

ВІДГУК ОФІЦІЙНОГО ОПОНЕНТА

на дисертаційну роботу

Спірідонова Анатолія Валерійовича

«Діагностика та хірургічне лікування менінгіом верхньої стрілової пазухи»

Загальна оцінка та клінічна актуальність

Подана до розгляду дисертація присвячена проблемі, яка впродовж десятиліть залишається предметом професійної дискусії: наскільки далеко повинен іти нейрохірург у прагненні до радикального видалення менінгіоми, що інвазує верхню стрілову пазуху. Формально повне видалення пухлини є бажаним онкологічним результатом, однак при ураженні магістрального венозного колектора ціна такої радикальності може бути неприйнятною. Венозний інфаркт, набряк мозку, геморагічні ускладнення та грубий руховий дефіцит здатні перетворити технічно радикальну операцію на клінічно незадовільний результат. Саме тому робота, у якій критерії лікувальної тактики оцінюються через функціональний стан і якість життя пацієнта, має безсумнівну актуальність.

Автор досліджує не ізольований технічний прийом, а цілісну систему ведення пацієнта: від виявлення клінічних та офтальмологічних симптомів до мультипараметричної нейровізуалізації, вибору обсягу резекції, контролю венозного відтоку, застосування радіохірургії та довгострокового спостереження. Такий підхід відповідає сучасній моделі функціонально орієнтованої нейрохірургії, у якій результат лікування визначається не лише зображенням післяопераційної МРТ, а насамперед збереженою самостійністю, працездатністю та неврологічною функцією людини.

Характеристика дослідження

Клінічний матеріал включає 80 пацієнтів із морфологічно підтвердженими менінгіомами верхньої стрілової пазухи. Серія сформована на базі провідної спеціалізованої установи, що забезпечило єдині підходи до діагностики, хірургії та післяопераційного спостереження. Перевагою є комплексний аналіз:

враховано локалізацію пухлини відносно передньої, середньої й задньої третин пазухи, ступінь інвазії за Sindou, радикальність за Simpson, функціональний статус за індексом Карновського, офтальмологічні показники, характер ускладнень і частоту продовженого росту.

Діагностичний блок побудований раціонально. МРТ із контрастуванням виконано всім пацієнтам; МР-венографія дала можливість оцінити прохідність пазухи і колатеральний венозний відтік; МСКТ-ангіографія доповнила інформацію про кісткові зміни і судинну анатомію; селективна ангіографія застосовувалася у складних випадках. Важливо, що автор не обмежився традиційною неврологічною оцінкою та включив офтальмологічне обстеження з периметрією й ОКТ. Зорові розлади виявлено у 18,8% спостережень, а після операції регрес застійних дисків зорових нервів зафіксовано у всіх відповідних пацієнтів.

Центральний фрагмент дослідження становить порівняння 26 пацієнтів із IV–VI типами інвазії. У першій групі виконано тотальне видалення з резекцією ураженої частини пазухи та реконструкцією; у другій — субтотальну резекцію із залишенням безпечного інтралюмінального компонента та наступною радіохірургією. Такий дизайн дозволив оцінити дві різні клінічні філософії: анатомічну радикальність і контрольоване комбіноване лікування.

Основні результати та їх інтерпретація

Найпереконливішим результатом є динаміка індексу Карновського. Після радикального втручання середній показник збільшився з 71,3 до 77,15 бала, однак зміна не досягла статистичної значущості. Після субтотальної резекції з радіохірургією показник зріс із 73,8 до 92,4 бала, а міжгрупова різниця була статистично значущою з великим клінічним ефектом. Для практикуючого лікаря це означає, що збереження венозної системи може дати пацієнтові більше, ніж формально повне видалення пухлини.

Не менш важливо, що частота рецидивів не продемонструвала достовірної переваги тотальної резекції. У порівнюваних групах рецидиви спостерігалися у 18,2% після тотального видалення і у 6,7% після субтотальної резекції з радіохірургією, але різниця була статистично незначущою. У багатофакторній моделі тип лікування не став незалежним предиктором рецидиву, натомість кожне підвищення типу інвазії за Sindou збільшувало шанси несприятливого результату приблизно у 1,86 раза. Це аргумент на користь того, що біологічна й анатомічна складність захворювання важливіша за формальну назву операції.

Загальна частота ранніх ускладнень є прийнятною для такої складної патології: геміпарез зареєстровано у 5%, венозний інфаркт у 1,25%, гематому у 6,25%, менінгіт у 1,25%. Летальних випадків і тромбозу ВСП не було. У віддаленому періоді продовжений ріст встановлено у п'яти пацієнтів, що становило 6,25%. Наведені результати підтверджують достатню безпечність застосованої системи лікування і водночас демонструють необхідність тривалого диспансерного нагляду.

Наукове та практичне значення

Робота має виразну практичну спрямованість. Автор пропонує не абстрактну схему, а клінічний алгоритм, у якому рішення про радикальність залежить від типу інвазії, прохідності пазухи, розвитку колатералей, локалізації відносно моторної кори і дренуючих вен, гістологічної характеристики та функціонального стану. Для I–III типів інвазії радикальна резекція у більшості випадків є обґрунтованою. Для IV–VI типів пріоритетом стає максимально безпечне видалення з контрольованим залишком і подальшим радіохірургічним впливом.

Особливої уваги заслуговує можливість використання запропонованих принципів у системі нейрохірургічної допомоги України. Не всі регіональні відділення мають однаковий доступ до МР-венографії, інтраопераційного нейромоніторингу та стереотаксичної радіохірургії. Тому сформований

алгоритм може бути основою для маршрутизації складних пацієнтів до центрів, де наявна повна діагностична й лікувальна інфраструктура. Це підвищує значення дисертації за межами однієї установи.

Оцінка викладення матеріалу

Дисертація структурована відповідно до логіки клінічного дослідження. Огляд літератури достатньо повно відображає історію проблеми, анатомію венозної системи, класифікаційні підходи, методи реконструкції ВСП і сучасну роль радіохірургії. У розділі методів наведено критерії формування клінічної серії, діагностичні процедури та статистичні підходи. Клініко-діагностичний розділ демонструє залежність симптоматики від локалізації. Хірургічний розділ містить послідовний опис техніки, принципів збереження венозного відтоку, пластики твердої мозкової оболонки і післяопераційного контролю.

Обговорення результатів не зводиться до повторення цифрових даних. Автор зіставляє власні спостереження з еволюцією хірургічної парадигми та аргументує перехід від принципу «максимально радикально» до принципу «максимально безпечно з надійним контролем пухлини». Висновки відповідають завданням, а практичні рекомендації мають конкретний характер: визначено роль венографії, межі безпечної резекції, місце радіохірургії та графік післяопераційного МРТ-контролю.

Публікації та самостійність роботи

Основні положення роботи висвітлено у трьох профільних публікаціях і представлено на наукових заходах. Тематика статей охоплює офтальмологічні прояви, результати хірургічного лікування та вибір лікувальної тактики, тобто відображає ключові складові дисертації. Обсяг особистого внеску здобувача є достатнім для кваліфікаційної роботи: автор брав участь у формуванні дизайну, оперативних втручаннях, зборі клінічних даних, аналізі результатів та підготовці публікацій.

Зауваження та дискусійні положення

1. Дослідження має ретроспективний одноцентровий характер. Ця особливість не зменшує його клінічної цінності, але обмежує можливість прямого перенесення отриманих співвідношень на установи з іншими протоколами лікування.

2. Кількість пацієнтів у двох порівнюваних групах становить 11 і 15 осіб. За таких обсягів вибірки відсутність статистично значущої різниці у рецидивах не тотожна повній еквівалентності стратегій, що варто чітко підкреслити в обговоренні.

3. У дисертації доцільно було б окремим підрозділом подати обмеження дослідження та організаційні умови впровадження алгоритму в закладах, де відсутні радіохірургія або повний комплекс венозної нейровізуалізації.

Запитання до здобувача

1. Який мінімальний набір передопераційних досліджень Ви вважаєте достатнім для прийняття рішення у лікарні, де немає селективної ангіографії та 3D-моделювання?

2. Яким повинен бути маршрут пацієнта після свідомо субтотального видалення, якщо радіохірургічне лікування не може бути проведене у рекомендований термін?

3. Які клінічні ознаки та дані венографії є для Вас абсолютними аргументами проти резекції ураженого сегмента верхньої стрілової пазухи?

Загальний висновок

Дисертаційна робота Спірідонова Анатолія Валерійовича «Діагностика та хірургічне лікування менінгіом верхньої стрілової пазухи» є завершеним самостійним науковим дослідженням, у якому отримано нові науково обґрунтовані результати, що мають істотне значення для нейрохірургії. За актуальністю, методичним рівнем, обсягом виконаних досліджень, науковою новизною, практичною спрямованістю, достовірністю результатів та повнотою

їх оприлюднення робота відповідає вимогам Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 року № 44, а її автор заслуговує на присудження ступеня доктора філософії в галузі знань І «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» за спеціальністю І2 «Медицина».

Офіційний опонент:

доктор медичних наук, професор,

член-кореспондент НАМН України,

завідувач кафедри нейрохірургії та
нейробіології

Національного університету охорони
здоров'я України імені П.Л. Шупика

М.Є. Поліщук

« ____ » _____ 2026 року