



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Н.Н. БУРДЕНКО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России)

ОГРН: 1027739375080; ИНН/КПП: 7710103758/771001001

№ 945/6-26

" 14 " 04 . 2026 г.

УТВЕРЖДАЮ

Директор

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии

им. ак. Н.Н. Бурденко»

Минздрава России

академик РАН

Д.Ю. Усачев

04 . 2026 г.



ОТЗЫВ ведущей организации

– федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации – о научно-практической ценности диссертационной работы Назарова Александра Сергеевича «Персонализированная тактика хирургического лечения туннельных нейропатий конечностей», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.10. Нейрохирургия

Актуальность темы выполненной работы и ее связь с соответствующими отраслями науки и практической деятельности

Туннельные нейропатии конечностей являются актуальной медико-социальной проблемой ввиду их широкой распространенности в популяции, преобладания среди пациентов трудоспособного возраста, а также высокой частоты временной и стойкой утраты трудоспособности.

Прогрессирующий характер течения хронической фокальной компрессии нервного ствола, предопределяющий развитие выраженного неврологического дефицита при сравнительно коротком анамнезе, неэффективность проводимой консервативной терапии обуславливают длительный период нетрудоспособности.

До настоящего времени диагностика и лечение туннельных нейропатий конечностей, как правило, является предметом интереса специалистов амбулаторного звена. Отсутствие единых алгоритмов и концептуальных критериев выбора тактики лечения предопределяют ошибочную диагностику, а длительный период консервативной терапии и позднее обращение к нейрохирургическому этапу лечения при развитии грубого неврологического дефицита, приводят к неудовлетворительным результатам хирургического лечения и стойкой утрате трудоспособности. Остаются дискуссионными вопросы выбора метода хирургического лечения пациентов с туннельными нейропатиями конечностей. Несмотря на большое количество публикаций, посвященных данной проблеме, прослеживается механистический подход к хирургическому лечению непосредственно патологического состояния без учета индивидуальных особенностей течения патологического процесса.

Таким образом, исследование, направленное на разработку концепции персонализированного хирургического лечения пациентов с туннельными нейропатиями конечностей, с учетом особенностей строения анатомического туннеля и биомеханики конечности, является значимым и актуальным.

Новизна исследования, полученных выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Впервые уточнены рациональные сроки хирургического лечения туннельных нейропатий конечностей, основывающиеся на комплексной оценке тяжести фокальной компрессии нервного ствола. Установлено, что на ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения влияет тяжесть течения хронической компрессии нервного ствола, установленная по данным клинико-неврологического и нейрофизиологического обследований. Умеренная степень нейропатии является абсолютным показанием к хирургической декомпрессии

нервного ствола, что позволяет получить лучшие клинические и функциональные исходы.

Автором установлено, что персонифицированная диагностика у пациентов с туннельными нейропатиями конечностей, заключающаяся в комплексной оценке клинико-неврологических, интроскопических и нейрофизиологических результатов обследования пациентов на предоперационном этапе, позволяет уточнить возможные уровни и факторы компрессии нервного ствола и определить рациональную тактику персонифицированного лечения.

Разработана система персонифицированной диагностики и тактики хирургического лечения пациентов с туннельными нейропатиями конечностей.

Установлено, что ни один из методов хирургического лечения не влияет на динамику регресса клинических, нейрофизиологических и ультразвуковых феноменов в раннем послеоперационном периоде. В ближайшем послеоперационном периоде функциональный статус пациента зависит прежде всего от травматичности метода и интенсивности послеоперационного болевого синдрома, тогда как в отдаленном периоде на результаты хирургического лечения влияет тяжесть фокального повреждения нервного ствола, предоперационный функциональный статус пациента.

Уточнено, что персонифицированная тактика хирургического лечения пациентов с компрессией нервных стволов, локализуемой на протяжении сегмента конечности или на сгибающей поверхности суставов, заключается в применении рациональных хирургических методов, позволяющих выполнить адекватную декомпрессию нерва с применением минимально-инвазивных технологий.

Доказано, что тактика персонифицированного хирургического лечения динамических форм туннельных нейропатий конечностей, в патогенезе которых значимую роль играет компрессия и натяжение нерва, связанные с биомеханикой конечности, в отдаленном периоде имеет лучшие результаты при применении транспозиции нерва или слинговых методов по сравнению с декомпрессиями нервного ствола.

Значимость для науки и практической деятельности полученных соискателем результатов

Разработана концепция персонифицированного хирургического лечения туннельных нейропатий конечностей, которая основана на принципах своевременности хирургического лечения, достаточности декомпрессии вне зависимости о выбранного доступа и метода, минимальной травматичности, контроля и биомеханической дозволенности. Предложен метод минимально-инвазивной декомпрессии срединного нерва на уровне карпального канала, который позволяет из одного доступа рассечь поперечную связку запястья и удерживатель сгибателей, уменьшить вероятность повреждения ветвей срединного нерва и артериальных ладонных дуг, а также сохранить ладонный апоневроз, что достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде (Патент № RU 2754386 C1 от 01.09.2021). Персонализированный выбор хирургического лечения невромы Мортона, который основан на измерении соотношения диаметра невромы к диаметру подошвенно-пальцевого нерва, позволяет выбрать оптимальный метод хирургического лечения: при величине соотношения диаметров менее 2 предпочтительным является радиочастотная деструкция невромы, при величине соотношения 2-4 – лазерная деструкция невромы, при величине соотношения диаметров более 4 предпочтение следует отдавать иссечению невромы (Патент RU № 2755581 C1 от 17.09.2021). Способ перемещения малоберцового нерва в верхней трети голени с транспозицией общего малоберцового нерва в подколенную ямку позволяет преодолеть диастаз, уменьшить натяжение и создать функционально выгодное положение нервного ствола (Патент № RU 2766800 C1 от 15.03.2022). Разработанный способ подмышечной транспозиции локтевого нерва на переднюю поверхность предплечья в сочетании с эпикондилотомией, позволяет выполнить подмышечную транспозицию локтевого нерва из небольшого по длине кожного доступа и сохранить интактной фиксацию мышц, прикрепляющихся к медиальному надмыщелку плечевой кости (Патент № RU 2789265 C1 от 31.01.2023). Способ минимально-инвазивной декомпрессии общего малоберцового нерва на уровне

фибулярного канала, заключающийся в рассечении сухожильно-мышечной части длинной малоберцовой мышцы и фиксации сформированных лоскутов, а также в создании слинговой петли из собственной фасции, предотвращающей миграцию нервного ствола на проксимальный диафиз малоберцовой кости, позволяет сократить частоту рецидивов синдрома фибулярного канала в отдаленном послеоперационном периоде (Патент RU 2814529 C1 от 29.02.2024). Разработанный оригинальный способ создания мышечного ложа лучевого нерва на уровне плеча, который заключается в транспозиции лучевого нерва в межмышечное пространство, что потенциально уменьшает выраженность периневрального фиброза, улучшает кровоснабжение и ограничивает нервный ствол от плечевой кости (Патент RU 2825173 C1 от 21.08.2024).

Степень обоснованности и достоверности научных положений, выводов, практических рекомендаций, сформулированных в диссертации

Обоснованность научных положений, выводов и практических рекомендаций определяется корректным и тщательно спланированным дизайном диссертационного исследования, использованием достаточного количества клинических, нейрофизиологических и ультразвуковых методов диагностики, применением современных валидных опросников и шкал, включением в исследование и осмыслением большого количества данных.

Достоверность полученных результатов определяется достаточной репрезентативной выборкой, в которую были отобраны пациенты на основании корректных критериев включения, наличием групп сравнения и использованием современных методов статистической обработки данных.

Выводы и практические рекомендации логически следуют из полученных данных, соответствуют целям и задачам исследования.

Рекомендации по использованию полученных в рамках исследования результатов

Рекомендуется обеспечить внедрение разработанных алгоритмов в практическую работу нейрохирургических и травматолого-ортопедических отделений учреждений, оказывающих хирургическое лечение пациентов с

туннельными нейропатиями конечностей.

Целесообразно включить положения и выводы диссертационной работы в соответствующие разделы основной профессиональной образовательной программы высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «нейрохирургия», а также в учебные планы циклов профессиональной переподготовки специалистов и циклов повышения квалификации врачей-нейрохирургов.

Оценка структуры и содержания работы, соответствие автореферата основным положениям и выводам диссертации

Диссертация представлена на 289 страницах машинописного текста, содержит 45 таблиц и 74 рисунка. Библиографический указатель включает 316 источников (из них 41 отечественных и 275 зарубежных). Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы с характеристикой клинических наблюдений и методов обследования, шести глав с результатами собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, перспектив дальнейшей разработки темы, списка сокращений, списка литературы и приложения. Автореферат представлен на 42 страницах машинописного текста, содержит 4 таблицы и 9 рисунков, полностью отражает основные результаты диссертации, положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации.

Полнота изложения основных результатов диссертации в опубликованных научных работах

По теме научного исследования опубликовано 32 печатные работы, в том числе – 14 статей в научных рецензированных журналах, входящих в перечень ВАК при Минобрнауки России, 6 патентов на изобретение и 12 работ – в журналах и сборниках материалов отечественных конференций и съездов. Данные публикации отражают основные положения диссертации.

Основные положения и результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на отечественных конференциях, съездах и форумах.

Замечания и вопросы по диссертации

Принципиальных замечаний по содержанию диссертации нет.

Учитывая, что диссертация по хирургической дисциплине посвящена актуальной проблеме в нейрохирургии было бы желательно представить схемы и описание инновационных технологий и способов хирургического лечения, разработанных автором диссертации. Тем более, что по теме диссертации автором получено 6 патентов на изобретения. В диссертации автором представлено 15 цветных интраоперационных фотографий. Необходимо отметить низкое качество иллюстраций. Желательно интраоперационные фото сопровождать дополнением в виде схемы.

При ознакомлении с работой возник ряд вопросов, которые носят дискуссионный характер и не влияют на общую положительную оценку представленной диссертационной работы: 1. Возникали ли рецидивы туннельной нейропатии общего малоберцового нерва после применения авторского способа декомпрессии? Чем они были обусловлены? 2. Исследовалась ли корреляция абсолютных значений ультразвуковых и электронейрофизиологических феноменов, полученных на предоперационном этапе обследования? 3. Возникали ли случаи псевдоартроза или лизиса, отсеченного надмыщелка локтевой кости при транспозиции локтевого нерва авторским методом? Требовали ли данные состояния повторного хирургического вмешательства?

Заключение

Диссертация Назарова Александра Сергеевича на тему «Персонализированная тактика хирургического лечения туннельных нейропатий конечностей», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.10. Нейрохирургия, является самостоятельной завершенной научно-квалификационной работой, в которой содержится решение актуальной научной проблемы – разработка концепции персонализированного хирургического лечения пациентов с туннельными нейропатиями конечностей, которая имеет важное значение для современной нейрохирургии.

По своей актуальности, объему выполненных исследований, новизне

полученных результатов, теоретической и практической значимости диссертационная работа соответствует критериям «Положения о присуждения ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. №842 (в ред. от 16.10.2024), предъявляемых к диссертациям на соискание ученой степени доктора наук, а ее автор, заслуживает присуждения ученой степени доктора наук по специальности 3.1.10. Нейрохирургия.

Отзыв на диссертацию Назарова Александра Сергеевича на тему «Персонализированная тактика хирургического лечения туннельных нейропатий конечностей» обсужден и одобрен на заседании проблемной комиссии «Спинальная нейрохирургия и хирургия периферических нервов» ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России от «20» марта 2026 г., протокол № 4/26.

Доктор медицинских наук
(3.1.10. Нейрохирургия. Медицинские науки),
главный научный сотрудник
8 нейрохирургического отделения
(базальные опухоли)
ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии
им. ак. Н.Н. Бурденко»
Минздрава России

Шкарубо Алексей Николаевич

«14 » апреля 2026 г.

Подпись д.м.н., проф. Шкарубо А.Н. заверяю:

Ученый секретарь
ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии
им. ак. Н.Н. Бурденко»
Минздрава России
кандидат медицинских наук



Данилов Глеб Валерьевич

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Адрес: 125047, Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д.16

тел. 8 (499) 972-85- 01; e-mail: info@nsi.ru; сайт: <https://www.nsi.ru/>