

ОТЗЫВ

официального оппонента, член-корреспондента РАМН, заслуженного деятеля наук, заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, профессора Сидоренко Евгения Ивановича на диссертацию Плисова Игоря Леонидовича на тему: «Система лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с паралитическим (паретическим) косоглазием», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.07 – глазные болезни в диссертационный совет Д.208.014.01 при ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Федорова Минздрава России.

Актуальность исследования.

Паралитическое косоглазие является социально значимой проблемой, поскольку сопровождается выраженным угнетением монокулярных и бинокулярных зрительных функций, снижает качество жизни пациентов, приводит к инвалидизации.

В острый и подострый периоды развития заболевания основным является этиологическое лечение, которое назначается специалистами разных медицинских профилей.

В случаях, когда пациенты в первые 6 месяцев с момента возникновения патологического процесса обращаются к офтальмологам, то основными рекомендациями является назначение окклюзии здорового глаза с целью предотвращения развития амблиопии у пациентов детского возраста или пораженного глаза для устранения основного симптома заболевания – двоения, у взрослых пациентов. Эти рекомендации носят паллиативный симптоматический характер и не способствуют повышению

эффективности восстановления функций паретичных или парализованных экстраокулярных мышц.

Рекомендации офтальмологов выполнять монокулярные тренировки совершенствования подвижности пораженного глаза в сторону действия дисфункциональной мышцы являются неэффективными и в большинстве случаев приводят к гиперфункции контралатеральных синергистов и к еще большей несодружественности глазодвигательной системы.

Призматическая коррекция постпаретической диплопии не является обязательной рекомендацией офтальмологов и не нашла столь широкого применения, как в случаях лечения содружественных форм косоглазия. Ортопто-диплоптическое лечение не имеет четких разработанных алгоритмов для восстановления и совершенствования функций бинокулярного зрения при паралитическом косоглазии.

Хемоденервационный метод уравновешивания функционального состояния паретичной мышцы и ее инспилатерального антагониста, несмотря на более чем четверть вековой опыта его успешного применения, ставится под сомнение рядом российских и зарубежных исследователей. Однако и широко внедренный в офтальмологическую практику метод выполнения инъекций препаратов ботулотоксина-А имеет ряд существенных ограничений. Он применим только для взрослых пациентов, психологически готовых к взаимодействию с лечащим врачом во время проведения манипуляции.

Неоднозначным является вероятность спонтанного восстановления глазодвигательных функций. У ряда авторов эти данные диаметрально противоположные. Возможна отрицательная динамика заболевания, поскольку, в результате возникновения паралича или пареза эфферентного аппарата экстраокулярных мышц, в них возникают не только функциональные нарушения, но и морфологические и анатомические изменения. Эти факторы со временем приводят к возникновению контрактур в антагонистах пораженных экстраокулярных мышц, что, в свою очередь, увеличивает их вторичную гипофункцию.

По мнению представителей ряда российских и зарубежных страбизмологических школ основным методом лечения пациентов с паралитическим косоглазием является хирургическое лечение, которое проводится не ранее чем через 6-12 месяцев с момента возникновения заболевания. Объем хирургического вмешательства и его функциональные и косметические результаты зависят от величины первичного и вторичного угла косоглазия и восстановленной функции пораженной экстраокулярной мышцы.

Предложен целый ряд эффективных технических решений хирургического лечения паралитического косоглазия и определены схемы их применения при поражении различных черепно-мозговых нервов. Однако при выборе наиболее эффективной тактики хирургической коррекции паралитического косоглазия среди страбизмологов имеет место ряд принципиальных разногласий: не определены показания для выполнения латеральной транспозиции прямых мышц вертикального действия; поставлена под сомнение целесообразность проведения транспозиционной техники с учетом риска возникновения осложнений после ее выполнения и одинаковом хирургическом эффекте с резекцией латеральной прямой мышцы; остается нерешенным вопрос об эффективности сочетания транспозиционной хирургии с ослаблением ипсилатеральной внутренней прямой или проведении только монохирургии.

Актуальность темы докторской диссертации Плисова И.Л. обусловлена отсутствием единой эффективной системы комбинированной и комплексной системы функциональных, хемоденервационных и хирургических методов лечения паралитического косоглазия на различных этапах развития заболевания.

Цель исследования соответствует теме докторской диссертации.

Для достижения поставленной цели Плисовым И.Л. поставлены соответствующие, конкретные и значимые **задачи** исследования, охватывающие все аспекты работы. Представленные в докторской диссертации материалы позволяют прийти к заключению, что цель докторской диссертации достигнута, а намеченные задачи – решены.

Научная новизна исследования.

Автором докторской диссертации на основе полученных данных был впервые разработан и клинически апробирован комплекс функционального лечения паралитического косоглазия, состоящий из призматической коррекции диплопии, позиционных тренировок, ортоптического лечения на синоптофоре в условиях механического разделения полей зрения и хемоденервации экстраокулярных мышц-ипсилатеральных антагонистов и контрлатеральных синергистов.

Впервые предложена методика активной призматической коррекции первичной и/или вторичной диплопии с использованием эластичных призм Френеля в зависимости от этапа лечения и клинически обоснована ее функциональная эффективность.

Разработана принципиально новая методика ортоптического лечения пациентов с паралитическим (паретическим) косоглазием с учетом особенностей несодружественной

работы глазодвигательной системы. Впервые предложены и внедрены в клиническую практику новые термины, описывающие функциональную специфичность паралитической дисфункции бинокулярного зрения: «ортотропическая позиция взора» и «ортотропическая зона, свободная от диплопии».

Впервые разработаны и внедрены в клиническую практику новые методики проведения хемоденервации экстраокулярных мышц: дозированная трансконъюнктивальная; ретробульбарная для создания индуцированной офтальмоплегии.

Впервые оценена эффективность одномоментной ослабляющей операции и интраоперационной хемоденервации ипсилатеральной мышцы-антагониста парализованной (паретичной) мышцы.

Предложен алгоритм определения оптимальной тактики и выбора наиболее эффективного метода хирургической коррекции паралитического (паретического) косоглазия, основанный на должной оценке функционального состоянии глазодвигательной системы, достигнутом после проведения консервативных методов лечения.

На основе анализа полученных клинических данных впервые предложена комплексная система лечения и реабилитации пациентов с паралитическим (паретическим) косоглазием, включающая призматическую коррекцию, ортоптодиплоптическое лечение, хемоденервацию экстраокулярных мышц и методы хирургического лечения.

Положения, выносимые на защиту, отражают суть работы и соответствуют сделанным выводам.

Внедрение результатов диссертационного исследования.

По теме диссертации опубликовано 67 научных работ, в том числе 17 статей в рекомендованных ВАК РФ научных изданиях. Разработаны и внедрены 6 патентов РФ и 1 свидетельство на программу для ЭВМ. Результаты научного исследования доложены на всероссийских и международных научно-практических конференциях и симпозиумах.

Основные положения диссертационной работы, рекомендации и предложенные методы лечения и реабилитации используются в лечебно-диагностической практике Новосибирского, Иркутского, Тамбовского, Волгоградского филиалов ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза», КУ «Днепропетровская областная клиническая

офтальмологическая больница», ФГБУ «НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» РАМН, научной работе и учебном процессе Научно-педагогического центра ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» и на кафедре офтальмологии Новосибирского государственного медицинского университета.

Содержание диссертационной работы и ее завершенность.

Диссертация построена по общему плану и изложена на 256 страницах машинописного текста. Состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы.

Во введении автор четко формулирует цель диссертационного исследования и задачи, которые необходимо решить для ее достижения.

Первая глава (обзор литературы) состоит из 7-ми разделов и отражает специфиность диагностических методов обследования пациентов с паралитическим косоглазием; изучение частоты спонтанного восстановления функций пораженных экстрапараспинальных мышц в зависимости от причины заболевания, пораженного черепно-мозгового нерва и возраста пациентов; клинический опыт, накопленный при назначении пациентам окклюзии, призматической коррекции и ортоптического лечения; эффективность хемоденервации мышц-антагонистов путем инъекций препаратов Ботулотоксина-А; выбор методов хирургического лечения и их эффективность.

Во *второй главе* (материал и методы исследования), состоящей из 4-х разделов, дана всесторонняя клиническая характеристика 623-х пациентов в исследуемых группах. Определены критерии отбора пациентов в контрольную группу. Подробно описаны диагностические методы проведения обследования. Описаны средства, использованные при проведении лечения предложенными методами. Отражены статистические критерии оценки достоверности результатов исследования.

Третья глава (разработка методики подбора и назначения призматической коррекции на различных этапах лечения паралитического (паретического) косоглазия) состоит из 2-х разделов, в которых подробно описана методика подбора и назначения призматической коррекции эластичными призмами Френеля с учетом особенностей

паралитического косоглазия и возможной динамики заболевания. Дан анализ результатов лечения паралитического косоглазия после подбора и назначения призматической коррекции. Показано, что в 23,91% случаев призматическая коррекция позволила достичь функционального выздоровления в качестве монолечения.

Четвертая глава (разработка методики ортопто-диплоптического лечения паралитического (паретического) косоглазия), состоящая из 3-х разделов, отражает предложенную методику ортопто-диплоптического лечения. Даны подробные алгоритмы проведения ортоптического лечения на синоптофоре, адаптированные к особенностям функционального состояния глазодвигательной системы при поражении различных черепно-мозговых нервов. Детально описана методика проведения позиционных тренировок. Представлен подробный анализ результатов ортопто-диплоптического лечения. В основной группе во всех случаях первичного или этапного лечения на синоптофоре удалось избавить пациентов от двоения в прямой позиции взора.

Пятая глава (усовершенствование методики и тактики хемоденервации экстраокулярных мышц), состоящая из 4-х разделов, отражает технику хемоденервации экстраокулярных мышц-ипсилатеральных антагонистов и контралатеральных синергистов пораженной мышцы. Подробно описана технология проведения хемоденервации. Дан четкий алгоритм выбора наиболее оптимального варианта инъекции препаратов Ботулотоксина-А: интраоперационного, трансконъюнктивального иди ретробульбарного. Указаны наиболее эффективные дозировки препаратов от 2,5 до 15,0 ЕД и критерии их выбора. Проведен клинический анализ результатов хемоденервации ипсилатерального антагониста изолированно и в комбинации с хемоденервацией контралатеральных синергистов пораженной экстраокулярной мышцы. Показано, что из 74-х пациентов, которым была проведена хемоденервация мышцы-ипсилатерального антагониста, положительные результаты лечения были достигнуты в 94,6% случаев, а в 74,3% случаев пациенты имели стабильную ортофорию в прямой позиции взора на протяжении всего постинъекционного периода. Средний срок наблюдения составил более 2,9 лет, что превышало максимальный период последействия хемоденервации (6 месяцев). В результате проведенного лечения методом хемоденервации ипсилатерального антагониста и контралатерального синергиста пораженной экстраокулярной мышцы у 42,86% пациентов было достигнуто состояние функционального выздоровления. Средний срок наблюдения в группе составил около 4,08 лет. Оценены результаты комбинированного лечения пациентов с рецидивирующими паралитическими косоглазиями.

Шестая глава (тактика и методы проведения хирургической коррекции паралитического (паретического) косоглазия), состоящая из 5-ти разделов, включает детально представленный алгоритм выбора наиболее оптимальной тактики и эффективных методов хирургического лечения паралитического косоглазия при поражении глазодвигательного, блоковидного и отводящего черепно-мозговых нервов. Предложены технические решения новых операций, ослабляющих и усиливающих действие экстраокулярных мышц и позволяющих качественно восстановить содружественность глазодвигательной системы. Даны четкие показания для проведения транспозиционных методов хирургического лечения. Определена тактика комбинированного лечения паралитического косоглазия: хемоденервация и хирургическая коррекция. Проведен итоговый сравнительный анализ функциональных и косметических результатов хирургического лечения в основной и контрольной группах.

В главе «*Заключение*» отражены наиболее важные моменты диссертационного исследования. Соискатель приводит всесторонний анализ полученных результатов. Оценена эффективность функциональных методов лечения. Количество пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении после проведения призматической коррекции, ортопто-диплоптического лечения и хемоденервации уменьшено до 51,48%. В контрольной группе состояние функционального выздоровления было достигнуто лишь у 8,8% пациентов, а у 9,6% случаев была отмечена отрицательная динамика заболевания. Апробированная и представленная в данном исследовании оптимальная тактика и выбор предложенных методов хирургического лечения в основной группе позволили достичь состояния функционального выздоровления в 87,97% случаев.

В контрольной группе после проведения хирургического лечения функциональный результат был получен у 55,26% пациентов, косметический – у 34,21%, у 10,52% – проведение хирургического лечения не позволило получить функционального или косметического результата.

Предложенная комплексная система лечения паралитического (паретического) косоглазия позволила достичь состояния функционального выздоровления у 90,36% пациентов в основной группе, в то время как в контрольной группе – у 59,2% пациентов. Таким образом, эффективность комплексного лечения в основной группе выше, чем результаты в контрольной группе на 31,16%.

Выводы и практические рекомендации построены логично на основании проведенного исследования и конкретизируют наиболее значимые научные и практические результаты работы.

Диссертация проиллюстрирована 85 рисунками и фотографиями, содержит 34 таблицы. Список литературы содержит 417 библиографических источников, из них 60 отечественных и 357 зарубежных. Весь материал, представленный в диссертации, получен, обработан и проанализирован автором лично.

Автореферат и публикации автора полностью отражают основные положения диссертации.

Вопросы и замечания.

Принципиальных замечаний по диссертации нет.

При прочтении результатов собственных исследований возникли следующие вопросы:

1. Применяется ли подобный комбинированный подход при лечении пациентов с паралитическим косоглазием в других офтальмологических клиниках? Если применяется, то в чем отличие предложенной Вами системы? Если подобной практики не существует, то какова, по Вашему мнению, основная причина?
2. Несомненно, выполненное Вами диссертационное исследование имеет большое практическое значение. Как Вы внедряете свой клинический опыт в практическую офтальмологию? Используется ли полученные Вами знания в педагогической деятельности?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, можно заключить, что проведенное научно-практическое исследование Игоря Леонидовича Плисова «Система лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с паралитическим (паретическим) косоглазием», представленная на соискание ученой степени доктора медицинских наук, является самостоятельной, завершенной, квалификационной научной работой.

Работа соискателя вносит существенный вклад в развитие одного из важнейших разделов офтальмологии – лечении паралитического косоглазия.

Диссертация выполнена на высоком организационном и методическом уровне. Исследование по своему содержанию и результатам отличается высокой степенью научной новизны, большим практическим значением и перспективностью.

Диссертация И.Л. Плисова, представляемая на соискание ученой степени доктора медицинских наук, полностью отвечает требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения учёных степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 № 842, предъявляемых ВАК РФ к диссертациям на соискание степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.07 – глазные болезни, а ее автор заслуживает искомой степени.

Официальный оппонент:

заведующий кафедрой офтальмологии
педиатрического факультета
ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Минздрава России

Член-корр. РАМН.

Заслуженный деятель наук РФ,

Заслуженный врач РФ,

доктор медицинских наук, профессор

Е.И. Сидоренко

Подпись Е.И. Сидоренко заверяю.



Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1.

Тел. рабочий: (499) 236-31-01

E-mail: rsmu@rsmu.ru