

ВІДГУК

офіційного опонента на дисертаційну роботу
кандидата медичних наук, асистента
Харківського національного медичного університету
Кучерявченко Валерія Вікторовича
«Механізми розвитку та інтенсивна терапія ускладнень травматичної хвороби у
хворих з підвищеним індексом маси тіла»,
що подана до спеціалізованої вченої ради Д 64.600.02
при Харківському національному медичному університеті
на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук
за фахом 14.01.30 – анестезіологія та інтенсивна терапія

Актуальність теми

Інтенсивна терапія ускладнень травматичної хвороби у пацієнтів з підвищеним індексом маси тіла при політравмі має надзвичайне велике не лише медичне, а й соціальне значення, оскільки безпосередньо впливає на віддалені результати лікування та якість життя. Серед загальної кількості хворих, що отримують механічні ушкодження, на долю саме цього контингенту припадає близько 25%.

В питанні оптимізації інтенсивної терапії задля зменшення кількості ускладнень травматичної хвороби у хворих з ожирінням, ключову роль відіграє швидко розпочата повноцінна інтенсивна терапія, яка має бути націлена на всі клініко-патогенетичні ланки змін гомеостазу у відповідь на травматичний агент. Серед найменш вивчених і найбільш значущих, поряд з ліквідацією впливу травматичного пошкодження органів і тканин та своєчасною реперфузією є питання своєчасної профілактики розвитку ускладнень травматичної хвороби на всіх етапах її перебігу, що ґрунтується на своєчасному визначенні найбільш показових діагностичних маркерів в конкретні одиниці часу. Саме введення до стандартного протоколу надання медичної допомоги хворим з підвищеним індексом маси тіла при політравмі розроблених алгоритмів інтенсивної терапії, які з огляду на ефекти потенційних можливостей нових лікувальних засобів могло б створити сприятливе тло для наступної протекції, а значить зменшити в

майбутньому кількість і тяжкість гемодинамічних, імуно-запальних та тромбогеморагічних ускладнень.

Усе вищевикладене свідчить про гостроту вибраної наукової проблеми і, безсумнівно, високу актуальність теми даного дисертаційного дослідження.

Зв'язок теми з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи Харківського національного медичного університету «Вибір методів знеболення та інтенсивної терапії у пацієнтів з синдромом системної запальної відповіді» № державної реєстрації 0116U005232 (2016 - 2018). Дисертант є одним із відповідальних співвиконавців зазначеної теми.

Наукова новизна досліджень та одержаних результатів

Розглядаючи основні питання наукової новизни представленої докторської дисертації слід вказати, що автором:

- Вперше на основі отриманих результатів та переосмислення наукових знань про формування ускладнень травматичної хвороби у хворих з підвищеним індексом маси тіла при політравмі, розроблено і впроваджено нову стратегію лікування, яка ґрунтується на визначенні запропонованих типів розладів показників гомеостазу в залежності від діапазону стартових цифр провідних маркерів гемодинаміки, метаболічного синдрому, ферментативної активності, системної запальної відповіді, імунної системи та гемостазу, і призначенні відповідно до них діагностичних алгоритмів, що вперше дозволило прогнозувати та попереджати виникнення гемодинамічних, імунозапальних та тромбогеморагічних ускладнень шляхом призначення додаткових до стандартного протоколу розроблених алгоритмів інтенсивної терапії;
- вперше визначені найбільш патогенетично значущі маркери гемодинаміки, метаболічного синдрому, ферментативної активності, системної запальної відповіді, імунної системи та гемостазу та діапазони їх значень відповідно від стартових цифр індексу маси тіла при політравмі;

- вперше визначена методологія аналізу перебігу травматичної хвороби у хворих з підвищеним індексом маси тіла при політравмі, насамперед кратність обстежень і типи обов'язкових для аналізу діагностичних тестів для оцінки стану гемодинаміки, обмінних процесів, ферментативної активності, ендокринної, імунної систем і гемостазу протягом року з моменту отримання механічних ушкоджень;
- вперше доведено, що при індексі маси тіла $\leq 29,9$ метаболічний синдром супроводжує надлишкову масу тіла менш ніж у 50% випадків, тип розладів показників гомеостазу визначений як «функціональна нестабільність із сприятливим прогнозом». Для нього є характерними цифри фракції викиду $> 64,8\%$, креатинфосфокінази $< 644,9$ МО, холестерину ліпопротеїнів високої щільності $> 46,1$ мг/дл, лептину $< 34,1$ нг/мл, Т-лімфоцитів $> 58,4\%$, толерантності плазми до гепарину $< 355,6$ с, антитромбіну III $> 101,2\%$, фібринолізу $> 9,1\%$.
- вперше обґрунтовано, що впровадження діагностичного алгоритму при «функціональній нестабільності із сприятливим прогнозом» на фоні застосування стандартного комплексу інтенсивної терапії вірогідно ($p < 0,05$) зменшило кількість гемодинамічних ускладнень в 1,5 рази, імунно-запальних – в 2 рази, тромбоемболічних в 1,5 рази. Відповідно до діагностичного алгоритму патогенетично значущим є визначення цифр фракції викиду протягом першого місяця перебігу травматичної хвороби 1 раз в 2 тижні, з 1 місяця до 1 року 1 раз в 3 місяці; креатинфосфокінази протягом першого місяця 1 раз в 2 тижні, з 30-ї доби до 1 року 1 раз в 3 місяці; лептину протягом першого місяця 1 раз, з 30-ї доби до 1 року 1 раз в 6 місяців; Т-лімфоцитів протягом першого місяця 1 раз в 2 тижні, з 1 місяця до 1 року 1 раз в 6 місяців; толерантності плазми до гепарину протягом першого тижня 1 раз в три дні, надалі через 1 місяць, потім протягом року 1 раз в 6 місяців;
- вперше доведено, що при індекс маси тіла 30,0 – 39,9 метаболічний синдром супроводжує ожиріння I-II ступеня у $> 50\%$ випадків, тип розладів показників гомеостазу визначений як «функціональна недостатність із відносно сприятливим прогнозом». Для нього є характерними цифри фракції викиду 64,8 – 59,9%, КФК 644,9 – 901,5 МО, холестерину ліпопротеїнів високої щільності 46,1 – 38,1 мг/дл,

- лептину 34,1 – 56,9 нг/мл, Т-лімфоцитів+ 58,4 – 42,5%, толерантності плазми до гепарину 355,6 – 417,6 с, антитромбіну III 101,2 – 76,8%, фібринолізу 9,1 – 6,1%;
- вперше обґрунтовано, що впровадження діагностичного алгоритму при «функціональній недостатності із відносно сприятливим прогнозом» на фоні застосування стандартного комплексу інтенсивної терапії вірогідно ($p < 0,05$) зменшило кількість гемодинамічних ускладнень в 2 рази, імуно-запальних – в 2,5 рази, тромбогеморагічних в 2,5 рази. Відповідно до діагностичного алгоритму патогенетично значущим є визначення цифр фракції викиду протягом першого місяця перебігу травматичної хвороби 1 раз в тиждень, з 1 місяця до 1 року 1 раз в 3 місяці; креатинфосфокінази протягом першого місяця 1 раз в тиждень, з 1 місяця до 1 року 1 раз в 3 місяці; лептину протягом перших 14 діб травматичної хвороби 1 раз, з 1 місяця до 1 року 1 раз в 6 місяців; Т-лімфоцитів протягом першого місяця 1 раз в тиждень, з 1 місяця до 1 року 1 раз в 3 місяці; толерантності плазми до гепарину протягом перших 2 тижнів 1 раз в 3 дні, з 14-ї по 30-у добу 1 раз, з 30-ї доби до 1 року 1 раз в 6 місяців.
 - вперше обґрунтовано, що при індексі маси тіла $\geq 40,0$ метаболічний синдром супроводжує морбідне ожиріння у 100% випадків, тип розладів показників гомеостазу визначений як «функціональна неспроможність із несприятливим прогнозом». Для нього є характерними цифри фракції викиду $< 59,9\%$, креатинфосфокінази $> 901,5$ МО, холестерину ліпопротеїнів високої щільності $< 38,1$ мг/дл, лептину $> 56,9$ нг/мл, Т-лімфоцитів $< 42,5\%$, толерантності плазми до гепарину $> 417,6$ с, антитромбіну III $< 76,8\%$, фібринолізу $< 6,1\%$.
 - вперше обґрунтовано, що впровадження діагностичного алгоритму при «функціональній неспроможності із несприятливим прогнозом» на фоні застосування стандартного комплексу інтенсивної терапії вірогідно ($p < 0,05$) зменшило кількість гемодинамічних ускладнень в 2,5 рази, імуно-запальних – в 3,5 рази, тромбогеморагічних в 3,5 рази. Відповідно до діагностичного алгоритму патогенетично значущим є визначення цифр фракції викиду протягом першого місяця перебігу травматичної хвороби 1 раз в тиждень, з 1 місяця до 1 року 1 раз в 3 місяці; креатинфосфокінази протягом першого місяця 1 раз в тиждень, з 1 місяця

- до 1 року 1 раз в 3 місяці; холестерину ліпопротеїнів високої щільності протягом першого місяця 1 раз в 1 тиждень, з 1 місяця до 1 року 1 раз в 3 місяці; лептину протягом перших 14 днів 1 раз, з 1 місяця до 1 року 1 раз в 6 місяців Т-лімфоцитів протягом першого місяця 1 раз в тиждень, з 1 місяця до 1 року 1 раз в 3 місяці; толерантності плазми до гепарину протягом перших 3-х днів щоденно, з 3-ї по 14 –у добу 1 раз в три дні, з 14-ї доби до 1 року 1 раз в три місяці;
- вперше доведена роль складових метаболічного синдрому у розвитку ускладнень травматичної хвороби у хворих з підвищеним індексом маси тіла при політравмі при політравмі, в тому числі їх вплив на можливість компенсації патологічних процесів при механічних ушкодженнях. Так, при призначенні препарату для системної терапії ожиріння метформіну гідрохлориду було визначено вірогідне ($p < 0,05$) зменшення гемодинамічних ускладнень в 3,4 рази, тромбогеморагічних - в 4 рази, імуно-запальних - в 3,5 рази;
 - вперше доведено необхідність введення в комплекс інтенсивної терапії травматичної хвороби у хворих з підвищеним індексом маси тіла енергопротектору (D-фруктозо-1,6-дифосфату натрієвої солі гідрату), препарату із вазотропною дією (L-аргініну аспартату), антикоагулянту-гепариноїду з протизапальною дією (пентозану полісульфату натрієвої солі) як обов'язкових у якості доповнення до стандартного протоколу лікування протягом року з моменту отримання хворими механічних ушкоджень, що вірогідно ($p < 0,05$) знижує загальний відсоток гемодинамічних ускладнень в 1,7 рази, тромбогеморагічних - в 2 рази, імуно-запальних - в 2 рази;
 - отримала подальше наукове обґрунтування концепція значущості тривалості ожиріння, цифр індексу маси тіла і наявності метаболічного синдрому для формування віддалених гемодинамічних, імуно-запальних і тромбогеморагічних ускладнень травматичної хвороби, проте не концепція їх виникнення залежно від тяжкості механічних ушкоджень;
 - вперше в роботі за допомогою комплексних клінічних досліджень отримано результати, що свідчать про провідну роль маркерів ендокринної функції жирової тканини в перебігу ТХ у хворих з ПМТ при політравмі.

Практичне значення представленої роботи

Робота має чітку практичну направленість і повністю відповідає потребам і очікуванням клініки. Отримані дані дають можливість покращити діагностичну та лікувальну тактику хворих з підвищеним індексом маси тіла при політравмі.

В результаті проведеного дослідження була розроблена і впроваджена нова стратегія лікування травматичної хвороби у хворих з підвищеним індексом маси тіла при політравмі, яка ґрунтується на моніторингу показників гемодинаміки, метаболізму, ферментативної активності, ендокринної, імунної систем і гемостазу протягом року з моменту отримання механічних ушкоджень за визначеним алгоритмом відповідно до стартового індексу маси тіла.

Нова стратегія розподілу хворих з моменту надходження на типи розладів показників гомеостазу з передбачуваним прогнозом дозволила надійно і своєчасно виявляти і попереджати функціональні порушення організму хворого з підвищеним індексом маси тіла з політравмою.

В свою чергу, застосування додатково до стандартного протоколу інтенсивної терапії енергопротектору, препарату із вазотропною дією, антикоагулянту-гепариноїду з протизапальною дією і препарату для системної терапії ожиріння дозволило здійснювати корекцію навіть початкових проявів гемодинамічних, імунно-запальних та тромбогеморагічних ускладнень травматичної хвороби у хворих з підвищеним індексом маси тіла.

Зменшення кількості ускладнень, пов'язаних із додатковим застосуванням D-фруктозо-1,6-дифосфату натрієвої солі гідрату, L-аргініну аспартату, пентозану полісульфату натрієвої солі як обов'язкових у якості доповнення до стандартного протоколу лікування протягом року з моменту отримання хворими механічних ушкоджень (кількість гемодинамічних ускладнень знижується в 1,7 рази, тромбогеморагічних - в 2 рази, імунно-запальних - в 2 рази) зменшує строки знаходження пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії в 1,5 рази, при призначенні ще й метформіну гідрохлориду гемодинамічні ускладнення зменшуються в 3,4 рази, тромбогеморагічні - в 4 рази, імунно-запальні - в 3,5 рази з відповідним зниженням строків знаходження пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії в 2 рази.

Розроблені на підставі результатів дисертаційного дослідження диференційно-діагностичні алгоритми і відповідні до них варіанти проведення протоколу інтенсивної терапії у хворих з підвищеним індексом маси тіла при політравмі, що рекомендовано застосовувати протягом року з моменту отримання механічних ушкоджень, впроваджено у практики відділень анестезіології та інтенсивної терапії, хірургії, травматології та сімейних лікарів провідних лікувальних закладів України на різних рівнях медичної допомоги: до клінічної практики КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова», ДУ «Інститут загальної і невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», КЗОЗРТМО «Дергачівська ЦРЛ», КЗОЗ «Нововодолазька ЦРЛ».

Ступінь обґрунтованості та достовірності положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації

Дисертація виконана на достатньому клінічному матеріалі (338 хворих з політравмою з різною стартовою цифрою індексу маси тіла в період 1 доба – 1 рік з моменту отримання ушкоджень). У роботі були застосовані сучасні клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження. Усі наукові положення, висновки, практичні рекомендації цілком обґрунтовані та достовірні, впливають із змісту роботи, мають теоретичне та практичне значення.

Результати дослідження повноцінно представлені на провідних наукових форумах з анестезіології та інтенсивної терапії, як в межах України, так і за кордоном: на науково-практичному семінарі «Сучасна стратегія відновлення хворих після оперативних втручань в онкології» (Харків, 11.03.2017); науково – практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні тенденції інтенсивної терапії в онкорадіології» (Харків, 27.04.2017); Конгресі анестезіологів України (Київ, 15.09.2017); засіданні Асоціації анестезіологів м. Харкова і Харківської області (14.10.2017); фестивалі науки «Медицина III тисячоліття» (Харків, 23.01.2018); IV науково – практичній конференції з міжнародною участю «Галицькі анестезіологічні читання: актуальні питання анестезіології та інтенсивної терапії»

(Тернопіль, 15.02.2018); X британсько-українському симпозиумі з міжнародною участю з анестезіології та інтенсивної терапії (Київ, 20.04.2018); V Міжнародному конгресі анестезіологів «Black Sea Pearl» (Одеса, 23.05.2018); Європейському конгресі анестезіологів «Євроанестезія – 2018» (Копенгаген, Данія, 03.06.2018); Конгресі анестезіологів України (Київ, 14.09.2018); II симпозиумі з міжнародною участю «Нові горизонти анестезіології, інтенсивної терапії критичних станів та лікування болю» (Дніпро, 25.10.2018), Науково – практичній конференції «Дніпровські анестезіологічні зустрічі» (Дніпро, 21.03.2019).

За темою дисертації опубліковано 22 наукові праці у фахових наукових виданнях, рекомендованих ДАК МОН України (5 – без співавторів). Зміст автореферату є ідентичним основним положенням дисертації.

Докторська дисертація Кучерявченко Валерія Вікторовича написана українською мовою, має традиційну структуру, оформлена згідно діючим вимогам, викладена на 364 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 87 таблицями (12 сторінок) та 75 рисунками (2 сторінки). Вона складається із титульного аркуша, анотації (державною та англійською мовами) вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 7 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, 2 додатків (5 сторінок). Бібліографія включає 270 джерел - 36 кирилицею, 234 латиницею, що складає 30 сторінок. Отже обсяг головного тексту роботи становить 315 сторінок, що відповідає 13,2 друкованих аркуша, а отже й цілком відповідає вимогам до дисертації на здобуття наукового ступеня доктора наук згідно Наказу №40 від 12.01.2017 р. «Про затвердження вимог до оформлення дисертацій» Міністерства освіти і науки України з посиланням на пункт 10 Постанови Кабінету міністрів України «Про затвердження Порядку присудження наукових ступенів» від 24 липня 2013 року №567.

Анотація дисертації, як українською, так і англійською мовою, дозволяє швидко отримати повноцінну інформацію про актуальність роботи, її мету і

завдання, застосовані методи дослідження, розподіл хворих за групами, головні результати та висновки наукового дослідження.

У вступі автор обґрунтував актуальність обраної теми дослідження та висвітлив не вирішені питання, визначив мету і завдання дослідження відповідно до предмету та об'єкту дослідження, розкрив методи дослідження, наукову новизну отриманих результатів, показав особистий внесок здобувача, апробацію матеріалів дисертації.

Розділ «Матеріал та методи дослідження» написано за класичним принципом. Автором виділені та детально описані групи пацієнтів, їх клінічні характеристики, принципи формування груп, критерії включення/виключення. Детально описані розроблені алгоритми інтенсивної терапії, методологія призначення медикаментозних середовищ. Методи дослідження, в тому числі і статистичні, які використав автор, є сучасними і повністю відповідають основним вимогам до наукових робіт.

Розділ 3 присвячений аналізу змін показників кардіогемодинаміки при травматичній хворобі у хворих з підвищеним індексом маси тіла. Пошукувачем обрані найбільш показові маркери стану зазначеної системи організму - кінцевий систолічний і діастолічний об'єми, ударний і серцевий індекс, фракція викиду, - та проаналізована їх динаміка протягом року з моменту отримання пацієнтами політравми. Дисертантом переконливо показано, що саме протягом перших двох тижнів перебігу травматичної хвороби у хворих з підвищеним індексом маси тіла стан серцево-судинної системи потребує підвищеної уваги і тим більше, чим є вищим стартовий індекс маси тіла у хворих.

Розділ 4 присвячений аналізу змін показників в крові глюкози натще, ендогенного інсуліну, індексів НОМА-ФБ та НОМА-ІР, гомоцистеїну, тригліцеридів, загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів високої щільності, коефіцієнту атерогенності.

Особливо важливими і науково цінними є дані математичний аналіз змін маркерів метаболічного синдрому, як в ранньому періоді, так і у віддалені терміни (1 рік з моменту отримання політравми) травматичної хвороби у всіх обстежених

пацієнтів, коли у них виникають метаболічні порушення, що є передумовою для призначення відповідної терапії.

Розділ 5 дає можливість зрозуміти, які ферментативні зміни виникають в організмі хворого з підвищеним індексом маси тіла при отриманні політравми протягом року з моменту надходження до стаціонару, насамперед рівні в крові лактатдегідрогенази, її ізомеру 1, креатинфосфокінази, її МВ фракції, її МВ фракції, міоглобіну, тропонінів Т та І, креатиніну, аланінової та аспарагінової трансаміназ. Особливо це є важливим з урахуванням частоти розвитку рабдоміолізу у зазначеної категорії пацієнтів. Встановлено,

Розділ 6 присвячений вивченню динаміки змін маркерів системної запальної відповіді як продуктів секреторної функції жирової тканини при травматичній хворобі у хворих з підвищеним індексом маси тіла.

Особливо важливими і науково цінними є дані дослідження рівнів в крові адипонектину, резистину, лептину, кахексину, С-реактивного протеїну, інтерлейкінів та 6 та 8. Доведено, що за допомогою системного багатофакторного аналізу, що як в ранньому періоді, так і у віддалені терміни (1 рік з моменту отримання політравми) у всіх обстежених пацієнтів в патогенезі травматичної хвороби провідною є роль порушень в системі біомаркерів жирової тканини, що є передумовою для призначення відповідної терапії.

Розділ 7 висвітлює динаміку змін маркерів імунної системи при травматичній хворобі у хворих з підвищеним індексом маси тіла. При аналізі цифр таких показників, як рівні в крові Т-лімфоцитів, Т-хелперів, Т-супресорів, активованих HLA-DR+ лімфоцитів, В-лімфоцитів, імуноглобулінів А, М та G, активності комплементу, фагоцитозу та циркулюючих імунних комплексів було отримано дані, що детально характеризують глибину імуносупресії в кожен з періодів перебігу травматичної хвороби. На підставі диференційованого підходу до використання під час інтенсивного нагляду найбільш показових імунних маркерів дисертантом запропоновані інтервали і точки контролю стану всіх ланцюгів імунної системи.

Розділ 8 присвячений аналізу змін маркерів системи гемостазу Пошукувачем обрані найбільш показові маркери стану зазначеної системи організму за допомогою визначення коефіцієнтів впливу, якими виявилися цифри антитромбіну III, толерантності плазми до гепарину та фібриноліз. На підставі цифр інтегральних показників доведено, що як в ранньому періоді, так і у віддалені терміни у всіх обстежених пацієнтів для покращення якості життя необхідним є застосування медикаментозної корекції системи гемостазу з самого моменту отримання політравми.

На сторінках розділу 9 викладено обґрунтування механізмів розвитку ускладнень травматичної хвороби у хворих з підвищеним індексом маси тіла при політравмі. На підставі використання кластерного методу – групування даних спостережень у класи за допомогою створення гістограм за інтервальним методом і частоти розподілу ознаки були запропоновані варіанти порушень показників гомеостазу з очікуваним прогнозом: функціональна нестабільність із сприятливим прогнозом, функціональна недостатність із відносно сприятливим прогнозом і функціональна неспроможність із несприятливим прогнозом. Для кожного із варіантів цих змін були визначені статистично обґрунтовані диференційно-діагностичні алгоритми.

В розділі 10 визначається ефективність лікування хворих з підвищеним індексом маси тіла при політравмі. Переконливими є дані щодо кількості виникнення ускладнень в усіх періодах перебігу травматичної хвороби, доведене пріоритетне призначення розробленого алгоритму інтенсивної терапії в порівнянні із стандартним протоколом.

11 розділ – аналіз та узагальнення отриманих результатів. В ньому коротко викладені основні отримані результати, подано їх аналіз та коментар.

Висновки є досить розлогими, деталізованими і ґрунтовними, чітко повністю відповідають поставленим завданням, логічно випливають із змісту роботи. Практичні рекомендації сформульовано детально, послідовно, зрозуміло і чітко, тому вони можуть бути легко використані в рутинній клінічній практиці.

Автореферат оформлений згідно вимогам ДАК МОН України і відповідає змісту дисертації.

Принципових зауважень чи заперечень до представленої дисертації немає. Проте в тексті, подекуди, зустрічається ряд технічних описок, елементів медичного сленгу, невдалих фразеологічних зворотів і т. ін., проте, зазначенні вище зауваження не є принциповими і жодним чином не знижують значної наукової вагомості та практичної значущості даного ґрунтовного інноваційного дисертаційного дослідження.

Для дискусії маю наступні питання:

1. Як саме ви здійснювали взаємодію з пацієнтом протягом року?
2. Яка була динаміка індексу маси тіла у досліджуваних Вами пацієнтів протягом року з моменту отримання політравми? Чи визначали Ви зв'язок цих змін з рівнем біомаркерів жирової тканини?
3. Чи зафіксовані випадки дострокового припинення участі хворих у дослідженні?
4. Яка тривалість ШВЛ була у Ваших хворих?

Висновок про відповідність дисертації вимогам, які пред'являються до наукового ступеня доктора медичних наук

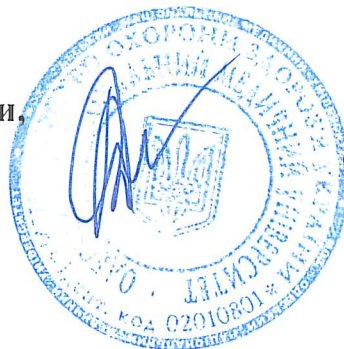
Дисертаційна робота Кучерявченко Валерія Вікторовича «Механізми розвитку та інтенсивна терапія ускладнень травматичної хвороби у хворих з підвищеним індексом маси тіла», виконана в Харківському національному медичному університеті під керівництвом доктора медичних наук, професора Волкової Юлії Вікторівни є завершеним самостійним науковим дослідженням, в якому отримані нові науково обґрунтовані результати, що в сукупності вирішують важливу конкретну наукову проблему інтенсивної терапії у хворих з підвищеним індексом маси тіла при політравмі – запобігання виникненню ускладнень травматичної хвороби протягом всіх періодів її перебігу.

Висновок. Дисертаційна робота Кучерявченко Валерія Вікторовича «Механізми розвитку та інтенсивна терапія ускладнень травматичної хвороби у

хворих з підвищеним індексом маси тіла» за своєю актуальністю, науковою новизною, практичними значеннями отриманих результатів, ступенем обґрунтованості та достовірності наукових положень, сформульованих в висновках і практичних рекомендаціях, повнотою викладеного матеріалу в наукових статтях та на наукових форумах, повністю відповідає вимогам п. 10. «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 р. № 567 (зі змінами і доповненнями) та №656 від 19.08.2015, а її автор заслуговує на присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.30 – «анестезіологія та інтенсивна терапія».

Офіційний опонент:

**завідувач кафедри анестезіології,
інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів
Одеського національного
медичного університету МОЗ України,
Заслужений діяч науки і техніки України,
доктор медичних наук, професор**



О. О. Тарабрін

Відгук надійшов до спеціалізованої
Вченої ради Д 64.600.02
при Харківському національному
медичному університеті МОЗ України»

«14» 11 2019 р.

Вчений секретар спеціалізованої
Вченої ради Д 64.600.02
кандидат медичних наук,
доцент

Т. Г. Хмиз