

ОТЗЫВ

официального оппонента на диссертационную работу
Ерёмина Ивана Константиновича «Применение прямого переднего доступа при
первичном эндопротезировании тазобедренного сустава», представленную на
соискание учёной степени кандидата медицинских наук
по специальности 3.1.8 – Травматология и ортопедия

Актуальность темы исследования

Эндопротезирование тазобедренного сустава (ЭТБС) является одной из наиболее часто выполняемых и клинически эффективных операций в современной ортопедии. Ежегодно в мире выполняется более одного миллиона таких вмешательств, а их количество неуклонно растёт в связи со старением населения и расширением показаний к оперативному лечению. Одним из ключевых факторов, определяющих результат ЭТБС, является выбор хирургического доступа, который влияет на травматичность операции, сроки реабилитации, частоту осложнений и качество жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде.

Прямой передний доступ (ППД) привлекает всё большее внимание ортопедического сообщества благодаря своей межмышечной и межнервной природе, позволяющей сохранить целостность абдукторного аппарата, ускорить восстановление и снизить болевой синдром. Однако в отечественной клинической практике ППД всё ещё не получил широкого распространения, что связано с недостаточной доказательной базой и отсутствием систематизированных данных о его преимуществах перед классическими доступами в условиях российской системы здравоохранения.

Диссертационная работа Ерёмина И.К., посвящённая сравнительной оценке эффективности ППД и прямого бокового доступа (Хардинга) в раннем послеоперационном периоде, является своевременной и актуальной. Полученные автором результаты имеют прямое значение для совершенствования хирургической тактики и внедрения протоколов ускоренной реабилитации (ERAS) в клиническую практику.

Научная новизна исследования

Диссертация Ерёмина И.К. содержит ряд положений, характеризующихся научной новизной:

1. Впервые в отечественной клинической практике проведено проспективное сравнительное исследование, оценивающее эффективность ППД и бокового доступа при первичном ЭТБС на достаточной выборке пациентов ($n=120$). Такой дизайн позволил минимизировать влияние вариабельности хирургической техники и получить «чистые» результаты относительно истинного эффекта доступа.
2. Впервые продемонстрирована возможность полной реализации парадигмы **опиоид-избегающей аналгезии** при использовании ППД: потребность в опиоидных анальгетиках в группе ППД отсутствовала у всех пациентов ($0,0 [0,0; 0,0]$ мг), тогда как в группе бокового доступа опиоиды потребовались каждому пациенту ($1,0 [1,0; 1,0]$ мг, $p<0,0001$). Этот результат имеет высокую клиническую значимость, особенно для пожилых пациентов, у которых опиоиды ассоциированы с делирием, падениями и когнитивными нарушениями.
3. Впервые получены количественные данные о преимуществах малоинвазивного доступа, зафиксированных в виде **2,6-кратного** увеличения скорости ходьбы на 4-й день после операции ($0,526$ м/с против $0,200$ м/с, $p<0,0001$) и сокращения времени до первой вертикализации на 19 часов по сравнению с боковым доступом ($3,0$ ч против $22,33$ ч, $p<0,0001$).
4. Детально описана и внедрена **оригинальная техника ППД с разрезом «бикини»**, защищённая двумя патентами на изобретение (RU 2815153, RU 2821652), что подтверждает вклад автора в развитие хирургической техники.

Практическая значимость работы

Результаты диссертационного исследования имеют выраженную практическую направленность:

1. Разработанный и валидированный в клинической практике **алгоритм применения ППД** позволяет хирургам обоснованно выбирать данный доступ у пациентов с первичным коксартрозом, что приводит к снижению боли, ускорению реабилитации и сокращению сроков госпитализации.
2. Продемонстрированная возможность **полного отказа от опиоидных анальгетиков** при ППД даёт практические ориентиры для пересмотра протоколов периоперационного обезболивания и внедрения мультимодальной опиоид-избегающей аналгезии.
3. Полученные данные о сроках вертикализации (3,0 ч) и скорости ходьбы (0,526 м/с на 4-е сутки) могут служить **референсными значениями** для оценки эффективности реабилитации и могут быть использованы при разработке локальных клинических протоколов.
4. Результаты внедрены в практику нескольких клинических баз (Медси, Юсуповская больница, Атлас), что подтверждено соответствующими актами внедрения, а также используются в учебном процессе.

Структура и содержание работы

Диссертация изложена на 117 страницах машинописного текста, иллюстрирована 52 рисунками и 4 таблицами. Состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы», главы «Хирургическое лечение», главы «Результаты исследования», заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и списка литературы (129 источников, из них 33 отечественных и 96 зарубежных). Построение работы традиционно и полностью соответствует предъявляемым требованиям.

Во введении убедительно обоснована актуальность темы, чётко сформулированы цель и задачи исследования, представлены научная новизна, практическая значимость, положения, выносимые на защиту, а также сведения об апробации работы.

В первой главе (обзор литературы) автором проведён детальный анализ современных источников (за последние 10 лет) по проблеме выбора хирургического доступа при ЭТБС. Рассмотрены эпидемиология остеоартрита, факторы риска, анатомическое обоснование доступов, техника ППД, результаты сравнительных исследований и место ППД в протоколах ускоренной реабилитации. Обзор написан хорошим научным языком, критически осмыслен и логически подводит к необходимости проведения собственного исследования.

Во второй главе представлен дизайн проспективного сравнительного исследования, дана подробная характеристика 120 пациентов (по 60 в каждой группе), описаны критерии включения/исключения, методы клинического, лабораторного и инструментального обследования, включая предоперационное планирование. Особого внимания заслуживает расчёт размера выборки для первичной конечной точки (боль по ВАШ через 48 часов) и обоснование выбора параметрического t-критерия Уэлча. Статистический анализ выполнен на современном уровне.

В третьей главе («Хирургическое лечение») автор подробно, с опорой на анатомические данные, описывает собственную технику ППД с разрезом «бикини». Подробно иллюстрированы этапы доступа: укладка пациента, драпировка, кожный разрез, выделение капсулы, релиз, остеотомия шейки, установка компонентов, закрытие раны. Глава демонстрирует высокий уровень хирургического мастерства автора и может служить методическим пособием для хирургов, осваивающих ППД.

В четвёртой главе представлены результаты исследования. Доказано, что ППД обеспечивает статистически значимо меньшую боль через 48 часов (1,0 см против 3,0 см по ВАШ, $p < 0,0001$), отсутствие потребности в опиоидах (0,0 мг против 1,0 мг), более раннюю вертикализацию (3,0 ч против 22,33 ч), лучшую скорость ходьбы на 4-й день

(0,526 м/с против 0,200 м/с) и лучшие показатели по шкалам NHS (56,5 против 38,0 баллов), WOMAC (21,0 против 25,0 баллов) и большинству доменов SF-36 ($p < 0,05$). Результаты наглядно представлены в таблицах и диаграммах.

В заключении автор обобщает полученные данные, сопоставляет их с литературными источниками, обсуждает механизмы преимуществ ППД, анализирует ограничения исследования (однооператорный дизайн, короткий период наблюдения, отсутствие слепой оценки) и чётко формулирует теоретическое и практическое значение работы.

Выводы и практические рекомендации логично вытекают из результатов исследования, сформулированы конкретно и аргументированно.

Замечания и вопросы по диссертации

При общей положительной оценке работы имеются следующие замечания и вопросы дискуссионного характера:

1. **Вопрос о применимости результатов в широкой практике.** Исследование выполнено одним высококвалифицированным хирургом, который, по-видимому, прошёл кривую обучения ППД (более 100 операций). Известно, что частота осложнений при ППД на этапе освоения достигает 20,8%. Каковы, по мнению автора, минимальные требования к хирургу (количество операций, наличие наставника, оснащение) для безопасного внедрения ППД в рутинную практику российских клиник?
2. **Вопрос о сравнительной экономической эффективности.** Автор демонстрирует сокращение времени подготовки к операции с 25 до 17,5 мин ($p < 0,0001$) и сокращение сроков госпитализации (в тексте не приведены окончательные цифры по длительности стационарного лечения в днях). Проводилась ли оценка экономической эффективности ППД (затраты на операционное время, оборудование, реабилитацию) по сравнению с боковым доступом? Или, возможно, эти данные планируются к публикации в дальнейшем?
3. **Отсутствие оценки отдалённых результатов.** Исследование сфокусировано исключительно на раннем послеоперационном периоде (до 4-х дней). Автор сам отмечает в заключении, что преимущества ППД могут нивелироваться к 12 месяцам. Планируется ли продолжение наблюдения за этой когортой пациентов для оценки средне- и долгосрочных исходов (выживаемость эндопротеза, частота ревизий, хроническая боль)?
4. **Не оценивалось повреждение латерального кожного нерва бедра (ЛКНБ).** По данным литературы, частота парестезий при ППД достигает 30% и является одним из наиболее частых специфических осложнений. В работе (раздел 4.1.1) указано только одно осложнение со стороны нервной системы в группе ППД (1,67%) и одно в группе БД. Противоречит ли это, по мнению автора, литературным данным, или же такая низкая частота связана с особенностями техники (разрез «бикини», щадящая ретракция)?
5. **Стилистические и редакционные замечания:**
 - В тексте встречаются опечатки и стилистические погрешности (например, в табл. 1 дублируются строки «Время операции, мин»).
 - Глава 3 очень подробна (32 страницы), что несколько нарушает баланс разделов; часть деталей можно было бы вынести в приложение или сократить.
 - В списке литературы некоторые источники на русском языке оформлены без указания английского перевода названия, что допустимо, но не единообразно.

Указанные замечания не носят принципиального характера и не снижают высокой научной и практической ценности диссертационной работы. Автором выполнен большой объём клинического исследования, получены новые и важные для практического здравоохранения данные.

Заключение

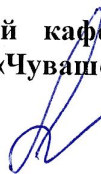
Диссертационная работа Ерёмина Ивана Константиновича «Применение прямого переднего доступа при первичном эндопротезировании тазобедренного сустава» является завершённой научно-квалификационной работой, в которой содержится решение актуальной задачи – улучшение ранних результатов первичного эндопротезирования тазобедренного сустава путём использования прямого переднего доступа с оптимизированной техникой и периоперационным ведением.

По актуальности, научной новизне, практической значимости, объёму выполненных исследований и достоверности полученных результатов диссертация полностью соответствует требованиям п. 9–14 «Положения о присуждении учёных степеней», утверждённого Постановлением Правительства Российской Федерации № 842 от 24.09.2013 г. (в действующей редакции), предъявляемым к диссертациям на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.

Автор диссертации, Ерёмин Иван Константинович, заслуживает присуждения искомой учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.8 – Травматология и ортопедия.

Официальный оппонент:

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и экстремальной медицины ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»



/ Н.С. Николаев/

«02» сентября 2026 г.

Подпись доктора медицинских наук, профессора РАН, главного врача ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России (г. Чебоксары) Н.С. Николаева заверяю:

Начальник отдела кадров ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Чебоксары)



/ Н.В. Микулинская

Дата: 02 сентября 2026г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Чебоксары)
428020, Российская Федерация, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. Федора Гладкова, д. 33

www.orthoschcb.com/

+7(8352) 70-60-70

fc@orthoschcb.ru