

ОТЗЫВ

**официального оппонента доктора медицинских наук, доцента, профессора
кафедры нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России Цуладзе Ираклия Ильича на диссертацию Назарова
Александра Сергеевича «Персонализированная тактика хирургического
лечения туннельных нейропатий конечностей», предоставленной на
соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности**

3.1.10. Нейрохирургия

Актуальность темы исследования

Диссертация Назарова Александра Сергеевича посвящена разработке концепции персонализированного хирургического лечения пациентов с туннельными нейропатиями конечностей. Хроническая фокальная компрессия нервных стволов конечностей на уровне анатомических или искусственных туннелей занимает одну из ведущих позиций в структуре заболеваний периферической нервной системы, приводящих к стойкой утрате трудоспособности, в связи с чем выбор рациональной тактики хирургического лечения пациентов с компрессионно-ишемическими нейропатиями конечностей имеет большую значимость.

На современном этапе развития клинической медицины актуальной является разработка алгоритмов персонализированной диагностики и хирургического лечения пациентов с туннельными нейропатиями конечностей. Несмотря на устоявшуюся тактику этапного лечения туннельных нейропатий: от консервативной терапии к радикальному хирургическому лечению, - научные работы высокой степени доказательности показывают, что в условиях непрерывно прогрессирующего патофизиологического процесса хронической компрессии нервного ствола результаты хирургического лечения превосходят результаты консервативного лечения.

Вместе с тем, в арсенале практикующего врача-нейрохирурга имеется большое количество методов, направленных на декомпрессию нервного ствола,

однако до настоящего времени остаются дискуссионными сроки хирургического лечения и объем хирургического вмешательства. Несмотря на то что тенденции последних лет тяготеют к внедрению в клиническую практику минимально-инвазивных и эндоскопических технологий, их влияние на клинические и функциональные исходы в парадигме персонифицированного лечения туннельных нейропатий остается неясным. Таким образом, актуальность темы диссертационного исследования не вызывает сомнения. Направление работы представляется важным и своевременным и может значительно способствовать развитию системы персонифицированного хирургического лечения туннельных нейропатий конечностей.

Степень обоснованности и достоверности научных положений, выводов и рекомендаций

Диссертационное исследование выполнено на достаточном научно-методическом уровне, обеспечившем высокую степень обоснованности и аргументированности сформулированных в работе научных положений, которые были подтверждены результатами собственных наблюдений, заключением, выводами и практическими рекомендациями. Четко определены цель, задачи, дизайн исследования, критерии включения и невключения пациентов в исследование. Использование современных методов диагностики и валидных шкал, а также обработка массива данных современными инструментами статистики является перспективным направлением персонифицированной медицины.

Разработанные автором алгоритмы персонифицированной диагностики туннельных нейропатий конечностей позволяют уточнить функциональное состояние конечности и уровни возможной компрессии нервного ствола, что в дальнейшем предопределяет рациональную тактику персонифицированного хирургического лечения.

Рациональная тактика персонифицированного хирургического лечения при хронической фокальной компрессии нервного ствола в области анатомических

туннелей, локализующихся на сгибающей поверхности сегмента конечности, заключается в адекватной декомпрессии, тогда как при динамических формах компрессии обосновано применение sling-методов и транспозиций.

Ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с туннельными нейропатиями конечностей напрямую зависят от травматичности применяемого метода декомпрессии, тогда как отдаленные результаты находятся в прямой зависимости от предоперационного функционального состояния конечности, мышц и тяжести нарушения проводимости по заинтересованному нерву.

Хирургическое лечение компрессионно-ишемических нейропатий конечностей, проявляющихся выраженными двигательными и чувствительными нарушениями, гипо-и атрофиями мышц, сопровождается неудовлетворительными результатами в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, поэтому хирургическое лечение целесообразно уже при установлении факта умеренной степени нейропатии.

Практические рекомендации логичны, являются квинтэссенцией осмысления полученных научных результатов и могут использоваться в рутинной практике нейрохирургических и травматолого-ортопедических отделений.

Научная новизна и значимость для практического здравоохранения

Впервые уточнены рациональные сроки хирургического лечения туннельных нейропатий конечностей, основывающиеся на комплексной оценке тяжести фокальной компрессии нервного ствола.

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.

Установлено, что ни один из методов хирургического лечения не влияет на динамику регресса клинических, нейрофизиологических и ультразвуковых феноменов в раннем послеоперационном периоде.

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.

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 г.).

Персонализированный выбор хирургического лечения невромы Мортонa, который основыван на измерении соотношения диаметра невромы к диаметру подошвенно-пальцевого нерва и 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 г.).

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 г.).

Разработанный способ подмышечной транспозиции локтевого нерва на переднюю поверхность предплечья в сочетании с эпикондилотомией, который 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 г.).

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 г.).

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 отграничивает нервный ствол от плечевой кости (Патент RU 2825173 C1).

Внедрение результатов исследования в клиническую практику, апробация работы и публикации

Основные положения и результаты диссертационной работы апробированы и обсуждены на научно-практических конференциях, в том числе с международным участием, что позволяет утверждать о достаточности апробации диссертационного исследования.

По теме диссертационного исследования опубликовано 32 научных работы, из них 14 статей, рекомендованных Перечнем ВАК Минобрнауки РФ, 13 в трудах научных съездов и конференций, в том числе с международным участием, получено 6 патентов РФ на изобретение.

Общая характеристика работы

Объем и структур диссертации полностью соответствуют требованиям, предъявляемым к диссертационным работам на соискание ученой степени доктора

медицинских наук. Работа оформлена в традиционном стиле и включает в себя введение, 8 основных глав, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы и приложение. Работа иллюстрирована 45 таблицами и 74 рисунками. Библиографический указатель, оформленный в соответствии с требованиями действующего ГОСТа, включает 316 источников, из них 41 отечественных и 275 зарубежных.

Диссертационная работа написана научным языком, материал представлен последовательно, выводы исследования основаны на полученных результатах и соответствуют положениям, выносимым на защиту.

Принципиальных замечаний по диссертации и автореферату нет. В тексте присутствуют опечатки и некоторые стилистические неточности, не влияющие на смысл изложенного материала.

При ознакомлении с работой возник ряд вопросов, которые носят дискуссионный характер и не влияют на общую положительную оценку диссертационной работы:

1. Проводился ли анализ неудовлетворительных исходов хирургического лечения туннельных нейропатий срединного нерва на уровне карпального канала? Если да, то каковы причины неудовлетворительных результатов?

2. В чем состоит принципиальное отличие оригинального метода транспозиции локтевого нерва с эпикондилотомией от традиционного перемещения локтевого нерва в ложе срединного нерва?

3. При проксимальных нейропатиях лучевого нерва, сохранной электровозбудимости мышц-разгибателей предплечья и кисти и длительности анамнеза 9-12 месяцев какая тактика хирургического лечения может рассматриваться в парадигме персонифицированного хирургического лечения?

Заключение

Таким образом, диссертационная работа Назарова Александра Сергеевича на тему «Персонифицированная 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 персонифицированного хирургического лечения пациентов с туннельными нейропатиями конечностей, которая имеет существенное значение нейрохирургии.

По своей актуальности, научной новизне, объему выполненных исследований и практической значимости полученных результатов, данная работа соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (ред. от 16.10.2024), а её автор, Назаров А.С., достоин присуждения искомой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.10. Нейрохирургия.

Доктор медицинских наук, доцент,

профессор кафедры нейрохирургии им. акад. Н. Н Бурденко

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Цуладзе

Цуладзе Ираклий Ильич

«03» 06 2026 г.

Подпись профессора кафедры нейрохирургии им. акад. Н. Н Бурденко

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России д.м.н. Цуладзе И.И. заверяю:

Ученый секретарь ученого совета

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Доктор медицинских наук, доцент



Шестакова

Шестакова Екатерина Алексеевна

«03» 06 2026 г.

Контактная информация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России)

Адрес: 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, строение 1; Тел: 8(495)680-05-99,
e-mail: rmanpo@rmanpo.ru <https://www.rmanpo.ru>