинвазивных вмешательств, у них в виду повторного ухудшения состояния было произведено вскрытие брюшной полости, удаление секвестров, наложение оментобурсостомии и установка дренажной трубки в забрюшинной клетчатке по Лауенштейну-Клермону.

Лечения острого деструктивного панкреатита, осложненного аррозивным кровотечением наблюдавшегося в данном исследовании у 6 (7,1%)

пациентов, характеризовалась своеобразностью, усилением интенсивности болей в животе, выраженной деструкцией панкреатических тканей, увеличении размеров патологического очага, его болезненностью при пальпаторном исследовании, о чем свидетельствовали данные УЗИ, а также наличии признаков внутреннего кровотечения. У 4 (4/6, 66,7%) пациентов с целью верификации диагноза было выполнено контрольное УЗИ, а у 2 (2/6, 33,3%) пациентов была выполнена диагностическая лапароскопия. Лишь у 2 пациентов при тампонаде отмечалась окончательная остановка кровотечения, у них гнойный очаг небольших размеров локализовался в области тела поджелудочной железы.

Глава завершается проведению непосредственных результатов комплексного лечения локальных осложнений острого деструктивного панкреатита. Результаты исследования показали, что при использовании усовершенствованных методов лечения увеличивается частота положительных результатов, о чем свидетельствует снижение частоты развития внутри и внебрюшинных осложнений в основной группе пациентов до 25,8%, в то время как этот показатель в группе контроля составил 43,1% ($p<0,05$). Частота летального исхода в этих группах составила соответственно 5,8% и 12,5%. Глава написано подробно, имеется иллюстративные и фотоснимки, клинические примеры, доказывающие полноты проведённых исследований.

Пятая глава диссертационного исследования посвящена обзору проведенных результатов исследования, который представлено изложением основных научных положений и обоснованность предыдущих глав, изложены основные этапы и результаты проведенного исследования.

Выводы и практические рекомендации соответствуют поставленным задачам.

В опубликованных научных работах полностью отражены основные материалы исследования.

Замечания и вопросы, возникшие в процессе знакомства с работой

Принципиальных замечаний по диссертационной работе нет. В диссертации имеются незначительные погрешности технического характера и стилистические неточности. Указанные замечания не отражаются на общей положительной оценке работы, её научной новизне и практической значимости. Принципиальных замечаний по методологии, организации и проведению научного исследования нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационная работа, аспиранта кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М., ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Додихудоева Рахматулло Аламшоевича, ‹‹Диагностика и комплексное лечение локальных осложнений острого панкреатита››, представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17-Хирургия, поступивший в диссертационный совет 6D.KOA-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17-Хирургия является самостоятельным, законченным квалификационным научно-исследовательским трудом, в котором решена актуальная задача по улучшению результатов диагностики, хирургического локальных осложнений острого панкреатита.

Диссертационная работа, обладает научной новизной, по объёму выполненных исследований и методическому подходу, полностью соответствует требованиям раздела 3, п.31,33,34 «Порядок присуждения учёных степеней» утверждённого постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2021 года, № 267 (с внесением изменений и дополнений от 26 июня 2023 г., №295), предъявляемым к кандидатским диссертациям на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, а его автор Додихудоев Рахматулло Аламшоевич заслуживает присуждения учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17-Хирургия.

Официальный оппонент:
Старший научный сотрудник
ГУ «Научно-исследовательский
институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН РТ
д.м.н. **Кодиров Ф.Д.**
подпись Кодирова Ф.Д.
«ЗАВЕРЯЮ»
Начальник отдела кадров ГУ
«Научно-исследовательский
институт гастроэнтерологии»
МЗ и СЗН РТ **Ниязова А.Н.**

Контактная информация: Республика Таджикистан. г. Душанбе, 734026, ул. Маяковского 2, Государственное учреждение «Институт гастроэнтерологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
Тел: +(992) 935279940; **E-mail:** fsrhod.kadyrov@yandex.com

ИМЗО, ПОДПИСЬ Кадыров Ф.Д.
ТАСДИҚ МЕНАМОЯМ/ЗАБЕРЯЮ
САРДОРИ ШУЪБАИ КАДРХО
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА КАДРОВ
«14» 01 2025