



По месту требования

федеральное государственное
бюджетное учреждение
“Федеральный центр нейрохирургии”
Министерства здравоохранения Российской
Федерации (г. Новосибирск)
(ФГБУ «ФЦН» Минздрава России
(г. Новосибирск))
630087, г. Новосибирск,
ул. Немировича-Данченко, 132/1,
тел./факс (383) 349-83-04
e-mail: info@neuronsk.ru
ОКПО 38813548, ОГРН 1125476088825,
ИНН/КПП 5403338271/540301001
24.02.2023 г. № 185

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

**доктора медицинских наук Рзаева Джамиля Афет оглы, главного врача
Федерального государственного бюджетного учреждения "Федеральный
центр нейрохирургии" Министерства здравоохранения Российской
Федерации (г. Новосибирск) на диссертацию Пошатаева Владимира
Кирилловича «Классическая невралгия тройничного нерва в
нейрохирургической клинике (диагностика, хирургическое лечение и
прогноз)», представленную на соискание ученой степени доктора
медицинских наук по специальности 3.1.10. Нейрохирургия**

Актуальность темы диссертационной работы

Актуальность научного исследования не вызывает сомнений и обусловлена особенностью течения тригеминальной невралгии, которая проявляется в виде развития тяжелых болевых пароксизмов, нарушающих не только трудоспособность пациентов, но значительно влияющих также на все сферы их жизни, в том числе на прием пищи, сон, психологическое состояние, общение с другими людьми, физическую активность и прочее. Большой проблемой является склонность тригеминальной невралгии к укорочению безболевых периодов, характерных для дебюта заболевания, увеличению периода болевого страдания и снижение эффективности терапии противосудорожными препаратами, т.е. неуклонное прогрессирование болезни, а также рецидивирование заболевания после хирургических вмешательств. Кроме того, в большинстве случаев не ясны причины сохранения боли после проведения полной декомпрессии корешка тройничного нерва при выявленном нейроваскулярном конфликте.

Все это требует уточнения и изучения анатомических взаимоотношений сосудистых структур с корешком тройничного нерва, что влияет на выбор тактики лечения как до операции с учетом данных нейровизуализации, так и во время проведения открытого вмешательства.

Прогнозирование исхода оперативного лечения невралгии возможно с учетом знаний о

факторах неудачных операций и риска развития последующего рецидива, что позволило бы оптимизировать тактику ведения этой группы пациентов и увеличить количество успешных вмешательств. Вопрос успешности операции тесно связан с использованием новых методов диагностики, прежде всего нейровизуализации до вмешательства, позволяющих уточнить анатомическую картину. Все вышесказанное дает основание считать, что тема диссертационного исследования является, несомненно, актуальной, имеющей большое научное и практическое значение.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций

В рамках работы автором проведено клиническое исследование с участием 257 пациентов с классической невралгией тройничного нерва (1 и 2 типов). Представленный материал достоверен на основании значительной клинической группы, современных методов статистической обработки полученного материала. Все выводы исследования соответствуют поставленным задачам на основании изученного материала. Полученные данные и достоверность проведенных исследований, обоснованность основных положений, выводов и рекомендаций не вызывают сомнений.

Новизна исследования и полученных результатов, выводов и рекомендаций

На большом верифицированном клиническом материале автор продемонстрировал данные об особенностях клинического течения заболевания, нейровизуализационных характеристиках у больных с классической невралгией тройничного нерва (1 и 2 типов).

Автором внедрен протокол визуализации нейроваскулярного конфликта путём совмещения двух разных модальностей магнитно-резонансной томографии (стабильных по T2, трехмерной времяпролетной ангиографии) для уточнения анатомического взаимоотношения структур в мостомозжечковом углу. Построение трехмерных «моделей» пациента позволяет проводить предоперационное планирование хода оперативных вмешательств и уточнить тип сосудистой компрессии.

В работе показано, что основным предиктором неудачных вмешательств и рецидива болевого синдрома является нейропатический компонент боли.

Также рассмотрены основные варианты сосудистой компрессии корешка тройничного нерва и указаны особенности проведения сосудистой декомпрессии в зависимости от компримирующего сосуда.

Показано, что у части пациентов с тригеминальной невралгией присутствуют психопатологические изменения в виде тревожных расстройств, депрессии, астено-депрессивного, астено-ипохондрического, обсессивно-фобического синдромов, которые требуют консультации и наблюдения психиатра.

Полнота изложения результатов диссертации в научной печати

В рамках работы над диссертацией автором опубликовано 26 печатных работ, в том числе имеется 16 публикаций в рецензируемых журналах, рекомендованных перечнем ВАК при Минобрнауки России, 1 монография, 3 главы в монографиях, 6 - в виде тезисов и статей в журналах и сборниках материалов отечественных и зарубежных конференций, конгрессов и съездов.

Оценка содержания диссертации и ее завершенность в целом

Диссертация представлена в виде рукописи, изложена на 240 страницах машинописного текста, содержит 48 таблиц, иллюстрирована 90 рисунками, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций.

Библиографический указатель содержит 214 источников, из них 24 отечественных и 190 зарубежных источника.

В первой главе детально проанализирована мировая литература по проблемам лечения пациентов с невралгией тройничного нерва, рассмотрены патофизиологические механизмы развития невралгии тройничного нерва, указаны ее современные классификации, наличие психических расстройств у пациентов с данной патологией. Затронуты вопросы, касающиеся современной диагностики классической невралгии тройничного нерва с позиции выявления нейроваскулярного конфликта по данным МРТ, их чувствительности и специфичности. Подробно описаны возможности хирургического лечения с указанием риска рецидива болевого синдрома. В целом, литературный обзор полностью отражает суть изучаемой проблемы.

Вторая глава посвящена проспективному изучению и анализу клинического материала: 257 пациентов (154 женщины, 103 мужчины) с классической тригеминальной невралгией 1 и 2 типа вошли в изучаемую группу. В главе представлены характеристики групп, критерии включения пациентов в исследование, инструменты оценки болевого и нейропатического синдромов, критерии оценки рецидивов и результатов операции, описаны нейровизуализационные методы, представлен алгоритм отбора пациентов на хирургическое лечение, а также особенности работы в операционной при выполнении васкулярной декомпрессии. Проанализированный материал является достаточным и репрезентативным.

Третья глава посвящена описанию способов обработки МРТ пациентов с целью уточнения типа компримирующего сосуда и трёхмерной реконструкции «модели» пациента с возможностью «моделирования» интраоперационного вида и визуализации НВК в трёх измерениях для планирования хирургического вмешательства. В главе 3 описаны результаты совмещения снимков разных режимов, указаны их преимущества. Показаны результаты сравнения 2 протоколов МРТ с интраоперационной картиной, где учитывался факт наличия компрессии, его совпадение по типу и локализации. Автором представлены иллюстративные материалы и клинические наблюдения, отражающие особенности диагностики на предоперационном этапе.

В четвертой главе, посвященной хирургическому лечению невралгии, представлены тактика и ход оперативного вмешательства при проведении транспозиции либо интерпозиции компримирующей артерии, в том числе в зависимости от вариантов локализации компрессии тройничного нерва, наименования и типа сосуда. Рассматривается также тактика при венозной компрессии, что является одним из нерешенных вопросов в лечении невралгии. Глава включает клинические примеры и богата иллюстративным материалом.

В пятой главе описаны результаты лечения пациентов с учетом катамнеза в разные сроки после вмешательств. Также рассмотрены причины и динамика рецидивов, проанализированы различные факторы риска рецидива болевого синдрома и выявлен статистически значимый фактор - наличие нейропатического компонента боли. В главе 5 также представлены особенности психологического статуса больных, которые требуют дальнейшего наблюдения после операции. Кроме того, описаны неврологические и хирургические осложнения оперативных вмешательств.

Работа завершается заключением и выводами. В заключении представлено обсуждение полученных результатов с учётом данных литературы, резюмированы основные положения работы. Выводы диссертационной работы логично вытекают из поставленных задач.

Результаты работы могут быть использованы в практической деятельности нейрохирургов.

Автореферат достаточно полно отражает содержание диссертации.

Диссертационная работа написана литературным языком, встречаются стилистические и орфографические ошибки и опечатки.

Вместе с тем, по тексту работы можно сделать несколько замечаний, требующих разъяснения:

- некорректное применение термина «ликвидность» на стр. 49 (наверное, валидность?);
- в главе 5.9 указана Лидская шкала оценки нейропатической боли (LANSS), однако нигде более она не анализируется;
- опросник по боли Pain DETECT, указанный в таблице 43, должен быть представлен в баллах, однако описана некая «вероятность»;
- результаты исследования внедрены в практическую работу только одной лечебно-научной организации, в которой трудоустроен исследователь.

Также есть вопросы к данной работе дискуссионного характера:

1. Как производился отбор пациентов на МВД с невралгией 2 типа с учетом того, что клиническая картина схожа с тригеминальной нейропатией, также сопровождающейся постоянной болью и с которой крайне сложна дифференциальная диагностика? Были ли определенные критерии отбора?

2. Чем вы можете объяснить наличие нейропатического компонента при невралгии?

3. Какие нейрофизиологические исследования и выявленные с их помощью изменения могут помочь в дифференциальной диагностике тригеминальной невралгии и похожих состояний?

4. Почему для анализа психопатологических состояний была выбрана акцентуация характера, а не, к примеру, индивидуально-типологический опросник?

5. Какие манипуляции производились во время повторных МВД в ранние сроки после неудачи?

6. Почему 1 месяц выбран как срок для неудачи? Если боль вернулась через 1,5 месяца, это уже будет считаться рецидивом?

7. Как вы объясните снижение болевого синдрома в динамике через несколько месяцев после не вполне удачной МВД?

8. Какие деструктивные методики вы рекомендуете при наличии нейропатического компонента боли в алгоритме принятия решений при рецидивах болевого синдрома?

9. Почему после оперативного лечения срок наблюдения в 4 года считаете достаточным?

10. Какие показания к стимуляции после развития рецидива? Какие виды стимуляции могут быть применены?

Возникшие вопросы к исследователю и замечания не влияют на общую положительную оценку работы и носят дискуссионный характер. Принципиальных замечаний по работе нет.

Заключение

Диссертация Пошатаева Владимира Кирилловича является законченной научной квалификационной работой, направленной на решение актуальной научной проблемы – усовершенствования системы диагностики и определение тактики лечения классической тригеминальной невралгии, прогнозирование исходов открытых нейрохирургических вмешательств и уточнение последующей помощи пациентам при развитии рецидивов болевого синдрома, имеющей важное значение в нейрохирургии, что соответствует критериям,

установленным «Положением о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842 (в ред. от 26.09.2022 № 1690), а её автор достоин искомой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.10. Нейрохирургия.

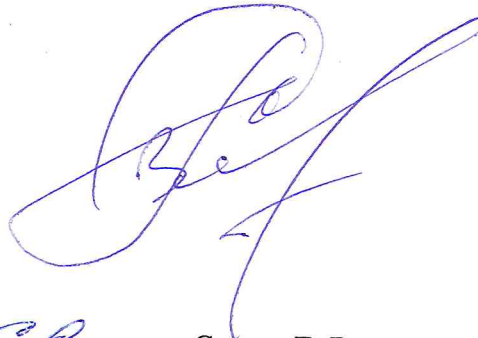

Официальный оппонент,
доктор медицинских наук,
главный врач
ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии»
Минздрава России (г. Новосибирск)

Рзаев Джамиль Афет оглы

«25» февраля 2023 г.
Согласен на обработку персональных данных.

Подпись д.м.н. Рзаева Д.А. заверяю:

Начальник отдела кадров
ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии»
Минздрава России (г. Новосибирск)



Сагель Е. В.

630087, РФ, г. Новосибирск, Немировича-Данченко улица, 132/1+7(383)349-8301,
info@neuronsk.ru

