

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ИМЕНИ Р.Р. ВРЕДЕНА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ВОЕННОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ. С.М. КИРОВА»
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Стенографический отчет

ЗАСЕДАНИЕ ОБЪЕДИНЕННОГО ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА

Д 999.037.02

25 августа 2020 года

Повестка дня:

Защита диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

ВОЛКОВЫМ ИВАНОМ ВИКТОРОВИЧЕМ

на тему:

**«СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОВТОРНОГО
ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-
ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО
ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА»**

Специальности: 14.01.15 – травматология и ортопедия

14.01.18 – нейрохирургия

Научные консультанты:

– доктор медицинских наук профессор **Пташников Дмитрий Александрович**, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и

ортопедии имени Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации, научное отделение нейроортопедии с костной онкологией, заведующий отделением;

– доктор медицинских наук профессор **Коновалов Николай Александрович**, Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение спинальной нейрохирургии, заведующий.

Официальные оппоненты:

– доктор медицинских наук **Абакиров Медетбек Джумабекович**, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», кафедра травматологии и ортопедии, профессор;

– доктор медицинских наук профессор **Мануковский Вадим Анатольевич**, Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», заместитель директора по клинической работе;

– доктор медицинских наук профессор **Мушкин Александр Юрьевич**, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник

Ведущая организация – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ЗАСЕДАНИЕ ОБЪЕДИНЕННОГО ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА

Д 999.037.02

25 августа 2020 года

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ	-	доктор медицинских наук профессор ТИХИЛОВ Рашид Муртузалиевич
УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ	-	кандидат медицинских наук ДЕНИСОВ Алексей Олегович

1.	Тихилов Рашид Муртузалиевич	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
2.	Хоминец Владимир Васильевич	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
3.	Денисов Алексей Олегович	к.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
4.	Божкова Светлана Анатольевна	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
5.	Воронкевич Игорь Алексеевич	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
6.	Воронцова Татьяна Николаевна	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
7.	Дулаев Александр Кайсинович	д.м.н.	14.01.18 – нейрохирургия	Медицинские науки
8.	Касумов Вугар Рауфович	д.м.н.	14.01.18 – нейрохирургия	Медицинские науки
9.	Кенис Владимир Маркович	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
10.	Корнилов Николай Николаевич	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
11.	Кочиш Александр Юрьевич	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
12.	Куляба Тарас Андреевич	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
13.	Линник Станислав Антонович	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
14.	Неверов Валентин Александрович	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки

15	Пташников Дмитрий Александрович	д.м.н.	14.01.18 – нейрохирургия	Медицинские науки
16	Олюшин Виктор Емельянович	д.м.н.	14.01.18 – нейрохирургия	Медицинские науки
17	Родоманова Любовь Анатольевна	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
18	Черebilло Владислав Юрьевич	д.м.н.	14.01.18 – нейрохирургия	Медицинские науки
19	Шаповалов Владимир Михайлович	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
20	Шведовченко Игорь Владимирович	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки
21	Шильников Виктор Александрович	д.м.н.	14.01.15 – травматология и ортопедия	Медицинские науки

На заседании диссертационного совета присутствуют 21 член диссертационного совета, дополнительно введены на разовую защиту 5 человека, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации: по специальности 14.01.15 - травматология и ортопедия – 15, по специальности 14.01.18 – нейрохирургия – 5

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Уважаемые члены совета, кворум имеется. На повестке дня – защита диссертации **Волковым Иваном Викторовичем** на тему: «Совершенствование системы повторного оперативного лечения пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.15 – травматология и ортопедия и 14.01.18 – нейрохирургия

Диссертация выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Российский ордена Трудового Красного Знамени научно-

исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научные консультанты:

- доктор медицинских наук профессор **Пташников Дмитрий Александрович**, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации, научное отделение нейроортопедии с костной онкологией, заведующий отделением.
- доктор медицинских наук профессор **Коновалов Николай Александрович**, Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение спинальной нейрохирургии, заведующий.

Официальные оппоненты:

- доктор медицинских наук **Абакиров Медетбек Джумабекович**, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», кафедра травматологии и ортопедии, профессор;
- доктор медицинских наук профессор **Мануковский Вадим Анатольевич**, Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», заместитель директора по клинической работе;
- доктор медицинских наук профессор **Мушкин Александр Юрьевич**, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник

В качестве ведущей организации – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Для проведения разовой защиты дополнительно введены в состав совета по специальности 14.01.18 – нейрохирургия (медицинские науки) – 5 человек

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Уважаемый Рашид Муртузалиевич!

Уважаемые члены диссертационного совета!

Волков Иван Викторович родился в 1979 году в Санкт-Петербурге.

В 2003 году Иван Викторович окончил Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В 2011 году Волков Иван Викторович защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Оценка результатов и прогнозирование эффективности микродискэктомии».

С 2017 года по настоящее время работает лаборантом-исследователем научного отделения нейроортопедии с костной онкологией в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

На защиту представлены документы в соответствии с требованиями Положения о диссертационном совете от 10 ноября 2017 г. №1093:

- копия диплома о высшем образовании Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.

академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

- отзывы официальных оппонентов, ведущей организации, научных консультантов, отзывы на автореферат.

Все документы оформлены в соответствии с требованиями Положения о порядке присуждения ученых степеней № 842 от 24 сентября 2013 года

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо Алексей Олегович, есть вопросы к ученому секретарю? Вопросов нет. Слово предоставляется Волкову Ивану Викторовичу, для изложения основных положений диссертационного исследования

ВОЛКОВ И.В.

Глубокоуважаемый председатель!

Глубокоуважаемые члены диссертационного совета!

Глубокоуважаемые коллеги и гости! (Слайд 1)

Слайд 2. Актуальность

Актуальность выбранной темы исследования обусловлена распространением дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и большим количеством проводимых оперативных вмешательств. Заболеваемость составляет около пяти тысяч на сто тысяч населения в год в индустриально развитых странах. Оперируется от 50 до 130 человек на сто тысяч населения в год

Слайд 3. Актуальность

Нерешенной проблемой оперативного лечения ДДЗП является сохранение у части пациентов болевого синдрома, в том числе так называемого синдрома неудачных операций на позвоночнике. Повторное оперативное лечение также является актуальной проблемой, показание к его выполнению могут

возникать от пяти до почти пятидесяти процентов случаев в зависимости от исходной патологии и объема первичного вмешательства

Слайд 4. Актуальность

Результаты повторных вмешательств по данным литературы в целом хуже первичных. Хронические послеоперационные болевые синдромы встречаются почти уже в трети случаев, десять процентов пациентов имеют три и более повторных вмешательств в анамнезе. При этом отсутствует единый преемственный подход к диагностике определения тактики лечения таких пациентов

Слайд 5. Цель исследования

Цель исследования - усовершенствовать диагностическую программу, обосновать и апробировать в клинике оптимизированные подходы к выбору лечебной тактики у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника, нуждающихся в повторных оперативных вмешательствах

Слайд 6. Задачи исследования

Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить и систематизировать структуру повторных оперативных вмешательств и показаний к их выполнению у пациентов, первично оперированных по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника
2. Провести сравнительный анализ результатов различных типов повторных вмешательств у профильных пациентов, выяснить причины и факторы риска неудовлетворительных исходов
3. Систематизировать структуру хронических болевых синдромов у оперированных пациентов, выявить факторы риска их развития, оценить возможности интервенционной диагностики и пункционного лечения

Слайд 7. Задачи исследования

4. Усовершенствовать систему ведения пациентов, нуждающихся в повторном оперативном лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника, разработать соответствующие диагностические и лечебные алгоритмы
5. Оценить эффективность усовершенствованной диагностической программы и оптимизированных подходов к выбору лечебной тактики в рамках проспективного клинического исследования
6. Сравнить возможности стандартной и усовершенствованной диагностических программ, а также эффективность традиционной и оптимизированной тактики повторного оперативного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника

Слайд 8. Материал и методы

Материалом для исследования послужила медицинская документация и данные обследования 753 пациентов, оперированных по поводу дегенеративно-дистрофической патологии поясничного отдела позвоночника в федеральном государственном бюджетном учреждении НМИЦ травматологии и ортопедии имени Вредена и ФГБУ Всероссийского центра экстренной медицины Никифорова МЧС России в период с 2010 по 2016 год. Пациенты были разделены на три группы, согласно разработанной структуре исследования

Слайд 9. Структура исследования

Диссертационная работа состояла из трех этапов. На первом этапе решались первые две задачи, проводилось изучение структуры повторных оперативных вмешательств, ретроспективная оценка результатов повторного оперативного лечения в группе из 340 пациентов, оперированных в 2010 - 2013 годах. На втором этапе решалась задача изучения структуры оценки результативного операционного лечения хронических послеоперационных болевых синдромов, для чего была сформирована вторая группа из 197 пациентов с

двухлетним проспективным прослеживанием исходов. На основании анализа результатов повторного оперативного лечения, традиционного лечения этих двух групп пациентов были разработаны алгоритмы, которые были использованы в заключительном этапе исследования при обследовании и лечения группы из 216 пациентов с проспективным прослеживанием результатов в течение двух лет после операции. Шестая задача решалась сравнением результатов лечения первой и третьей групп пациентов

Слайд 10. Критерии соответствия

В исследование включались пациенты, первично оперированные по поводу грыжи межпозвонкового диска, дегенеративного спинального стеноза, спондилолистеза, дегенеративной нестабильности на одном или нескольких уровнях в объеме дискэктомия, декомпрессия позвоночного канала или декомпрессионно-стабилизирующего вмешательства. Показания к повторным вмешательствам должны были быть обусловлены: рецидивом исходной патологии на уровне вмешательства, патологией смежного уровня, псевдоартрозом, несостоятельностью фиксирующей системы или прогрессированием дегенеративной деформации позвоночника, по поводу чего могли выполняться декомпрессионные, декомпрессионно-стабилизирующие операции, в том числе с коррекцией деформации

Слайд 11. Критерии соответствия

В исследование не включались пациенты первично оперированные по поводу сколиотических или кифотических деформаций позвоночника и спондилолистеза. Также исключались пациенты, которым выполнялись ревизионные вмешательства по поводу патологии послеоперационной раны, неадекватной декомпрессии или порочной имплантации

Слайд 12. Методы исследования

Методы исследования включали стандартные клинические методы обследования и лучевую диагностику, а также формализованную оценку

болевого синдрома и связанных с ними нарушений жизнедеятельности на основании общепринятых цифровой шкалы боли, освестровского опросника нарушения жизнедеятельности при боли в спине и индекса радикулопатии. Для изучения послеоперационных болевых синдромов использовались селективные лечебно-диагностические блокады под контролем ультразвуковой или флюороскопической навигации

Слайд 13. Оценка исходов

Для оценки исходов использовались следующие критерии удовлетворительных результатов: снижение болевого синдрома на 50% от исходного или болевой синдром менее 4 баллов по цифровой шкале боли, индекс ODI менее 30%, индекс радикулопатии менее 7 баллов. Сохранение этого эффекта в течение двух лет и более, а также отсутствие факта очередных, третьих и более повторных вмешательств

Слайд 14. Результаты исследования. Задача 1

В ходе решения первой задачи исследования - изучение структуры повторных операций и показаний к ним, в ретроспективной группе пациентов получены следующие результаты: рецидивы грыж дисков или спинального стеноза после декомпрессионных вмешательств имели место в 36,5 случаев, последствия декомпрессионно-стабилизирующих вмешательств в виде псевдоартроза, синдрома уровня проксимально-переходной патологии имели место в 44% случаев. Формирование дегенеративной деформации, как ведущей патологии имело место в 13,8% случаев, в 63% случаев указанные виды патологии развивались в первые два года после первичного вмешательства

Слайд 15. Результаты исследования. Задача 1

В структуре повторных операций закономерно преобладали декомпрессионно-стабилизирующие вмешательства, в том числе с

коррекцией деформации. Повторные дискэктомии выполнялись менее, чем в половине случаев при рецидивах грыж и в целом составил 44% от общего количества вмешательств. Повторные декомпрессии дискэктомии или декомпрессии на смежных уровнях встречались крайне редко

Слайд 16. Результаты исследования. Задача 2

При оценке исходов повторного оперативного лечения в группе ретроспективного наблюдения, то есть в ходе решения второй задачи исследования получены следующие результаты. В целом положительные исходы имели место у 205 пациентов из 340 или в 60,3% случаев. Негативные результаты лечения имели место почти в 40% случаев, в 27,6% случаев они были обусловлены сохранением хронического болевого синдрома, у 19,2% случаев фактом выполнения очередных повторных вмешательств

Слайд 17. Результаты исследования. Задача 2

При анализе исходных, повторного оперативного лечения в зависимости от патологии и выполненных вмешательств были получены следующие данные. Случаи рецидивов грыж дисков, результаты повторной дискэктомии и спондилодез не имели достоверных различий, однако после повторной дискэктомии в 12% случаев имели место рецидивы грыж, требующие очередных повторных вмешательств, чего не было после выполнения спондилодеза. Хронический болевой синдром до операции и выраженная смежная дегенерация были фактором риска развития негативных результатов повторной дискэктомии, в случаях со спондилодезом такие факторы риска выявлены не были

Слайд 18. Результаты исследования. Задача 2

Результаты первичного спондилодеза при рецидивах спинального стеноза, повторного спондилодеза, при псевдоартрозах или смежного спондилодеза с

продлением фиксации при синдроме смешанного уровня достоверно не отличались. Количество очередных, третьих по счету вмешательств после этих операций также достоверно не различалось. Общими факторами риска негативных исходов была выраженная смежная дегенерация, протяженность фиксации более 3 сегментов и неадекватное восстановление параметров сагиттального профиля поясничного отдела позвоночника с сохранением ретроверсии таза, общего дефицита поясничного артроза или дефицита лордоза в нижних поясничных сегментах

Слайд 19. Результаты исследования. Задача 2

Исходы корригирующих операций, как наиболее сложных закономерно продемонстрировали наибольший процент неудовлетворительных результатов и повторных вмешательств, при этом результаты не зависели от объемов вмешательства и протяженности фиксации, и целиком определялись полнотой коррекции сагиттального профиля и сагиттального балла

Слайд 20. Результаты исследования. Задача 3

В ходе второго этапа решения третьей задачи исследования изучалась группа пациентов с хроническими послеоперационными болевыми синдромами. При отборе пациентов использовались дополнительные критерии включения, болевой синдром устойчивый должен был сохраниться или появиться в течение двух лет после операции. Наличие очевидных показаний повторного оперативного лечения в виде рецидива грыжи или спинального стеноза, псевдоартроза, проксимальной переходной патологии, сегментарной нестабильности или выраженной деформации позвоночника были критериями исключения

Слайд 21. Результаты исследования. Задача 3

Структура болевых синдромов в большинстве случаев исследовалась, в том числе с использованием селективно-корригируемых диагностических блокад

на основании характерной клинической картины диагностировался только корешковый болевой синдром. Почти в 65% случаев у пациентов имели место корешковые и фасеточные боли, а также болевая дисфункция крестцово-подвздошного сочленения, то есть болевые синдромы, имеющие четкие критерии диагностики и эффективные методы лечения. Хроническая дискогенная или миофасциальная боль определена суммарно в 10 % случаев. Лечение болевых синдромов не удалось однозначно установить у 18% случаев, однако у этих пациентов имели место другие состояния, а именно проксимальный переходный кифоз, умеренное нарушение сагиттального профиля, выраженная смежная дегенерация, угловая нестабильность при функциональной спондилографии, эти состояния могли быть потенциально самостоятельной причиной болей. Эти изменения у части пациентов в совокупности с неэффективностью оперативного лечения определили показания к повторной хирургии, которая была эффективна в результате более чем в половине случаев. В 7,1% случаев у пациентов болевой синдром не являлся патологией позвоночника, определялся конкурирующей патологией со сходной клинической картиной

Слайд 22. Результаты исследования. Задача 3

Факторы риска развития болевых синдромов удалось установить в наиболее часто встречающихся послеоперационных болевых синдромах, вероятность сохранения корешковых болей после операции увеличивалась при наличии симптомов радикулопатии до операции более четырех месяцев, фасеточный болевой синдром продемонстрировал связь дефицита лордоза в нижних поясничных сегментах, синдром крестцово-подвздошного сочленения с протяженной фиксацией и сохраняющейся после операции ретроверсии таза

Слайд 23. Результаты исследования. Задача 3

Для пункционного лечения посткомпрессионной радикулопатии применялась радиочастотная импульсная абляция и эпидуральное введение

глюкокортикостероидов, при фасет-синдроме - радиочастотная денервация, при синдроме КПС - интраартикулярные блокады и радиочастотная денервация. В целом у 55,3 % достигнуты положительные результаты, 10,7 % пациентов интервенционная диагностика помогла уточнить хирургическую значимость имеющихся патологических изменений в позвоночнике и обосновать показания к повторным вмешательствам, которые оказались эффективными. У 7,1 % пациентов интервенционная диагностика позволила исключить спинальное происхождение болевого синдрома. Таким образом, при использовании интервенционной диагностики и пункционного лечения суммарно удалось помочь 73,1 % пациентов с послеоперационными болевыми синдромами

Слайд 24. Результаты исследования. Задача 4

На основании ранее полученных данных для решения 4 задачи исследования были разработаны и оптимизированы диагностические и лечебные алгоритмы. Алгоритм первичного обследования пациентов с оперированным позвоночником, включал: последовательное использование стандартных методов лучевой диагностики, таких как КТ, МРТ, спондилография и функциональная спондилография. При выявлении очевидных показаний к оперативному лечению, таких как рецидив стеноза, псевдоартроз, проксимальная переходная нестабильность с выраженной деформацией, сегментарная нестабильность, для планирования хирургии использовался соответствующий алгоритм повторного оперативного лечения. При отсутствии очевидных показаний к операции пациенту проводилась интервенционная диагностика причин этих болевых синдромов

Слайд 25. Результаты исследования. Задача 4

Основой алгоритма интервенционной диагностики и пункционного лечения было выполнение селективных блокад межпозвонковых суставов, КПС, других суставов и периферических нервов при необходимости для

определения причины болевого синдрома и выбора дальнейшей тактики лечения - выполнения радиочастотной денервации или импульсной абляции спинальных ганглиев или лечения конкурирующей патологии. В случае отсутствия эффекта от интервенций при наличии умеренной деформации РЖК или угловой сегментарной нестабильности выставлялись показания к повторному оперативному лечению, в остальных случаях пациенту рекомендовалось выполнение нейромодуляции при корешковом болевом синдроме или длительного реабилитационного лечения при аксиальном болевом синдроме

Слайд 26. Результаты исследования. Задача 4

При исследовании факторов риска неудовлетворительных результатов параметры сагиттального баланса и полнота их восстановления имели наибольшее значение, поэтому коррекции сагиттального профиля поясничного отдела позвоночника в разработанном алгоритме повторного оперативного лечения уделялось наибольшее значение. Спондилодез "in situ" выполнялся только при сохраненном лордозе, в остальных случаях делался выбор в пользу вмешательств с остеотомией задних структур, полноценным релизом, трансфораминальным спондилодезом с транспедикулярной фиксацией. В случае выраженных ригидных деформаций появлялась необходимость выполнять корригирующие остеотомии большего объема с протяженной фиксацией вплоть до верхних грудных сегментов. Повторная дискэктомия или декомпрессия позвоночного канала выполнялись только при изолированном корешковом болевом синдроме и отсутствии деформации, выраженной смежной дегенерации

Слайд 27. Результаты исследования. Задача 4

Наличие нестабильности фиксирующей системы значительно влияет на планирование повторного вмешательства на позвоночнике. Значительный остеолит вокруг транспедикулярных винтов может делать невозможным

установку ревизионных винтов большего диаметра, а цементное усиление винтов малоэффективно так как цемент распространяется в зоне наименьшего сопротивления по костному каналу удаленного винта, а не заходит в костные трабекулы. Это заставляет продлевать фиксацию и уменьшать количество опорных элементов конструкции, что иногда может быть нежелательным. Для решения этой проблемы разработан оригинальный баллон катетер, который может быть надет на стандартную иглу Ямшиди

Слайд 28. Результаты исследования. Задача 4

После введения в тело позвонка баллон раздувается в зоне корня дуги, obtурирует костный канал и препятствует обратному току цемента, способствуя распространению в костную ткань. Схема, интраоперационное фото и рентгенограмма представлены на слайде

Слайд 29. Результаты исследования. Задача 5

На заключительном этапе исследования для решения пятой задачи проводилась клиническая апробация разработанных алгоритмов в ходе проспективного изучения результатов лечения третьей группы из 216 пациентов. Помимо определения показаний планирования повторного оперативного вмешательства, разработанные алгоритмы использовались и при возникновении или сохранении болевого синдрома уже после операции. В случае отсутствия хирургических показаний проводилось пункционное лечение, то есть по сути интраоперационное долечивание пациента, факт выполнения интервенции в случаях их эффективности не считался негативным исходом оперативного лечения

Слайд 30. Результаты исследования. Задача 6

Исходя из выбранных критериев оценки исходов, положительные результаты повторного оперативного лечения в группе номер три достигнуты в 73,6% случаев, негативного исхода определялись сохранением или возникновением

болевого синдрома в 13,9% случаев или выполнение очередных вмешательств в 12,5% случаев

Слайд 31. Результаты исследования. Задача 6

Для решения последней задачи исследования проведено сравнение результатов лечения в первой и третьей группах пациентов. При сравнении основных оцениваемых параметров принципиальных различий не выявлено. В группе номер три отмечено больше пациентов с хроническими болевыми синдромами и двигательными нарушениями чаще выполнялись операции большего объема, чем в группе №3

Слайд 32. Результаты исследования. Задача 6

При сравнении результатов в группе номер три было достоверно больше пациентов с положительными исходами, достоверно меньше пациентов с хроническими послеоперационными болевыми синдромами, достоверно меньше пациентов, которым понадобилось выполнение очередных повторных вмешательств. В результате все задачи и цели исследования были достигнуты

Слайд 33. Научная новизна

Научная новизна исследования определяется тем, что на большом клиническом материале систематизирована структура повторных оперативных вмешательств и показаний к их выполнению у пациентов, первично оперированных по поводу ДДЗП поясничного отдела, прослежены результаты оперативного лечения с катамнезом до десяти лет. Определены факторы риска развития основных патологических состояний, определяющих показания к повторному оперативному лечению и факторы прогнозирования эффективности основных типов хирургических вмешательств у пациентов изучаемого профиля. Усовершенствована программа диагностики пациентов

с патологией оперированного позвоночника, определено значение лучевых методов исследования и параметров, нуждающихся оценке

Слайд 34. Научная новизна

Изучены виды хронических болевых синдромов, сохраняющихся или возникающих у пациентов после хирургических вмешательств по поводу ДДЗП поясничного отдела, получена новая информация об их распространенности и структуре, определена роль методов интервенционной диагностики и пункционного лечения. Оптимизированы подходы к тактике лечения пациентов изучаемого профиля, уточнены показания к основным типам повторных оперативных вмешательств, в том числе критерии выбора вида и протяженности вертебротомии, спондилодеза и спондилосинтеза. Разработано устройство для открытой интраоперационной цементной вертебропластики при ревизионных вмешательствах на позвоночнике, получен патент на полезную модель

Слайд 35. Выводы

Выводы и практические рекомендации разрешите не зачитывать, они представлены в автореферате

Слайд 36. Благодарю за внимание

Благодарю за внимание

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо Иван Викторович. Уважаемые коллеги, кому угодно задать вопросы? Пожалуйста, Владимир Маркович

Д.м.н. КЕНИС В.М.

Спасибо большое за интересный доклад. Вопрос может быть немножко в сторону. Как вы видите, с высоты своего опыта, место хронической

эпидуральной электростимуляции в лечении синдрома перелома позвоночника?

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Ответьте, пожалуйста, Кенису Владимиру Марковичу

ВОЛКОВ И.В.

Глубокоуважаемый Владимир Маркович, безусловно синдром неудачных операций на позвоночнике — это очень актуальная тема, и на самом деле хроническая стимуляция спинного мозга или метод нейромодуляции, это единственное, что считается эффективным в лечении этого болевого синдрома. Мы в рамках диссертационной работы не оценивали результаты нейромодуляции. В ходе реализации разработанных алгоритмов выставлялся диагноз синдрома оперированного позвоночника, который подразумевает отсутствие хирургических показаний и отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения, в том числе от таких интервенционных методов, если при этом у нас ничего не получилось, значит, не работает

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Владимир Маркович, Вы удовлетворены ответом?

Д.м.н. КЕНИС В.М.

Да

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Еще вопросы, уважаемые коллеги. Разрешите один вопрос, может быть он немножко такой банальный, но мне все-таки интересно. Скажите, пожалуйста, какие причины все-таки неудач, в чем критерии естественного развития, биологического развития дистрофического процесса, это ятрогения, это использование несовершенных технологий операции на

предыдущих этапах. Как по вашей точке зрения, человека имеющего достаточно большое количество наблюдений?

ВОЛКОВ И.В.

Глубокоуважаемый Рашид Муртузалиевич, существует, наверное, три причины неудач

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Конкретно по вашей работе

ВОЛКОВ И.В.

В нашей работе, первая причина действительно дефект хирургии, это то, что могли сделать по-другому во время первичной и повторной операции, ну как пример, это восстановление сагиттального баланса, если это не сделано, то запускается определенный процесс, который приводит к прогрессированию дегенерации и появлению очередных проблем у пациентов. Это первое. Второе, естественно мы не можем сбрасывать со счетов естественное течение дегенеративного процесса, который естественно идет. В нашем случае только 63% пациентов повторно оперируются в течение первых двух лет после первичной операции, значит, в этой ситуации можно говорить о том, это, наверное, какая-то вина предшествующей операции. Все остальные оперированные сроки до десяти лет, понятное дело, что после десяти лет этот дегенеративный процесс, а не выполненные вмешательства

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо, скажите, пожалуйста, по данным института вы анализировали именно повторные операции. А, какой процент после первичных операций, если вы анализировали, обращались, есть ли у вас такие данные? Насколько эффективно мы работаем?

ВОЛКОВ И.В.

Нет, мы анализировали только повторно оперированных пациентов, то есть пациент включался только при наличии факта повторной операции

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Понятно, ясно. И последний вопрос. Скажите, пожалуйста, исключением была ятрогения, вы ее убрали, вы не анализировали, ну я знаю при эндопротезировании, сколько там бывает неприятностей, вот спинальная хирургия все-таки, как часто, та ятрогения, которая привела к повторным вмешательствам в ближайшее время, как часто бывает?

ВОЛКОВ И.В.

Показания к крайним ревизионным вмешательствам, т.е. по поводу порочной имплантации неполноценной декомпрессии, сильно варьирует в зависимости от исходной патологии. При протяженной фиксации при хирургии деформации позвоночника количество ревизий достигает 20%, может достигать из-за каких-то проблем, в случае грыж дисков, безусловно, это, наверное, менее 1% и зависит в первую очередь от опытности оперирующего хирурга

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Понятно, у меня все вопросы. Вопросы, уважаемые коллеги, появились еще? Прошу вас, конечно

Д.м.н. профессор ОЛЮШКИН В.Е.

Иван Викторович, у меня вопрос тоже простой, вот повторные операции, которые вы делаете, сроки на основании, когда вы считаете целесообразно делать. Человека прооперировали, у него возникла болезнь оперированного позвоночника, когда его следует на основании вашей работы оперировать и влияет ли так сказать срок наблюдения на результат повторной операции?

Это первый вопрос. А второй, вот третья задача третья группа, результаты, вы можете охарактеризовать, что Вы считается удовлетворительными результатами, у вас термин удовлетворительный результат и негативный результат, что вы считаете удовлетворительным, что считаете негативным результатом?

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Прошу ответить профессору Олюшину Виктору Емельяновичу

ВОЛКОВ И.В.

Глубокоуважаемый Виктор Емельянович, первый вопрос по поводу, когда нужно оперировать. Показания, как только у пациента появляется болевой синдром, если есть неэффективность консервативного лечения, при обследовании выявлен хирургический субстрат и пациент согласен на повторную операцию, значит уже можно оперировать. С точки зрения синдрома неудачных операций, синдром оперированного позвоночника, в настоящее время определение этой ситуации, то есть синдром повторно неудачно оперированного позвоночника не надо оперировать, это та ситуация, когда оперировать нечего, консервативное лечение не помогает и пациенту нужно использовать методы нейромодуляции, ну и какие-то методы консервативного лечения с использованием тяжелых психотропных препаратов для снижения болевых синдромов. Это первый вопрос. Второй вопрос по поводу выбранной системы оценки, дело все в том, что выбранная группа пациентов была достаточно гетерогенной, понятно, что сравнивать результаты лечения у пациентов оперированных пожилого возраста, оперированных с протяженной фиксацией по поводу полисегментарных стенозов, пациентов, которые оперированы по поводу рецидива грыжи очень тяжело, и действительно состояние будет разное. Поэтому для оценки результатов были выбраны системы, которые используются вот именно в работах по интервенционному лечению боли, есть болевой синдром, выбрано

какое-то лечение, достигнуто снижение болевого синдрома, как минимум на 50%, этот эффект сохраняется ну, от полугода там и больше, это по данным литературы, это считается хорошим результатом, удовлетворительным. Соответственно, если этого не происходит, то есть болевой синдром или не снимается, или возникает раньше, это негативный результат, именно эту систему оценки мы использовали

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Виктор Емельянович, Вы удовлетворены ответом?

Д.м.н. ОЛЮШИН В.Е.

Спасибо

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Пожалуйста, еще вопросы, уважаемые коллеги. Вопросы все. По регламенту объявляется технический перерыв

(Технический перерыв)

(После перерыва)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Уважаемые коллеги, продолжим нашу работу, и разрешите предоставить слово одному из научных консультантов – доктору медицинских наук профессору **Пташникову Дмитрию Александровичу**, который охарактеризует диссертанта

Д.м.н. профессор ПТАШНИКОВ Д.А.

Глубокоуважаемый Рашид Муртузалиевич!

Глубокоуважаемые члены диссертационного совета!

На самом деле я вот сейчас с легкостью уже себя чувствую здесь на трибуне потому что в какой-то определенный многолетний напряженный период касаемый данной работы практически позади. Мне легко представлять Ивана

Викторовича, потому что в наших кругах вертебрологов, это очень известный человек, это эксперт, который занимается проблемой лечения болевых синдромов, это человек, который занимается активным хирургическим вмешательством у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, все мы знаем его замечательные мастер классы по данным видам проблем и все мы его прекрасно знаем, как одного из лидеров в нашей стране по эндоскопической хирургии позвоночника. С его помощью данное направление получило развитие в стенах нашего института, и наверно по количеству операций мы уже перешли нашего помощника и учителя в чем-то. Вот поэтому действительно наша совместная деятельность привела к тому, что мы сегодня видим на этих слайдах, на этой презентации. Иван Викторович, конечно, это трудоголик, который по сумасшедшему в положительном смысле слова предан своей специальности. Большое количество операций, большое количество клинических случаев, место работы два, три на сегодняшний день, которое позволяет охватить большое количество пациентов, единственный недостаток в том, что количество практической деятельности долгое время нам мешало завершить все-таки ту научную часть работы, которая была необходима. Ну, наконец то все позади и действительно такую работу, связанную с лечением повторных операций, мог взять на себя только человек, который делает эти повторные операции, знает, что это такое, знает, что такое синдром неудачно оперированного позвоночника, который мы сегодня уже неоднократно обсуждали. И у Ивана Викторовича было до сегодняшнего момента только два недостатка, первый недостаток он долго не был членом ассоциации хирургов-вертебрологов, которую он исправил наконец в этом году. Ну, и второй недостаток все-таки итог вот этой многолетней работы еще до сих пор не был подведен. Поэтому я приглашаю всех членов диссертационного совета поставить свою оценку тому, что мы сегодня с вами слышали. Спасибо

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо, Дмитрий Александрович, разрешите предоставить слово Ученому секретарю Денисову Алексею Олеговичу, для ознакомления с отзывами.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Уважаемый Рашид Муртузалиевич!

Уважаемые члены диссертационного совета!

В диссертационном совете имеется:

- отзыв научного консультанта д.м.н. профессора Пташникова Дмитрия Александровича;
- отзыв научного консультанта д.м.н. профессора Коновалова Николая Александровича;
- заключение ученого совета Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский ордена Трудового Красного знамени научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации, от 25 ноября 2019 года протокол № 7 с рекомендацией диссертации к защите в совете по травматологии и ортопедии. Заключение подписано ученым секретарем института кандидатом медицинских наук Денисовым Алексеем Олеговичем и утверждено директором института, доктором медицинских наук профессором Тихиловым Рашидом Муртузалиевичем 26 ноября 2019 года.
- отзыв официального оппонента - доктора медицинских наук Абакирова Медетбека Джумабековича;
- отзыв официального оппонента - доктора медицинских наук профессора Мануковского Вадима Анатольевича;
- отзыв официального оппонента - доктора медицинских наук профессора Мушкина Александра Юрьевича;
- отзыв ведущей организации - Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский

исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Отзыв подготовлен: Королевым Святославом Борисовичем, доктором медицинских наук профессором, кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева, профессор и Кравец Леонидом Яковлевичем, доктором медицинских наук профессором, группа микронеурхирургии, главный научный сотрудник, кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева, профессор. Отзыв обсужден и утвержден на расширенном заседании Проблемной комиссии по травматологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России 29 января 2020 года, протокол № 1 и утвержден первым проректором, доктором медицинских наук Клеменовой Ириной Александровной, 17 февраля 2020 года.

Отзыв положительный, но в порядке дискуссии хотелось бы получить ответы соискателя на следующие вопросы:

1. С чем связана выбранная система оценки исходов оперативного лечения, несколько отличающаяся от общепринятых?

2. В работе большое внимание уделяется диагностике и лечению хронических болевых синдромов, однако не совсем ясно место пункционных вмешательств в предлагаемой системе повторного оперативного лечения. Могут ли эти методы быть альтернативой открытой хирургии?

3. В разработанном тактическом алгоритме методом выбора коррекции поясничного лордоза при повторных вмешательствах представлен только вариант комбинации остеотомии по Смит-Петерсону и трансфораминального спондилодеза, однако известны и существенные недостатки этого метода – риск повреждения нервно-сосудистых элементов на фоне спаечного процесса, высокая травматичность и опасность развития послеоперационной инфекции. Возможны ли альтернативные способы их преодоления?

На автореферат диссертации Волкова Ивана Викторовича поступили отзывы: – доктора медицинских наук профессора Тиходеева Сергея Александровича, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница №2», специализированное травматолого-ортопедическое-нейрохирургическое отделение, заведующий, г. Санкт-Петербург; – доктора медицинских наук, профессора Скоромца Тараса Александровича, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение нейрохирургии, руководитель, г. Санкт-Петербург; – доктора медицинских наук, доцента Давыдова Дениса Владимировича, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Министерство обороны Российской Федерации, Центр травматологии и ортопедии, операционное отделение, начальник, г. Москва.

Отзывы положительные. Критических замечаний не содержат.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо Алексей Олегович! Иван Викторович, прошу вас ответить на вопросы, которые были поставлены в отзыве ведущей организации

ВОЛКОВ И.В.

Первый вопрос был о выбранной системе оценки, я уже так получилось, что частично на него ответил. Данная система оценки была связана с гетерогенностью группы пациентов и необходимостью привести их к одинаковому знаменателю, была выбрана система, принятая для исследований, посвященных лечению болевого синдрома. Второй вопрос, по поводу диагностики лечения хронических болевых синдромов, интервенционные методы лечения боли не являются альтернативой открытой хирургии конечно же интервенционные методы лечения боли играют

значительную роль в структуре долечивания пациентов с какими-то остаточными болевыми синдромами без факта наличия показаний к повторной хирургии. Ну, и в некоторых случаях методы интервенционной диагностики позволяют уточнить показания к хирургическому вмешательству, то есть если они не эффективны, то действительно можно рассматривать какой-то вариант повторной хирургии. Третий вопрос, по поводу преимущественного выбора алгоритмов задних методов остеотомий, безусловно, сейчас актуально и очень активно обсуждается хирургия передне-боковыми доступами, безусловно, это очень важное направление, которое также используется при повторном оперативном лечении, но в большинстве случаев в нашем материале пациенты требовали все таки выполнения задних доступов, потому что как правило патология этого требовала, это были или нестабильности фиксирующей системы, то есть требуется задний доступ для ее установки, это были какие то деформации сформированной костным блоком, когда необходимо было тоже и эффективно было выполнять заднюю остеотомию. И, вообще в целом количество пациентов для анализа, ретроспективного анализа пациентов, оперированных передним доступом достаточно мало, поэтому действительно сделать какие-то выводы достаточно сложно

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо Иван Викторович. Уважаемые коллеги, мы выслушали ответы и переходим к заслушиванию официальных оппонентов. Разрешите предоставить слово первому официальному оппоненту – доктору медицинских наук профессору Мануковскому Вадиму Анатольевичу, Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», заместитель директора по клинической работе

Д.м.н. профессор МАНУКОВСКИЙ В.А.

Отзыв положительный, но в ходе ознакомления с диссертационной работой возник ряд вопросов, требующих дополнительного обсуждения в ходе дискуссии:

1. В работе выполнен подробный анализ результатов интервенционной диагностики и пункционного лечения хронических болевых синдромов в отдельной клинической группе пациентов. Каковы результаты применения предлагаемого алгоритма диагностики и лечения в проспективной группе пациентов - изменилась ли структура болевых синдромов и/или исходы вмешательств?

2. По какой причине в исследовании не изучались методы нейромодуляции, как наиболее перспективные в лечении «синдрома оперированного позвоночника»?

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо большое Вадим Анатольевич. Иван Викторович, прошу вас ответить официальному оппоненту

ВОЛКОВ И.В.

Вадим Анатольевич, в первую очередь огромная благодарность за согласие выступить в качестве официального оппонента и за внимательное отношение к работе и высказанные очень ценные замечания. В ходе исследования, исходя из целей и задач исследования, не было задачи в сравнении второй и третьей группы больных. Вторая группа была исключительно для изучения хронических болевых синдромов, но тем не менее структура болевых синдромов, что во второй и в третьей групп пациентов примерно одинаковая, так как в принципе пациенты исходя из первичной патологии и исходя из выполненных операций, эти группы пациентов были относительно однородны. Поэтому группы болевых синдромов прямо такая же в третьей группе пациентов, то есть две трети, это корешковый болевой синдром,

фасетки, немного межпозвоночные диски на вышележащих уровнях были источником боли. Исходы вмешательств в принципе да изменились, основная идея использования традиционных методов диагностики и лечения в третьей группе пациентов была в долечивании по сути дела пациентов, если после операции сохранялись какие-то боли, то тогда пациенты проводились диагностика при необходимости пункционное лечение, и именно это дало в том числе улучшение результатов по сравнению с первой группой пациентов. Безусловно, использование этих методов значительно изменило общие исходы систем повторного оперативного лечения. По поводу нейромодуляции, безусловно, это отдельная область, это лечение хронической боли в тех случаях, когда хирургии уже нет, в тех случаях, когда другие методы бессильны, соответственно, чтобы не отягощать, не усложнять работу, не увеличивать ее объем и содержание было решено не исследовать эти методы лечения, тем более что в тех отделениях, в которых осуществлялась работа, нейромодуляция, стимуляция спинного мозга является рутинным методом и таких пациентов просто не очень много

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Вадим Анатольевич, Вы удовлетворены ответами!

Д.м.н. профессор МАНУКОВСКИЙ В.А.

Спасибо

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Разрешите предоставить слово второму официальному оппоненту – доктору медицинских наук профессору Мушкину Александру Юрьевичу, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник

Д.м.н. профессор МУШКИН А.Ю.

Отзыв положительный, но имеется вопрос, выходящий за рамки диссертации:

Среди причин неудовлетворительных исходов первичных операций при дегенеративно-дистрофических заболевания позвоночника достаточно большую группу составляют пациенты с психологической неустойчивостью и с избыточным ожиданием эффекта операции. На взгляд диссертанта, насколько сложна проблема правильного отбора пациентов для ре-операций?

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо Александр Юрьевич. Иван Викторович, прошу вас ответить официальному оппоненту

ВОЛКОВ И.В.

Глубокоуважаемый Александр Юрьевич, в первую очередь моя искренняя благодарность за согласие выступить в качестве оппонента и за такой большой интерес и внимательное прочтение работы. Проблема выбора пациентов, отбор пациентов на реоперации да сложна, это была тема, основная тема, основная идея диссертации и собственно это ключ к успеху, правильный отбор пациентов на операцию. С точки зрения удовлетворенности, самоудовлетворенности пациентов с учетом того что ну это очень сложный параметр, который тяжело оценивать, и тем более как-то статистически считать, мы вообще в работе этот параметр не оценивали, то есть 22% это те пациенты, которых мы считали, что результатами не удовлетворены, у них боли остались, или они еще раз повторно были оперированы. С точки зрения совместной работы психолога, с психологами психологи МЧС, это известное такое клише, работа выполнена в этом учреждении, но мы разговаривали с ними на разных языках. Они не могут дать информацию готов ли пациент к операции или не готов, можно ли его оперировать или нельзя оперировать, и соответственно, полученная от них

информация тоже невозможно как-то статистически обрабатывать, структурировать, включать в анализ и прочее, прочее поэтому в ходе работы от этого к сожалению, пришлось отказаться, ну и сейчас проблема выбора реоперации к сожалению, в Российской Федерации лежит только на хирурге. У нас не то что психологов нету, у нас нету системы лечения боли, у нас нет клиник по лечению боли, нет единых концепций. Да это очень сложная проблема, она целиком лежит на хирурге

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Александр Юрьевич, вы удовлетворены ответом?

Д.м.н. профессор МУШКИН А.Ю.

Спасибо

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо Александр Юрьевич, у Вас всегда очень интересные рецензии, всегда очень аналитические, очень глубокие и заслушиваем их всегда с большим удовольствием. Уважаемые коллеги, по объективным причинам отсутствует третий официальный оппонент - доктор медицинских наук Абакиров Медетбек Джумабекович, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», кафедра травматологии и ортопедии, профессор, отзыв зачитает ученый секретарь

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Оглашается отзыв. Отзыв положительный, но при рецензировании работы выявлено ряд вопросов, которые необходимо обсудить в процессе дискуссии:

1. Уделено недостаточное внимание некоторым актуальным технологиям хирургии, включая спондилодез передним и боковым доступом, а также

протезированию межпозвонковых дисков и динамической стабилизации. С чем это связано?

2. В качестве факторов риска развития псевдоартроза, нестабильности фиксирующей системы и проксимальной переходной патологии не фигурирует остеопороз, хотя его значение, несомненно. Учитывались ли данные денситометрии при исследовании?

3. Почему в исследование не включены повторные операции по поводу патологии операционной раны и/или дефектов первичного хирургического вмешательства?

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Иван Викторович, прошу ответить официальному оппоненту

ВОЛКОВ И.В.

В первую очередь огромная благодарность за согласие выступить в качестве оппонента, к сожалению, к искреннему сожалению, он не смог сегодня приехать. Недостаточное внимание к спондилодезам передне-боковым доступом, связано с двумя принципиальными причинами. Первая, таких пациентов, которые первично оперированы передне-боковым доступом в настоящий момент мало, а в то время, когда набирался основной клинический материал для анализа, то есть в 2013 – 2016 годах, эти технологии были крайне не распространены, поэтому таких пациентов очень мало и они просто растворились в общем количестве пациентов и не показали никаких особенностей при статистическом анализе. Ну, и второй момент то, что как я уже отвечал на один из вопросов в большинстве случаев повторные хирургические вмешательства, требуют все-таки задних доступов, потому что именно таким способом можно более экономно и быстро решить имеющуюся проблему. Второй вопрос, о значении остеопороза. Да, безусловно, фигурирует, да безусловно, мы всегда о нем помним и используем определенные технологии и наличие у пациента остеопороза, но

в качестве фактора риска развития неудовлетворительных результатов операции в нашем исследовании остеопороз не фигурирует по очень простой причине, денситометрия не является до сих пор к сожалению, не является отличительным методом исследования предоперационно, такие данные есть не всех пациентов, поэтому при статистическом анализе, опять же остеопороз как фактор риска не фигурирует. По поводу включения или не включения операций ревизионных в анализ, ну в первую очередь это связано с тем, что по данным литературы вовремя выполненное ревизионное вмешательство, когда там переустановлены импланты или своевременно повторно выполненная декомпрессия, вот такие операции никак не влияют на исходы. И при предварительной обработке нашего материала мы, при предварительной статистической обработке тоже была выявлена такая закономерность, повторно пациентам, которым была выполнена ревизионная операция, их результаты такие же, как и у пациентов без таковых, поэтому мы специально их не анализировали и не учитывали, конечные исходы одинаковы

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо Иван Викторович. Мы выслушали мнение трех официальных оппонентов и переходим к свободной дискуссии. У кого есть желание выступить при обсуждении диссертационного исследования? Пожалуйста, Александр Кайсинович

Д.м.н. профессор ДУЛАЕВ А.К.

Я думаю, что тема сегодняшней диссертации для хирургов, специализирующихся в области вертебрыологии очень, очень интересна и поднимает ну так сказать достаточно сложную проблему, на сегодняшний день я не могу сказать, что у нас в стране и даже за рубежом она близка к своему так сказать разрешению. Остается масса, масса вопросов, касающихся стратегии, тактики лечения, подходов. Дело в том, что дегенеративная

патология чрезвычайно сложна и в общем то и по сути дела, это в какой то степени возрастные изменения нормального человеческого позвоночника, который стареет, но стареет неравномерно и допустим наиболее подвержены этим процессам шейный и пояснично-крестцовый отделы, и возникает так сказать масса патологических состояний, это допустим формирование диска и соответственно грыжи позвоночных дисков, различные варианты стеноза позвоночного канала, спондилолистезы, дегенеративные деформации, сколиозы, кифозы так вот разобраться даже и построить рациональную систему лечения этих дегенеративных поражений, даже, если абстрагироваться от повторных операций, а даже выработать какую то рациональную тактику при распространенном таком дегенеративном поражении, если операции не было и это первое вмешательство, непросто. В одинаковом случае разные хирурги, причем занимающиеся так сказать хирургией давно, опытные, вырабатывают диаметрально противоположные рекомендации в отношении тактики лечения. Один говорит, что надо сконцентрироваться на одном уровне и решить проблему одного уровня, другой говорит, что надо корригировать несколько уровней, корригировать деформацию, добиваться баланса и кто из них прав порой разобраться бывает непросто. Сегодняшний соискатель предлагает усовершенствовать систему повторных вмешательств, а тут уж по истине черт ногу сломит, потому что это проблема, которая в литературе получила название синдром неудачно оперированного позвоночника, причем я вот когда-то изучая эту проблему сталкивался с двумя крайними суждениями что такое синдром неудачно оперированного позвоночника. Одни считали, что синдром неудачно оперированного позвоночника заключается в том, если при первичном вмешательстве были допущены какие-то тактические или технические ошибки, которые привели к проблемам и эти проблемы надо решать и разрешать это только хирургически. Другие, допустим, считали, что это синдром неудачно оперированного позвоночника, это состояние, когда всё прооперировали, так как нужно, но, к сожалению, несмотря на правильно

выполненную операцию по показаниям сохраняется болевой синдром, который трудно объяснить. Все-таки сегодняшний наш соискатель его труд достаточно солидный посвящен именно вопросам построения тактики, когда причины болевого синдрома, они так сказать, известны и очевидны. Автор предлагает систему определенных алгоритмов действий, которая позволяет получать результаты лучше, чем при любой другой тактике. Достаточно интересно, хотя должен сказать, что после этой работы вопросов остается не меньше, чем было до ее появления, и те результаты, которые автор получил, они конечно убеждают в том, что его система эффективна, но в тоже время определенные спорные моменты остаются. Я просто не берусь вникать в детали, потому что третья защита и все устали, устали воспринимать, но, если все-таки подвести какие-то итоги, тот путь, который автор предлагает, та система принятия решений и доказательства правомерности его рекомендаций, они выражаются в достоверном улучшении результатов и качества жизни пациентов, а также купирование болевого синдрома. Допустим, есть вопросы относительно доступов и их использовании, возможности этой хирургии достаточно большие, просто очень немногие владеют ею в той степени, которая необходима для решения задач и лечения больных с повторными проблемами дегенеративных поражений. А так, если принять во внимание тех специалистов, которым приходится заниматься этой патологией, пожалуй, автор предложил наиболее рациональную систему, которая страхует, уменьшает количество осложнений, улучшает показатели качества жизни, достоверно снижает выраженность болевого синдрома. Ну, в общем, я думаю, что этот труд достоин того, чтобы признать его соответствующим диссертационным работам, которая выполняется на соискание ученой степени доктора наук. Все-таки в качестве пожелания хочу сказать, чтобы автор все-таки более четко сформулировал новизну, потому что мне кажется, что та новизна, которая отражена в работе, это нижний уровень достаточности, я бы так сказал для докторской диссертации. Я буду голосовать за. Спасибо большое.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо Александр Кайсинович. Есть еще желающие выступить? Разрешите я тогда выступлю. Тяжело выступать, не будучи специалистом в этой области, поэтому я немножко обще, разрешите? Мне кажется труд, который был затрачен Иваном Викторовичем и его двумя консультантами, он колоссален. Ну, во-первых, Дмитрий Александрович подходил к этой теме потихонечку, помните, два сегмента, три сегмента, чем меньше сегментов, тем лучше, чем больше фиксируешь, тем хуже, дальше цементная вертебропластика, вы помните, да, ура как здорово, закачал цемент, и все победили. Через три года мало кто победил, потихонечку отошли. В работе имеются четко, и Иван Викторович показал, два аспекта. Первый аспект, это биологическое старение, то, что по биологии нам всем положено, второе, я все пытался подвести к ятрогении, две параллели с тем, что мы видим в хирургии тазобедренного и коленного сустава вот тут на самом деле очень важно потому что, это позволит нам сказать, есть технологии, которые уже не работают, а если и работают, то не так как нам хотелось бы, ну, а когда откровенные ошибки, то это, наверное, другой аспект, не будем его сейчас касаться, это чисто технический момент. И наконец третья часть, очень серьезная, очень глубокая и я думаю не последняя работа в этой связи, ну вот, например, допустим тазобедренный сустав - 10%, коленки - 15%, а вертебрология - 22% болит, не можем объяснить, что болит, но болит, наверное, это предмет в дальнейшем серьезного исследования, что делать, как поступать, как решать эту задачу, ведь болит то здорово на самом деле, даже психиатры уже не помогают. Поэтому мне кажется, что работа очень интересная, по своей задумке она очень глубокая, и я думаю, что она будет иметь очень серьезное продолжение в дальнейшем, главное не бояться поднимать те вопросы, о которых мы сейчас говорим, потому что это ура, ура - 95%, давайте реально смотреть на те вещи, с которыми мы сталкиваемся каждый день. Иван Викторович, спасибо вам и вашим консультантам за очень качественную работу, которая на самом деле интересна для

дальнейшего развития в этом направлении исследования. Вам заключительное слово

ВОЛКОВ И.В.

Выполненная работа была бы не возможна без огромного количества людей, так или и иначе принимавших в ней участие на разных этапах. К сожалению, невозможно упомянуть всех поименно и тем более расставить по порядку. Огромное спасибо Дмитрию Александровичу Пташникову за то, что заразил, в хорошем смысле этого слова, идеей проведения научной работы, Рашиду Муртузалиевичу Тихилу за то, что поверил и доверил ее проведение, и Александру Юрьевичу Кочишу за то, что не позволил идее остаться идеей, и Николаю Александровичу Коновалову за помощь в достижении баланса между нейрохирургией и ортопедией. Очень признателен моим глубокоуважаемым оппонентам, Вадиму Анатольевичу Мануковскому, Александру Юрьевичу Мушкину и Медетбеку Джумабековичу Абакирову за не формальное, а по-настоящему научное отношение к диссертационному исследованию, а также за очень ценные мысли и рекомендации полезные не только для научной или клинической работы. Огромное спасибо глубокоуважаемым профессорам нейрохирургам Виктору Емельяновичу Олюшину, Владиславу Юрьевичу Черебило, Вугару Рауфовичу Касумову за согласие войти в состав диссертационного совета. Я благодарен членам диссертационного и ученого советов, учебному отделу за поддержку и участие на всех этапах апробации, предзащиты и оформления диссертационного исследования. Спасибо коллегам отделения нейрохирургии ВЦЭРМ и нейроортопедии института Вредена за совместную работу и непосредственное участие в отборе клинического материала. Ну, и все, это было бы принципиально невозможно без моих первых учителей Бориса Павловича Фадеева и Игоря Шамансуровича Карабаева, а также сотрудников кафедры нейрохирургии Военно-медицинской академии. Спасибо семье за поддержку и терпение

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Спасибо Иван Викторович, свободная дискуссия объявляется закрытой.

Для проведения тайного голосования нам необходимо избрать счетную комиссию.

Предлагается следующий состав счетной комиссии:

д.м.н. профессор Неверов Валентин Александрович;

д.м.н. профессор Родоманова Любовь Анатольевна;

д.м.н. Корнилов Николай Николаевич

Будут возражения по названному составу счетной комиссии?

Возражений нет. Счетная комиссия избирается единогласно.

Объявляется перерыв для проведения тайного голосования.

(Перерыв)

(После перерыва)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Продолжаем заседание диссертационного совета. Слово предоставляется председателю счетной комиссии — д.м.н. профессор Неверов Валентин Александрович

Д.м.н. профессор НЕВЕРОВ В.А.

(Оглашается протокол заседания счетной комиссии)

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по вопросу о присуждении **Волкову Ивану Викторовичу** ученой степени доктора медицинских наук.

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 23 человек.

Присутствовал на заседании 21 член совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации 20

Роздано бюллетеней - 21

Осталось нерозданных бюллетеней — нет

Оказалось, в урне бюллетеней - 21

Результаты голосования по вопросу о присуждении ученой степени доктора медицинских наук Волкову Ивану Викторовичу

За - 21

Против - нет

Недействительных бюллетеней - нет

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Будут вопросы к председателю счетной комиссии? Нет.

Кто за то, чтобы утвердить протокол счетной комиссии, прошу проголосовать.

Кто против? Нет.

Кто воздержался? Нет.

Утверждается единогласно.

Нам необходимо обсудить заключение по диссертации (зачитывается заключение)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Объединенного диссертационного совета Д 999.037.02 на базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства Обороны Российской Федерации по диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

О присуждении Волкову Ивану Викторовичу, гражданину Российской Федерации ученой степени доктора медицинских наук. Диссертация «Совершенствование системы повторного оперативного лечения пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела

позвоночника» по специальностям: 14.01.15 – травматология и ортопедия и 14.01.18 – нейрохирургия принята к защите 30.12.2019, протокол № 23 объединенным диссертационным советом Д 999.037.02, созданным на базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 195427, Санкт-Петербург, ул. Академика Байкова, д. 8 и Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6 приказ о создании объединенного диссертационного совета № 1055/нк от 22.09.2015г.

Соискатель Волков Иван Викторович 1979 года рождения. В 2003 году окончил Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Оценка результатов и прогнозирование эффективности микродискэктомии» защитил в 2011 году, в диссертационном совете, созданном на базе Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова».

Работает в должности лаборанта-исследователя научного отделения нейроортопедии с костной онкологией в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Диссертация выполнена в научном отделении нейроортопедии с костной онкологией Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский

институт травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научные консультанты:

- доктор медицинских наук профессор Пташников Дмитрий Александрович, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Министерства здравоохранения Российской Федерации, научное отделение нейроортопедии с костной онкологией, заведующий;

- доктор медицинских наук профессор Коновалов Николай Александрович, Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение спинальной нейрохирургии, заведующий.

Официальные оппоненты:

Абакиров Медетбек Джумабекович – доктор медицинских наук, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», кафедра травматологии и ортопедии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», профессор;

Мануковский Вадим Анатольевич – доктор медицинских наук профессор, Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», заместитель директора по клинической работе.

Мушкин Александр Юрьевич – доктор медицинских наук профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник;

дали положительные отзывы на диссертацию.

Ведущая организация - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, город Нижний Новгород в своем положительном заключении, подписанном Королевым Святославом Борисовичем, доктором медицинских наук профессором, кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева, профессор и Кравец Леонидом Яковлевичем, доктором медицинских наук профессором, группа микронеурхирургии, главный научный сотрудник, кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева, профессор указала, что диссертационное исследование Волкова И.В., является научно-квалификационной работой, которая содержит решение актуальной научной проблемы, имеющей существенное значение для здравоохранения, обладает актуальностью, новизной, практической значимостью и отражает современные тенденции развития спинальной хирургии.

Соискатель имеет 30 опубликованных работ, в том числе по теме диссертации 30 работ, из них опубликованных в рецензируемых научных изданиях 13 работ. В этих публикациях освещается широкий круг вопросов, касающихся повторного оперативного лечения пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника, диагностики и лечения хронических послеоперационных болевых синдромов, предлагаются новые подходы к выбору тактики ведения пациентов.

Наиболее значимые научные публикации по теме диссертации:

1. Волков И.В., Карабаев И.Ш., Пташников Д.А., Коновалов Н.А., Поярков К.А. Результаты трансфораминальной эндоскопической дискэктомии при грыжах межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Травматология и ортопедия России. 2017. Т. 23. № 3. С. 32-42.

2. Волков И.В., Карабаев И.Ш., Алексанин С.С. Биологическая и радиационная безопасность пациентов при интервенционных и минимально-инвазивных вмешательствах при заболеваниях и травмах позвоночника: опыт отделения нейрохирургии всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017. № 3. С. 38-46.

3. Волков И.В., Карабаев И.Ш., Пташников Д.А., Коновалов Н.А., Поярков К.А. Возможности ультразвуковой навигации для радиочастотной денервации межпозвонковых суставов поясничного отдела позвоночника. Травматология и ортопедия России. 2017. Т. 23. № 4. С. 29-38.

4. Мураби З., Пташников Д.А., Масевнин С.В., Михайлов Д.А., Заборовский Н.С., Волков И.В., Лэ Я. Сегментарная нестабильность поясничного отдела позвоночника. Обзор зарубежной литературы. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2017. Т. 9. № 4. С. 59-65.

5. Волков И.В., Карабаев И.Ш., Пташников Д.А., Коновалов Н.А., Поярков К.А. Сравнительный анализ эффективности холодноплазменной нуклеопластики и радиочастотной аннулопластики при лечении дискогенных болевых синдромов. Травматология и ортопедия России. 2018. Т. 24. № 2. С. 49-58.

6. Волков И.В., Карабаев И.Ш., Пташников Д.А., Хлебов В.В. Диагностика и дифференцированное лечение послеоперационных болевых синдромов после хирургии дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2018. Т. 17. № 2. С. 302-311.

7. Волков И.В., Карабаев И.Ш., Пташников Д.А., Коновалов Н.А., Поярков К.А. Радиочастотная импульсная абляция спинальных ганглиев в лечении послеоперационного корешкового болевого

синдрома. Гений ортопедии. 2018. Т. 24. № 3. С. 349-356.

8. Волков И.В., Карабаев И.Ш., Пташников Д.А., Коновалов Н.А., Лапаева О.А. Влияние позвоночно-тазовых параметров на развитие и эффективность лечения синдрома крестцово-подвздошного сочленения. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2018. № 2. С. 13-20.

9. Волков И.В., Пташников Д.А., Хлебов В.В. Сравнительный анализ результатов открытого и минимально-инвазивного трансфораминального поясничного межтелового спондилодеза. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2018. Т. 20. № 8. С. 83-88.

10. Волков И.В., Карабаев И.Ш., Пташников Д.А., Коновалов Н.А., Хлебов В.В. Диагностика и интервенционное лечение болевых синдромов после оперативных вмешательств по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2018. Т. 82. № 5. С. 55-61.

11. Масевнин С.В., Пташников Д.А., Волков И.В. Влияние позвоночно-тазовых параметров на развитие нестабильности смежного сегмента после одноуровневого спондилодеза в поясничном отделе позвоночника. Современные проблемы науки и образования. 2019. №1. С. 44. <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28538>.

12. Масевнин С.В., Пташников Д.А., Волков И.В., Коновалов Н.А. Влияние позвоночно-тазовых параметров на частоту развития нестабильности смежного сегмента при моносегментарной фиксации в поясничном отделе. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2019. Т. 83. № 2. С. 80-84.

13. Гизатуллин Ш.Х., Битнер С.А., Кристостуров А.С., Волков И.В., Курносенко В.Ю., Дубинин И.П. Минимально-инвазивная эндоскопическая фораминальная декомпрессия при дегенеративном сколиозе взрослых: клиническое наблюдение и обзор литературы.

Хирургия позвоночника. 2019. Т.16. №4. С. 54-62.

14. Патент РФ на полезную модель № 182010 Устройство для открытой интраоперационной цементной вертебропластики при ревизионных вмешательствах на позвоночнике / И.В. Волков, Д.А. Пташников. – заяв. 27.03.2018, опубл. 31.07.2018., бюл. № 22.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы: – доктора медицинских наук профессора Тиходеева Сергея Александровича, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница №2», травматолого-ортопедическое-нейрохирургическое отделение, заведующий, г. Санкт-Петербург; – доктора медицинских наук профессора Скоромца Тараса Александровича, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение нейрохирургии, руководитель, г. Санкт-Петербург; – доктора медицинских наук, доцента Давыдова Дениса Владимировича, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Министерство обороны Российской Федерации, Центр травматологии и ортопедии, операционное отделение, начальник, г. Москва.

В них указано, что работа выполнена на высоком научно-методологическом уровне, имеет как научную новизну, так и значимость для практического здравоохранения, содержит решение одной из актуальных и сложных проблем современной травматологии, ортопедии и нейрохирургии. Все отзывы положительные, критических замечаний не содержат.

Выбор официальных оппонентов и ведущей организации обосновывается их многолетним опытом проведения научных исследований и практической работы в области лечения пациентов с патологией позвоночника, а также наличием достаточного количества соответствующих научных публикаций.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

Разработана, научно обоснована и клинически апробированная система повторного оперативного лечения пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника;

предложены усовершенствованная программа диагностики и оптимизированные подходы к выбору лечебной тактики пациентов с различными видами патологических состояний и болевых синдромов, возникающих в оперированном позвоночнике;

доказано решающее значение полноценной предоперационной оценки и соответствующей коррекции ортопедических нарушений для достижения положительных результатов повторного оперативного лечения;

введены в клиническую практику оригинальные алгоритмы первичного обследования пациентов изучаемого профиля, выбора тактики повторного оперативного лечения и интервенционной диагностики и пункционного лечения хронических послеоперационных болевых синдромов.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что:

доказана целесообразность изменения подходов к диагностике и тактике ведения пациентов, первично оперированных по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника, и потенциально нуждающихся в повторном оперативном лечении

применительно к проблематике диссертации результативно использованы современные принципы и подходы доказательной медицины;

изложены основные причины негативных исходов и направления повышения эффективности повторного оперативного лечения пациентов с дегенеративной патологией поясничного отдела позвоночника;

раскрыта структура причин хронических послеоперационных болевых синдромов, определено место методов интервенционной диагностики и пункционного лечения боли;

изучены факторы риска развития различных патологических состояний и хронических болевых синдромов, а также критерии прогнозирования эффективности повторного оперативного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника;

проведена модернизация существующих технологий повторного хирургического лечения пациентов в условиях оперированного позвоночника.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что:

разработаны и внедрены в клиническую практику алгоритмы первичной диагностики, повторного хирургического лечения, интервенционной диагностики и пункционного лечения болевых синдромов, отличающийся универсальностью и позволяющий осуществить выбор тактики ведения пациента в любой клинической ситуации;

определены перспективы внедрения и использования разработанных принципов диагностики и лечения хронических послеоперационных болевых синдромов в амбулаторной практике;

создана система практических рекомендаций по ведению пациентов с патологией оперированного позвоночника, позволяющая аргументированно определять показания и осуществлять выбор метода оперативного или пункционного лечения, диагностировать «синдром оперированного позвоночника» или исключать наличие вертебральной патологии

представлены предложения по дальнейшему совершенствованию подходов к диагностике и лечению глобальной проблемы дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

Оценка достоверности результатов исследования выявила, что:

экспериментальная часть работы проведена на сертифицированном диагностическом и лечебном оборудовании;

теоретическая основа исследования не противоречит общемировым научным и практическим тенденциям в этой сфере;

идея базируется на анализе практики и обобщении передового отечественного и зарубежного опыта лечения профильных больных;

использовано большее количество наблюдений, проанализирован более широкий спектр патологий, включено большее количество методов диагностики по сравнению с сопоставимыми исследованиями по рассматриваемой тематике.

установлено принципиальное качественное соответствие полученных автором результатов с ранее представленными в независимых источниках по данной проблематике;

использованы современные методики оценки, сбора и обработки исходной информации, адекватные методы статистической обработки данных, репрезентативные и сопоставимые группы наблюдений;

Личный вклад соискателя состоит в: самостоятельном выборе направления исследования, определением проблемных вопросов и путей их решения, составлении исследовательских протоколов и формировании компьютерной базы собранных материалов исследования. Полностью самостоятельно выполнена статистическая обработка полученных количественных данных, осуществлена интеграция и интерпретация основных результатов, проведенных клинических исследований, сформулированы выводы и практические рекомендации, написаны все разделы диссертации и ее автореферат.

Диссертация охватывает все основные вопросы в рамках поставленной цели исследования и соответствует специальностям: 14.01.15 - травматология и ортопедия и 14.01.18 – нейрохирургия, характеризуется внутренним единством в соответствии с общей концепцией работы, правильной методологией исследования, что подтверждается логической связью поставленной цели, реализованных задач и сформулированных выводов работы.

На заседании 25 августа 2020 года диссертационный совет принял решение присудить Волкову И.В. ученую степень доктора медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 21 человека, из них 15 докторов наук по специальности 14.01.15 – травматология и ортопедия и 5 докторов наук по специальности 14.01.18 – нейрохирургия, участвовавших в заседании, из 26 человек, входящих в состав совета, дополнительно введены на разовую защиту 5 человек, проголосовали: за - 21, против – нет, недействительных бюллетеней нет

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Уважаемые коллеги, есть замечания по проекту заключения? Замечаний нет. Предлагается принять данный проект заключения.

Голосование – единогласно.

Таким образом, на основании публичной защиты и результатов тайного голосования Диссертационный совет принял решение **присудить Волкову Ивану Викторовичу** ученую степень **доктора** медицинских наук.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Объединенного Диссертационного совета
доктор медицинских наук профессор



Р.М. Тихилов

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Объединенного Диссертационного совета
кандидат медицинских наук

А.О. Денисов