ОТЗЫВ

на автореферат диссертации Розова Александра Валерьевича на тему: «Мягкотканные стабилизирующие операции на суставах запястья у больных ревматоидным артритом», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 3.1.27. Ревматология, 3.1.8. Травматология и ортопедия (медицинские науки)

Актуальность темы. Хирургия ревматоидной кисти – один из самых сложных разделов ортопедии: хирург имеет дело не с изолированным повреждением, а с прогрессирующим процессом, при котором одновременно страдают суставные поверхности, связочный аппарат и сухожильный баланс кисти. Запястье в этой ситуации выполняет роль «краеугольного камня»: растяжение капсулы дистального лучелоктевого сустава, тыльный подвывих головки локтевой кости и ладонное смещение сухожилия локтевого разгибателя запястья лишают кисть локтевой опоры, после чего радиальная девиация пястно-запястного блока и ульнарная девиация пальцев становятся лишь вопросом времени. К ортопеду такой пациент, как правило, попадает уже со сформированной деформацией, и наиболее надежным решением остается артродез лучезапястного сустава – операция, эффективно устраняющая боль, но лишающая кисть сгибания и разгибания. Показания же к суставосберегающим мягкотканным вмешательствам в зависимости от рентгенологической стадии поражения до сих пор не сформулированы. Поэтому работа А.В. Розова представляется своевременной и востребованной.

Научная новизна. С позиции травматолога-ортопеда центральным результатом исследования является оригинальный способ Х-образной пластики сухожилий разгибателей запястья (патент РФ на изобретение № 2826760 от 16.09.2024). Идея метода биомеханически обоснована и по-своему изящна: выведенное из положения ладонного подвывиха сухожилие локтевого разгибателя запястья сводится с сухожилием длинного лучевого разгибателя, и их взаимный тенодез одновременно возвращает локтевой стороне запястья утраченную динамическую стабилизацию и нейтрализует избыточную лучевую тягу – движущую силу радиальной девиации. Таким образом, вмешательство направлено не на последствия, а на сам механизм формирования деформации.

Обращает на себя внимание продуманность хирургической техники, подробно описанной в автореферате: тыльный срединный доступ по оси III пястной кости, тупая мобилизация головки локтевой кости с учетом топографии ветвей локтевого нерва, сшивание сухожилий на протяжении 1,5–2 см медленно рассасывающейся мононитью, при необходимости – синовэктомия. Удачной находкой является расположение сухожилий

разгибателей пальцев над удерживателем, уменьшающее риск рубцово-спаечного процесса. Операция выполняется под проводниковой анестезией, без дренирования и без металлоконструкций, сохраняет суставные поверхности и не создает дополнительных проблем, связанных с фиксацией в остеопоротической кости, – обстоятельство, крайне значимое у пациентов, длительно получающих глюкокортикоиды.

Клинический материал и достоверность. Работа основана на проспективном сравнительном анализе результатов лечения 69 пациентов: 24 выполнена Х-образная пластика, 45 – артродез лучезапястного сустава. Существенно, что все вмешательства выполнены лично автором: единообразие хирургической техники исключает влияние фактора «разных рук» и повышает сопоставимость результатов. Группы сравнимы по основным клиническим характеристикам и исходному функциональному статусу. Использованы гониометрия, рентгенологическое стадирование, валидированные шкалы ВАШ, DASH и EQ-5D, адекватные методы статистической обработки. Достоверность полученных данных сомнений не вызывает.

Основные результаты. Через 6 месяцев после Х-образной пластики у пациентов сохранялись сгибание (18,5±11,5°) и разгибание кисти (9,6±7,2°), полностью утраченные после артродеза, а объем ротационных движений был достоверно больше (149,6±35,3° и 131,9±38,2°). Функциональный результат по шкале DASH и качество жизни по EQ-5D также оказались лучше в основной группе. Наиболее ценным для практикующего хирурга представляется анализ результатов в зависимости от стадии поражения: эффективность Х-образной пластики наиболее высока на II–III стадиях по A. Larsen, тогда как на IV–V стадиях преимущество остается за артродезом. На этой основе автор предлагает ясный и легко воспроизводимый алгоритм выбора операции, а предложенное вмешательство занимает собственную нишу в хирургическом лечении ревматоидного запястья – между синовэктомией и артродезом.

Заслуживает уважения честный анализ неудовлетворительных исходов с указанием их причин: высокой активности заболевания, V стадии поражения запястья, выраженного снижения минеральной плотности кости, приведшего в одном случае к нестабильности металлоконструкции. Септических осложнений не отмечено. Для ортопеда важен и вывод о том, что продолжение базисной терапии и приема глюкокортикоидов в периоперационном периоде не увеличивало частоту осложнений.

Практическая значимость. Результаты работы внедрены в практику отделения травматологии и ортопедии ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» и в учебный процесс ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Методика не требует дорогостоящих имплантатов и может быть воспроизведена в

специализированных отделениях хирургии кисти. Результаты исследования неоднократно становились предметом обсуждения на научно-практических конференциях, в том числе с международным участием, и опубликованы в 3 статьях в журналах, рекомендованных ВАК.

Автореферат написан ясным языком, хорошо иллюстрирован, в полной мере отражает содержание работы. Выводы и практические рекомендации обоснованы и соответствуют поставленным задачам. Принципиальных замечаний нет. В порядке научной дискуссии хотелось бы задать автору следующие вопросы:

1. Выполнялись ли одновременно с Х-образной пластикой вмешательства на дистальном лучелоктевом суставе (резекция головки локтевой кости, операция Sauvé-Kapandji) и как это влияло на объем ротационных движений предплечья?

2. Какова продолжительность иммобилизации после Х-образной пластики и в какие сроки начиналась разработка активных движений? Отмечались ли случаи растяжения или несостоятельности зоны тенодеза?

Заключение. Диссертационная работа Розова Александра Валерьевича является самостоятельным законченным научно-квалификационным трудом, содержащим решение актуальной задачи – улучшение результатов хирургического лечения поражений запястья у больных ревматоидным артритом. По актуальности, научной новизне, теоретической и практической значимости работа полностью соответствует требованиям пунктов 9–14 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.09.2013 г. № 842 (в действующей редакции), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, а ее автор заслуживает присуждения искомой степени кандидата медицинских наук по научным специальностям 3.1.27. Ревматология, 3.1.8. Травматология и ортопедия.

Научный консультант
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой»,
доктор медицинских наук _____ С.В. Архипов

«18» ноября 2026 г.

Подпись д.м.н. С.В. Архипова заверяю:
Ученый секретарь ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой»,
кандидат медицинских наук _____ О.А. Никитинская

Контактная информация: ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой». Адрес: 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34А. Тел.: +7495 1092910 E-mail: sokra1@irram.ru