

ОТЗЫВ

официального оппонента доктора медицинских наук Гуляева Дмитрия Александровича на диссертационную работу Мельченко Семена Андреевича на тему: «Применение орбитозигоматических доступов в хирургии опухолей основания черепа (клинико-анатомическое исследование)», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.10 Нейрохирургия

Актуальность темы исследования

Диссертация Мельченко С. А. посвящена проблеме хирургии основания черепа – применению орбитозигоматических доступов при удалении базальных опухолей.

В настоящее время орбитозигоматический доступ является рутинным для хирургии основания черепа, особенно, в хирургии краниофациальной патологии. Это обусловлено простотой его исполнения, универсальностью и низким уровнем осложнений. Предложено множество модификаций орбитозигоматического доступа, анатомические и клинические разработки ведутся во многих клиниках. Несмотря на обилие публикаций, посвященных орбитозигоматическому доступу, алгоритм выбора варианта доступа в зависимости от вида и топографоанатомического варианта патологии не разработан.

Это обуславливает несомненную актуальность и важность данной научной работы, а по медицинской и социальной значимости в настоящее время чрезвычайно необходима.

Степень обоснованности научных положений, выводов и рекомендаций

Достоверность результатов исследования обусловлена как достаточно обширным клиническим материалом (488 пациентов, которым выполнено оперативное вмешательство по поводу опухолей основания черепа с

использованием одного из вариантов орбитозигматического доступа в 6 нейрохирургическом отделении НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н. Н. Бурденко с 2006 года по 2015 гг.), используемым в работе, так и адекватным применением современных способов статистической обработки полученных данных.

Также в работе выполнен анализ морфологии скулогланичного комплекса (83 паспортизированных черепов взрослых людей из коллекции фундаментального музея кафедры анатомии человека Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского) и топографо-анатомическое исследование, на базе микрохирургической лаборатории ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» Минздрава России (г. Тюмень) 8 сторон блок-препаратов голова-шея трупного материала 6 умерших.

Результаты проанализированы с применением современных шкал и сертифицированных программных комплексов статистической обработки. Все положения, выводы и практические рекомендации диссертации убедительно аргументированы и научно обоснованы. Выводы логически вытекают из основных положений исследования, сформулированы кратко и четко. Практические рекомендации изложены конкретно и ясно и могут служить в качестве руководства для нейрохирургов, выполняющих операции с применением орбитозигматического доступа по поводу опухолей основания черепа.

Новизна исследования и полученных результатов, выводов и рекомендаций

В работе впервые на большом материале, собранном в одной клинике (ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России), проведено ретроспективное клиническое исследование с детальным анализом

функциональных исходов хирургического лечения пациентов с опухолями основания черепа, которым применялся орбитозигматический доступ. Разработан научно обоснованный вариант выбора орбитозигматического доступа.

Описанные топографо-анатомические особенности скуло-глазничного комплекса позволяют осуществлять наиболее корректное и наименее травматичное выполнение орбитозигматического доступа. Предложено использование ориентира на теле скуловой кости, что позволяет, выполняя орбитозигматический доступ, при создании костного пропила, который *начинается на теле скуловой кости с высокой долей вероятности достигнуть* латеральных отделов нижней глазничной щели. Предложено выполнение модифицированного орбитозигматического доступа из одного фрезевого отверстия, наложенного в ключевой точке гребня клиновидной кости. Разработан дифференцированный подход при выборе одного из вариантов латеральных базальных доступов в зависимости от расположения и распространенности патологического очага.

Алгоритм выбора тактики лечения, клинические выводы и результаты, полученные в данной диссертационной работе, можно рекомендовать к использованию в работе нейрохирургических отделений в РФ. Основные результаты, положения и выводы диссертации могут быть использованы в лекционных курсах, докладах и практических занятиях по хирургии основания черепа.

Полнота изложения основных результатов диссертации в научной печати

Основные положения, результаты и выводы диссертационного исследования представлены в научных публикациях, насчитывающих 11 печатных работ, в том числе 3 статьи в журналах, входящих в перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минздрава РФ для кандидатской диссертации, 1 статья – в зарубежном журнале (Scopus), 7 – в

виде статей и тезисов в научных рецензируемых журналах и материалах съездов и конференций.

Материалы диссертации были представлены на: VIII Всероссийском съезде нейрохирургов (Санкт-Петербург, 18 – 22 сентября 2018 г.); II международном форуме онкологии и радиологии (Москва, 23 – 27 сентября 2019 г.); Мастер-классе «Орбитозигоматический доступ» в научно-симуляционной лаборатории «OpenBrain» (Москва, 25 – 26 января 2020 г.); III научно-практической конференции "Анатомические исследования в хирургии головы и шеи" (Москва, 10 сентября 2021 г.); Всероссийской конференции «Современная нейрохирургия в Южном Федерально округе» (Ялта, 14 – 15 октября 2021 г.); III Сибирском нейрохирургическом конгрессе (Новосибирск, 11 – 16 июля 2022 г.); на расширенном заседании проблемной комиссии по проблеме «Хирургия основания черепа» ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н. Н. Бурденко» Минздрава России 15.07.2022 г. (протокол №1/22).

Оценка содержания диссертации, ее завершенность в целом и недостатки работы

Диссертация написана по классическому типу: содержит введение, 6 глав, заключение, выводы, практических рекомендации, список сокращений и список литературы, содержащий 82 источника (7 отечественных и 75 зарубежных публикаций).

Во введении автор обосновывает актуальность изучаемой проблемы, подчеркивает, что до сих пор нет единого мнения в отношении показаний для выбора варианта орбитозигоматического доступа при различных локализациях патологического процесса, также недостаточно изучены варианты и пределы индивидуальной изменчивости анатомии скулоглазничного комплекса в зависимости от краниометрических особенностей, очень мало работ, в которых проводился анализ результатов лечения пациентов с применением орбитозигоматического доступа. На основании четко обозначенной актуальности, новизны и практической

значимости в этом разделе ясно сформулирована цель работы. Задачи исследования логически следуют из поставленной цели.

В 1-й главе, посвященной обзору литературы, которая представлена на 46 страницах, охвачены все аспекты темы исследования. Информация представлена как в текстовом виде, так и в виде рисунков. Лаконично и методично рассмотрены краткие сведения о истории, хирургической технике, существующих модификациях, топографо-анатомических возможностях, результатах применения, мягкотканной и костной реконструкции, а также осложнениях при выполнении орбитозигматического доступа.

Во 2-й главе, посвященной материалам и методам исследования, подробно описаны этапы изучения скулоглазничного комплекса, также описана методика топографо-анатомического сравнения вариантов орбитозигматического доступа, четко обозначена характеристика клинического материала, методов исследования, хирургического лечения с их последующей оценкой.

В 3-ей главе показаны, как необходимые для хирурга закономерности строения скулоглазничного комплекса, так и достаточно широкая вариативность расстояний, анатомических структур, естественных хирургических ориентиров. Предложена точка «F» на теле скуловой кости, которую легко найти в операционной ране, что с высокой долей вероятности позволяет достигнуть нижней глазничной щели.

В 4-й главе выполнено топографо-анатомическое сравнение двухлокутного и трехлокутного орбитозигматических доступов, подробно описаны преимущества и недостатки каждого из них. Выполнено сравнение трех наиболее часто применяемых базальных латеральных доступов – двухлокутного орбитозигматического доступа, модифицированного орбитозигматического доступа и транзигматического, определены показания к применению каждого из этих доступов в зависимости от локализации патологического процесса.

В 5-й главе предложено и описано выполнение модифицированного орбитозигматического доступа из одного фрезевого отверстия, наложенного в ключевой точке клиновидного гребня, что является альтернативой классическому исполнению данного доступа.

В 6-й главе выполнен ретроспективный анализ применения орбитозигматического доступа. Выполнена оценка радикальности удаления опухолей основания черепа, определены факторы, влиявшие на радикальность. Описаны и проанализированы осложнения, выполнена оценка косметического результата после выполнения орбитозигматических доступов.

Заключение изложено конкретно и четко, отражает структуру и смысл работы. Автор обобщены полученные результаты, что представляет работу как законченное исследование, посвященное решению актуальной научно-практической задачи.

Выводы написаны в научном стиле и вытекают из поставленных задач. Практические рекомендации конструктивны.

Принципиальных замечаний к работе нет. Из недостатков стоит отметить единичные стилистические ошибки и некоторые повторения в тексте, которые не влияют на восприятие материала.

Результаты и выводы диссертационной работы могут быть использованы в повседневной практике нейрохирургических отделений для лечения пациентов с опухолями основания черепа.

Некоторые выводы и выдержки из заключения могут носить рекомендательный характер относительно алгоритмов обследования, предоперационной подготовки и выбора показаний к операциям. Основные результаты, положения и выводы диссертации могут быть использованы в лекционных курсах, докладах и практических занятиях по сосудистой нейрохирургии.

В ходе изучения диссертации возникли следующие вопросы:

1. Как часто у пациентов с экзофтальмом в раннем послеоперационном периоде возникал пульсирующий экзофтальм, как решалась данная проблема?
2. Общеизвестно, что при трехлокутном варианте доступа часто (до 30% наблюдений) в отдаленном послеоперационном периоде возникает лизис свободного костного фрагмента. Как часто отмечалось данное осложнение у Вас?
3. В чем заключается смысл сохранения чешуи височной кости и подвисочного гребня при выполнении орбитозигматического доступа, в частности описанного трехлокутного, в случаях интракраниальных патологических состояний. Является ли такой доступ в данных случаях альтернативой птериональному?
4. Насколько критично и необходимо выполнение пропила между верхней и нижней глазничной щелью при орбитозигматической остеотомии?
5. В диссертационном исследовании Вами цитируется: «...только одна узконаправленная работа, посвященная применению орбитозигматического доступа в хирургии краниофациальной патологии». Прокомментируйте, пожалуйста, содержание работ Щербинина А.В. 2003г. и Белова И.Ю. 2014г.), выполненных на базе отделения нейроонкологии института А.Л.Поленова, посвященных данному вопросу.
6. Насколько принципиально проведение остеотомии тела скуловой кости по определенным ориентирам, а не по максимально возможной траектории, в чем преимущество данного подхода?

7. В выводах указано: «При необходимости доступа к опухолям в проекции развилки средней мозговой артерии уместно использовать трансзигоматический доступ» в чем преимущества перед классическим подходом?

Содержание автореферата

Автореферат написан в классическом стиле и исчерпывающе излагает суть диссертационной работы. В частности, в нем отражены основные направления научного исследования, методы исследования, научная новизна и практическая значимость работы. Результаты, полученные в диссертации, представлены в виде иллюстрированных клинических примеров и таблиц, что полностью отражает выводы диссертации. Автореферат полностью соответствует требованиям к оформлению, предъявляемых ВАК.

Заключение

Диссертация Мельченко Семена Андреевича «Применение орбитозигоматических доступов в хирургии опухолей основания черепа (клинико-анатомическое исследование)», представленная на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.10 Нейрохирургия, является самостоятельной завершенной научно-квалификационной работой, в которой, на основании выполненных автором исследований и разработок, содержится решение научно-практической задачи – применению орбитозигоматических доступов в хирургии опухолей основания черепа, которая имеет важное значение для нейрохирургии. По своей актуальности, достоверности полученных результатов, обоснованности выводов, научной, теоретической и практической значимости диссертационная работа полностью соответствует критериям «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 №842 (в ред. от 26.01.2023), а ее автор,

Мельченко С. А., заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.10 Нейрохирургия.

Главный научный сотрудник НИЛ
интегративных нейрохирургических технологий,
профессор кафедры нейрохирургии института медицинского
образования ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр имени В.А. Алмазова» МЗ РФ,
доктор медицинских наук, доцент
ГУЛЯЕВ Дмитрий Александрович

«9» ноября 2023 года



Подпись доктора медицинских наук Гуляева Д.А.

ЗАВЕРЯЮ

Ученый секретарь ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр имени В.А. Алмазова» МЗ РФ
доктор медицинских наук, профессор
Недошивин Александр Олегович



Почтовый адрес: Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2.

Телефон: +7 (812) 702-37-30.

Электронная почта: fmrc@almazovcentre.ru