

ОТЗЫВ

официального оппонента

на диссертацию Оскановой Марет Юсуповны на тему: «Стратегия седативной терапии у пациентов, находящихся в критическом состоянии, с позиций хронофизиологии», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.20 - анестезиология и реаниматология.

Актуальность избранной темы

Тяжелая сочетанная травма является ведущей причиной летальности среди пациентов, поступающих в отделение интенсивной терапии (ОРИТ). На исход лечения этих пациентов влияют как повреждение органов вследствие прямой травмы, так и посттравматическое системное воспаление, прогрессирующее до полиорганной недостаточности. Эти патологические приводят к нарушению физиологических механизмов адаптации, в частности биоритмологии. У пациентов с политравмой наблюдаются ранние нарушения циркадианных ритмов биологических медиаторов.

Основной проблемой пациентов с политравмой, находящихся в критическом состоянии, является неадекватная аналгоседация. В ответ на травму, а также хирургическое вмешательство изменяется выброс суточного кортизола, цитокинов и мелатонина, но и анестезия также влияет на циркадные часы в зависимости от времени суток. Также, необходимо учитывать влияние препаратов для анестезии на уровни гормонов и цитокинов. Всё это приводит к нарушению циркадных ритмов и срыву адаптации, что осложняет процесс выздоровления и приводит к увеличению летальности.

Адекватная аналгоседация является одним из ключевых этапов лечения пациентов с политравмой в ОРИТ. Необходимо учитывать биоритмологические аспекты седативной терапии в разное время суток, так как в ночное время эпиталамо-эпифизарной системой в кровь и ликвор секретруется значительное количество так называемого «гормона сна» – мелатонина, а в дневное время – так называемого гормона «бодрости» - серотонина [В.Д. Слепушкин, 2010; А.Н. Колесников с соавт., 2019]. Адекватная аналгоседация пациентов в ОРИТ не ограничивается только лишь анальгезией или седацией, а включает в себя целый ряд мероприятий, направленных на обеспечение защиты пациента от стресса и профилактику развития осложнений, а поиск оптимальных методов седативной терапии в комплексе аналгоседации, у больных с политравмой, находящихся на ИВЛ остается неразрешенной проблемой для интенсивной терапии у этой категории пострадавших, в чем и заключается основная цель данного исследования.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций

Основные положения диссертации, выносимые на защиту, достаточно аргументированы и позволяют автору методично решать сформулированные задачи и последовательно достичь поставленной цели. В ходе исследования доказано, что стратегия процедурной седации у пациентов с политравмой, находящихся на ИВЛ в раннем послеоперационном периоде, должна предусматривать соблюдение биологических ритмов не только в отношении назначения седативных препаратов, анальгетиков, а и при подборе/смене режимов ИВЛ и нутритивной поддержки. Также, автором было установлено, что угнетение сознания по показателям BIS-мониторирования биоэлектрической активности головного мозга (ниже 39) в процессе проведения седативной терапии приводит к гипоксии головного мозга и периферических тканей, что, в свою очередь способствует росту числа случаев ОРДС и ВАП, увеличению сроков проведения ИВЛ, возрастанию сроков пребывания пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии и к повышению числа летальных исходов. Показано, что развитие тканевой гипоксии под влиянием длительной инфузии тиопентал натрия объясняется преимущественным снижением доставки кислорода к тканям, а под влиянием мидозалама – преимущественно за счет значительного угнетения потребления кислорода тканями. Доказано, что при проведении длительной седативной терапии пациентам в критическом состоянии, препаратами выбора являются пропофол (для длительной процедурной) и дексметомидин (для поверхностной седации). Учитывая изменения иммунного статуса, также рациональным является сочетание тиопентал натрия и дексметомидина с наркотическими, а пропофола как с наркотическими, так и ненаркотическими анальгетиками.

Методические и теоретические положения, а также практические рекомендации диссертационного исследования основываются на изучении фундаментальных и прикладных трудов отечественных и зарубежных ученых, что подтверждается ссылками на них в тексте диссертационной работы в целом и в обзоре литературы, составляющем 1 главу исследования.

Несомненно, о научной новизне представленной работы свидетельствует разработанная автором новая стратегия процедурной седации в комплексе интенсивной терапии у пациентов с политравмой, находящихся на ИВЛ в раннем послеоперационном периоде, основанная на хронодифференцированном подходе к выбору препарата и режима введения. Впервые установлено, что длительная седативная терапия у пациентов, с политравмой, находящихся на ИВЛ, может изменять кислородный обмен головного мозга и периферических тканей. Использование постоянных доз, вводимых тиопентал натрия и мидозалама с третьих суток углубляет степень утраты сознания с развитием гипоксии головного мозга и периферических тканей. Также угнетение сознания в ночное время суток при постоянных дозах мидозалама и тиопентал натрия в случае уменьшения показателей BIS-

монитора ниже 39 вызывает гипоксию головного мозга и периферических тканей, что приводит к возрастанию эпизодов развития ОРДС, ВАП, продлению сроков ИВЛ. Подтверждено, что углубление седации у критических пациентов в ночные часы и на вторые-третьи сутки седативной терапии является следствием синергического действия гипнотика и эндогенного мелатонина. Также, автором впервые выявлено, что оптимизации длительной седативной терапии у пациентов с политравмой на ИВЛ в виде разработанных алгоритмов регулируемой процедурной седации, основанных на хронофизиологических показателях и их взаимосвязи с тканевой и церебральной перфузией позволяют уменьшить частоту реализации «биотравмы легких» в виде ОРДС/ВАП, уменьшить длительность ИВЛ, сроки лечения в ОРИТ и уменьшить риск развития летальных осложнений для каждого из препаратов, взятых в исследование.

Изложенные автором научные положения, выводы, практические рекомендации достаточно обоснованы и являются результатом многолетнего труда. По теме диссертации опубликовано 19 работ, в том числе в журналах, рекомендованных ВАК ДНР – 8, в журналах, рекомендуемых ВАК РФ – 5, 1 патент на полезную модель РФ, 2 коллективные монографии.

Диссертация на 469 страницах текста (Times Roman, 14 п) и состоит из введения, аналитического литературы, материалов и методов, четырех изложения материала, обсуждения результатов, выводов и практических. Работа 51, содержит 183 таблицы. В указателе 610 источников: 156 и 454 источника, в числе за последние 10 лет – 254.

Научные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на 9 международных научно-практических форумах в Российской Федерации и за рубежом.

Полученные результаты и выводы соответствуют поставленной цели и решают поставленные задачи.

Замечаний нет

Вопрос: Какие методы обезболивания в послеоперационном периоде применялись и была ли выявлена наилучшая комбинация лекарственных препаратов?

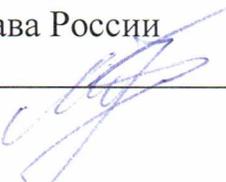
Заключение о соответствии диссертации критериям Положения о присуждении ученых степеней

В целом диссертационная работа Оскановой М.Ю. на тему: «Стратегия седативной терапии у пациентов, находящихся в критическом состоянии, с позиций хронофизиологии», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.20 - анестезиология и реаниматология, соответствует критериям и требованиям, установленным

п.2.1 Положения о присуждении ученых степеней, предъявляемым к докторским диссертациям, а её автор, Осканова Марет Юсуповна, заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.20 - анестезиология и реаниматология.

Официальный оппонент:

Доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой анестезиологии,
реаниматологии и скорой медицинской помощи
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России


_____ А.Н. Обедин

Ставропольский государственный медицинский университет

Адрес: ул. Мира, 310, Ставрополь, Ставропольский край, Россия, 355017

Телефон: +7 865 235-61-85

e-mail: postmaster@stgmu.ru

Я, Обедин Александр Николаевич, даю согласие на обработку персональных данных.


_____ Подпись (М.П.)

Подпись Обедина А.Н. заверяю

Ученый секретарь ученого совета ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава
России, профессор Ю.В. Первушин

