

ОТЗЫВ

на автореферат диссертации ИШКОВА СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧА

«КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ОПУХОЛЯМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ И НЕЙРОНАВИГАЦИИ», **представленной на**

соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности:

14.01.18 – нейрохирургия

Диссертация посвящена актуальной проблеме, которая связана с хирургией основания черепа и задней черепной ямки. В течение последнего десятилетия с внедрением новых технологий достигла значительных успехов в плане радикальности удаления опухолей и уменьшения травматичности хирургических доступов, однако у 46% пациентов в послеоперационном периоде отмечаются неврологические выпадения (Samii M., 2010). Отсутствие ясности в совершенствовании оперативных доступов придало особую актуальность изучению прикладных аспектов клинической анатомии внутреннего основания черепа и задней черепной ямки с микронеурохирургических позиций (Гайворонский А.И., 2006, 2012; Ким В.И., 2008; Люнькова Р.Н., 2014; Rhoton A., 2007). Все это обуславливает научный и практический интерес к исследованию разработки анатомически обоснованных методов индивидуального планирования оперативных вмешательств с использованием системы компьютерной нейронавигации и программы анализа компьютерных и магнитно-резонансных томограмм. Однако, единичное количество опубликованных работ, посвященных планированию и индивидуализации оперативных доступов, применяемых для удаления опухолей задней черепной ямки, подчеркивают низкую степень разработанности данной темы.

Автор выбрал довольно трудное направление: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с опухолями задней черепной ямки путем использования ее индивидуальной анатомической модели для рационального выбора, оптимизации и планирования оперативного доступа. Становится понятным стремление автора разработать методику индивидуального

планирования и оптимизации оперативных доступов к опухолям задней черепной ямки с использованием современных средств нейровизуализации. Степень достоверности полученных результатов основана на анализе 461 объекта, составивших 3 линии репрезентативных выборок (102 черепа трупов людей, 106 краниограмм, 253 компьютерных томограмм, 48 магнитно-резонансных томограмм, включая 109 ангиограмм), сравнительном анализе результатов хирургического лечения двух групп пациентов (149), сформированных по принципу неслучайной выборки, использовании адекватных методов математического анализа и вариационно-статистической обработки полученных данных с использованием дисперсионного, регрессионного и корреляционного анализа. Сравнительный анализ способов планирования оперативного доступа показал, что использование для этих целей только системы компьютерной нейронавигации не позволяет рассчитать полный диапазон параметров доступа, особенно его угловые характеристики и определить точные координаты опухоли в системе костных ориентиров и проекционных линий. Показано, что при планировании доступа к менингиомам мостомозжечкового угла обязательным являлся анализ ангиограмм и синусограмм для получения дополнительной информации об источниках кровоснабжения опухоли, соотношении с магистральными венами и синусами, расположении по ходу доступа крупных сосудов. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов с внутримозговыми опухолями задней черепной ямки показал, что применение более точных и менее травматичных доступов позволило предотвратить у пациентов основной группы возникновение в послеоперационном периоде ликворных свищей и гнойно-воспалительных осложнений, снизить послеоперационную летальность ($p < 0,05$), вместе с тем, на 25% увеличить радикальность удаления новообразования ($p = 0,036$), (таблица 2). По выводам можно хорошо представить сделанную работу. Своеобразно написано заключение в автореферате, которое позволяет сделать вывод, что в данной работе осталась не рассмотренной возможность

применения методики проекционного анализа компьютерных томограмм в изучении хирургической анатомии преаурикулярной области, определении костных ориентиров и выявлении индивидуальных различий в их расположении. Эти данные могли быть использованы при планировании доступа к верхушке пирамиды височной кости и скату через подвисочную ямку. Открытыми, также, остаются вопросы использования схемы проекционных линий и костных ориентиров для определения точек входа и определения оптимальной траектории доступа в эндоскопической хирургии опухолей задней черепной ямки и основания черепа. Это говорит о творческом подходе автора к работе.

Однако при изучении автореферат возникли следующие вопросы:

1. Варианты сочетания крайних значений длины, ширины и глубины задней черепной ямки определяют 8 форм её строения, отличающихся угловыми характеристиками и пространственным расположением отдельных костных образований. Есть ли эти данные в литературе и Ваше принципиальное отличие от них.
2. Менингиомы петроклиивальной области были удалены радикально у 2 из 3 пациентов (66,7%) второй группы, в контрольной группе больных менингиомы этой локализации не удалялись. Не корректно ставить процент у трех пациентов.
3. При выполнении доступа важным этапом операции является тракция височной доли кверху, при этом осуществляется подход к верхнему полюсу опухоли по верхнему краю пирамиды, используя коридор над корешком тройничного нерв. В этом случае возможно быстрое выделение ликвора. Отмечалось это у Вас? Как вы выходили из этого положения.

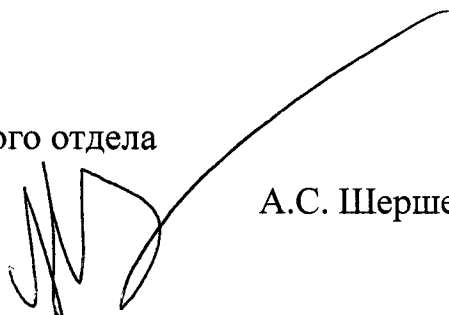
Заключение. Диссертация С.В. Ишкова «клинико-анатомическое обоснование индивидуализации оперативных доступов к опухолям задней черепной ямки с применением микрохирургической техники и нейронавигации», является законченным научно-квалификационным исследованием, в котором решена задача улучшения хирургического лечения опухолей задней

черепной ямки. Работа соответствует требованиям паспорта специальности 14.01.18 – нейрохирургия и п. 9 Положения ВАК РФ (приказ №842 от 24.09.2013г.) предъявляемым к кандидатским диссертациям, а ее автор заслуживает присуждения искомой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.18 – нейрохирургия.

Профессор кафедры нервных болезней,
нейрохирургии и медицинской генетики
ГБОУ ВПО УГМУ МЗ РФ.

Руководитель организационно методического отдела
нейроонкологического центра СООД

« 1 » 02 2016 г



А.С. Шершевер

Подпись д.м.н. Шершевера А.С.

заверяю

Нач. УК ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России

В.Д. Петренюк

1.02.2017

