

## **ОТЗЫВ**

**на автореферат диссертации Ишкова Сергея Владимировича**

**на тему: «Клинико-анатомическое обоснование индивидуализации оперативных доступов к опухолям задней черепной ямки с применением микрохирургической техники и нейронавигации», представленную**

**на соискание ученой степени доктора медицинских наук**

**по специальности 14.01.18 – «нейрохирургия»**

Хирургия задней черепной ямки занимают значительную часть работы опытного нейрохирурга, специализирующегося на лечении онкологической и сосудистой патологии. Поэтому актуальность исследования не вызывает сомнений.

Автор выбрал для своего диссертационного исследования очень трудоемкую, связанную с выполнением довольно сложным краниометрических измерений, сопоставления данных краниологической части исследования с нейровизуализационными данными, клиническими проявлениями опухолей задней черепной ямки и интраоперационными находками. Систематизация параметров, полученных автором в результате исследования, требует хорошего знания хирургической анатомии, свободной интерпретации полученных нейровизуализационных данных. Конечной целью трудоемких краниометрических исследований и выявления восьми различных вариантов строения задней черепной ямки являлась оптимизация предоперационного планирования вмешательства по удалению той или иной опухоли ЗЧЯ.

Несмотря на то, что доступы к структурам задней черепной ямки давно описаны и знакомы большинству нейрохирургов, в рутинной практике, выполняя тот или иной доступ к структурам ЗЧЯ, нейрохирург чаще всего ориентируется на «проекционные» внешние ориентиры – иниион, астерион, основание сосцевидного отростка, борозда двубрюшной мышцы, верхняя выйная линия, корень скуловой дуги и пр. В некоторых клиниках используют оптические и ультразвуковые навигационные системы не только для вмешательств по поводу супратенториальных патологических процессов (опухоли, каверномы, фокальные корковые дисплазии и т.д.), но и при выполнении субтенториальных краниотомий. Однако, одно дело обладать сугубо практическими знаниями о том, что у брахиоцефалов расположение сигмовидного синуса значительно медиальнее, чем у долихоцефалов, а с другой, выполнить большое количество краниометрических измерений, обработать данные с использованием статистических методов и выявить статистически значимые закономерности.

Адекватный хирургический доступ, точность ориентации, наибольшее обнажения новообразования при наименьшей тракции мозга обеспечивают качественное проведение оперативного вмешательства. Один из базовых принципов т.н. key-hole хирургии гласит, что чем глубже расположена опухоль, тем краниотомическое отверстие должно быть меньше, и наоборот. Уществует также современный В настоящий момент с развитием современных средств нейровизуализации появилась возможность более точного предоперационного планирования, индивидуального подхода к каждому клиническому случаю, что повышает радикальность резекции, улучшает функциональный исход.

Представленный автореферат отражает суть работы, описывает материал, методы и результаты научного труда. Автореферат содержит достаточное количество исходных данных, имеет пояснения, таблицы, графики. Написан квалифицированно и аккуратно оформлен. В автореферате четко изложены цель и задачи исследования, научная новизна и практическая значимость работы. Подробно и четко описаны методики краниометрического, рентгенометрического и проекционного, клинического исследования. Разработана методика планирования основных оперативных доступов в ЗЧЯ (верхний и нижний срединный доступ, субокципитальный парамедианный доступ, субокципитальный ретросигмовидный доступ, транспирамидные доступы, и комбинированный субокципитальный субтемпоральный транспирамидный транстенториальный доступ) на основе строения костно-оболочечного каркаса, краниоцервикальной топографии, патоанатомических характеристиках опухоли.

Научная новизна и практическая значимость убедительно доказаны автором. При сравнительном анализе исходов лечения с применением индивидуализированных доступов с контрольной группой определяется значимое повышение радикальности удаления и снижение частоты и тяжести послеоперационных осложнений. Результаты работы представлены в виде девяти конкретных и правомочных выводов, которые соответствуют поставленным задачам диссертации и базируются на фактических данных, полученных в результате исследования. Выводы хорошо сформулированы, имеют теоретическое и практическое значение, являются естественным обобщением исследования и не вызывают сомнений. Основные положения работы были опубликованы в центральных отечественных изданиях (43 печатные работы, из них 15 в рецензируемых журналах ВАК), апробированы на всероссийских конференциях. В ходе проведения исследования получен патент на изобретение «способ краниотомии при опухолях мостомозжечкового угла»

Автореферат написан хорошим научным языком, легко читается, материал доступен для понимания и анализа. Принципиальных замечаний по представленной работе нет.

В целом, автореферат полно отражает содержание работы, которая является законченным научным исследованием, отвечающей требованиям, предъявляемым Положением ВАК РФ к докторским диссертациям, а автор достоин присвоения искомой ученой степени.

Главный врач ФГУ Федеральный Центр Нейрохирургии г.Новосибирска

Д.А. Рзаев

*2.02.17*



*Логинь заверяю, начальник отдела*



*С.В. Соколов*

Россия, Новосибирск, улица Немировича-Данченко, 132/1

Email: [jamilrzaev@gmail.com](mailto:jamilrzaev@gmail.com)

Телефон+7 383 314-16-14