

В І Д Г У К

офіційного опонента доктора медичних наук, професора БЕЗШАПОЧНОГО С.Б. на дисертаційну роботу Мінаєва Олексія Олександровича «Підвищення ефективності ендоназального хірургічного лікування хворих з непрохідністю слъзовідвідних шляхів при хронічному гнійному дакріоциститі» поданої на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.19. – оториноларингологія

Актуальність обраної автором теми наукової праці обумовлена високим рівнем поширеності патології слъзовідвідних шляхів та складнощами їх діагностики та лікування. Основний клінічний симптом при цьому захворюванні – слъзотеча, є не тільки косметичним недоліком, але і фактором, що знижує працездатність, а при ряді професій викликає професійну непридатність і негативно позначається на психіці пацієнта. Більше ніж у половини випадків захворювання набирає форми запалення – дакріоциститу.

Одним з методів лікування різних форм непрохідності слъзовідвідних шляхів є дакріоцисториностомія – хірургічне лікування, яке передбачає створення стійкої дакріоцисториностоми. Це хірургічне втручання виконується в світі вже протягом 100 останніх років.

Розвиток і впровадження в оториноларингологічну практику нових технологій, таких як ендоскопія, комп'ютерна томографія, дозволяє з нових позицій оцінити питання етіології захворювань слъзовідвідних шляхів і, на високому рівні підійти до вирішення проблеми лікування хронічних дакріоциститів. Ретельний аналіз даних комп'ютерної томографії та ендоскопії дозволяє сформуванати новий погляд на порожнину носа і його оточуючі функціональні структури, як на єдину систему, в якій всі ланки тісно взаємозв'язані.

Формування такого погляду зумовлює створення нового підходу в лікуванні хронічних дакріоциститів і супутньої патології порожнини носа. Незважаючи на значні успіхи, досягнуті в лікуванні дакріоциститів, ця проблема далека від остаточного рішення і залишається актуальною, в цій області спостерігається тісне зближення інтересів офтальмологів і оториноларингологів.

Обґрунтованість наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації.

Дисертація Мінаєва Олексія Олександровича «Підвищення ефективності ендоназального хірургічного лікування хворих з непрохідністю слъзовідвідних шляхів при хронічному гнійному дакріоциститі» ґрунтується на достовірному і статистично достатньому клінічному матеріалі – результатах обстеження та лікування 81 пацієнта з хронічним дакріоциститом. Робота виконана на сучасному науково-методичному рівні, базується на даних ґрунтовних клінічних, морфологічних та лабораторних досліджень.

Автором особисто зібрано клінічний матеріал, виконано клініко-лабораторні дослідження, проведено статистичну обробку одержаних результатів, їх аналіз, сформовано основні теоретичні та практичні положення дисертації, що виносяться на прилюдний захист.

Використані в дисертації методи дослідження відповідають поставленим завданням, вони є сучасними та інформативними. Статистична обробка отриманого наукового матеріалу проведена коректно, що показує достовірність отриманих результатів. Назва дисертації повною мірою відповідає її змісту, головні наукові положення дисертаційної праці, висновки і практичні рекомендації цілком логічно витікають з матеріалів роботи, базуються на фактичних даних. Вони обґрунтовані, містять нові наукові та практичні узагальнення та є логічним підсумком проведених наукових досліджень.

Достовірність і новизна отриманих результатів.

На основі єдиних методологічного і методичного підходів, автором дисертації вперше застосовано ошадну методику ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії на підставі розробленого способу визначення топографо-анатомічного взаємозв'язку слізного мішка з оточуючими внутрішньоносовими структурами.

Автором вперше проведено диференційну оцінку функції слъзовідведення за запропонованою методикою у хворих з хронічним дакріоциститом після ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії в ранньому та віддаленому післяопераційних періодах.

Встановлено і доведено, що видалення медіальної стінки слізного мішка максимально донизу при дакріоцисториностомії не потребує установлення імплантату в зону дакріориностоми, що дозволяє зменшити утворення рубців і синехій у цій ділянці, поліпшити пасаж слъози, покращити якість життя пацієнтів, досягти стійкої ремісії у 97,8% пацієнтів.

Отримані автором дані дозволяють дати оцінку стану слизової оболонки в ділянці дакріориностоми та функцію слъзовідведення а також динаміку їх відновлення після дакріоцисториностомії. На основі отриманих даних удосконалено тактику хірургічного лікування і післяопераційного ведення хворих з хронічним дакріоциститом.

Повнота викладення матеріалів дисертації в опублікованих працях.

Основні наукові положення, висновки та практичні рекомендації відображені у 20 наукових роботах, з них 6 наукових робіт – в фахових виданнях, (з них 2 статті – в іноземних виданнях), 2 – у фахових виданнях, затверджених МОН України, 1 монографія, 9 тез – у збірниках з'їздів, конгресів та науково-практичних конференцій, 2 патенти України на корисну модель.

Публікації відповідають вимогам ДАК МОН України та повною мірою відображають матеріали дисертації.

Основні положення, результати та ідеї роботи доповідалися і обговорювалися на наукових конференціях медичної спрямованості: XI з'їзді оториноларингологів України (м. Судак, 2010 р.); засіданні товариства офтальмологів Донецької області (м. Донецьк, 2010 р.); Щорічних традиційних весняних і осінніх конференція Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів (м. Івано-Франківськ, 2010 р., м. Київ, 2011 р., м. Севастополь, 2013 р., м. Полтава, 5 2014 р.); I Міжнародній науково-практичній конференції «SCIENCE, EDUCATION, INNOVATION: TOPICAL ISSUES AND MODERN ASPECTS» (м. Таллін, Естонія, 16-18 грудня 2020 р.).

Оформлення дисертації та її структура.

Дисертаційну роботу викладено на 234 сторінках машинописного тексту. Вона складається з титульного аркуша, анотації, переліку умовних скорочень змісту, вступу, 5 розділів, які включають в себе огляд літератури, опис матеріалів і методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу та обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій. Список літератури містить 237 використаних літературних джерел (146 – кирилицею і 91 – латиницею). Робота проілюстрована 48 малюнками і 25 таблицями.

Вступ відповідає встановленим вимогам, включає актуальність теми, мету, задачі, об'єкт та предмет дослідження, наукову новизну, практичну значимість отриманих результатів. Чітко визначено актуальність піднятої проблеми, що базується на численних літературних посиланнях.

Ціль наукового дослідження Підвищення ефективності лікування хворих з хронічним гнійним дакріоциститом шляхом удосконалення методів діагностики і ендоназального ендоскопічного хірургічного лікування.

Автором чітко сформульовані 7 задач дослідження, послідовне виконання яких дозволяє досягнути поставленої цілі.

Об'єкт дослідження: хронічний гнійний дакріоцистит (МКХ-10: Н04.4).

Предмет дослідження: стан вертикального відділу слъзовідвідних шляхів; особливості перебігу хронічного гнійного дакріоциститу; стан слизової оболонки порожнини носа; варіанти топографо-анатомічного взаємозв'язку слізного мішка і оточуючих його внутрішньоносових структур; стан функції слъзовідведення; якість життя пацієнтів.

1 розділі «Огляд літератури» побудований традиційно складається з 4 підрозділів, в яких автором наведені відомості стосовно проблеми діагностики та лікування хронічного дакріоциститу.

Літературні дані викладені та проаналізовані з позицій завдань дослідження, сучасних підходів до діагностики та лікування.

Аналізуючи дані літературних джерел, автор робить висновок, що актуальність проблеми лікування хронічного дакріоциститу обумовлена не тільки тяжкістю перебігу, можливістю розвитку рецидивуючих форм захворювання, а й тим, що способи лікування, що використовуються в клінічній практиці, не завжди є ефективними.

Базуючись на літературних даних, автором доведена доцільність подальшого вивчення питань підвищення ефективності лікування пацієнтів на хронічний дакріоцистит.

У 2 розділі «матеріал і методи дослідження» автором дана загальна характеристика досліджених хворих – 109 пацієнтів із непрохідністю слъзовідвідних шляхів, обумовленою хронічним дакріоциститом, що проходили стаціонарне хірургічне лікування і спостереження на базах кафедри оториноларингології факультету інтернатури і післядипломної освіти Донецького національного медичного університету МОЗ України.

Для досліджень були сформовані наступні групи: 1 – досліджувана група, до якої увійшли 45 пацієнтів з хронічним дакріоциститом, яким дакріоцисториностомія була здійснена за розробленою методикою; 2 – група порівняння, до якої було включено 36 пацієнтів, яким після виконання розробленої ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії в зону дакріориностоми встановлювали провідник з полівінілхлориду; 3-ю, контрольну група склали 28 пацієнтів, взятих з архівного матеріалу, яким хірургічне втручання виконували за загальноприйнятою методикою: зі збереженням і пластичним укладанням викроєних клаптів слизової оболонки порожнини носа і слізного мішка та з установленням провідника з полівінілхлориду.

Пацієнти 1-ї та 2-ї груп були розділені на 2 підгрупи: до підгруп 1А і 2А увійшли пацієнти, яким у передопераційному обстеженні проводили комп'ютерну томографію слъзовідвідних шляхів з контрастуванням за розробленою автором методикою; підгрупу 1В і 2В склали пацієнти, яким комп'ютерну томографію виконували без контрастування, за традиційним алгоритмом.

Усі клінічні групи пацієнтів є статистично однорідними.

Ретельно описані застосовані в роботі методики: ендоскопія порожнини носа та носоглотки, інструментальні дослідження слъзовідвідних шляхів офтальмологом, контрастну рентгенографію слізного мішка – дакріоцистографію.

Докладно описано методику проведення ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії за розробленою методикою.

Повною мірою та змістовно обґрунтовані теоретичні засади, на яких було обрано кожний з лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Застосовані методи дослідження є сучасними і інформативними для вирішення поставлених в роботі завдань.

Всі застосовані методики відповідають сучасним вимогам.

Кількість одиниць дослідження – пацієнтів з хронічним дакріоциститом, – достатня для отримання коректних, статистично достовірних результатів.

Статистична обробка проводилась за допомогою ліцензованої програми MedCalc.

У 3 розділі автор дає розгорнуту клінічну характеристику пацієнтів з хронічним дакріоциститом.

Автором проведено аналіз комп'ютерних томограм, який показав, що слізна ямка є досить варіабельною у своєму розташуванні, що вимагає проводити контрастування слъзовідвідних шляхів для її ідентифікації.

Автором показано та доведено, що через ринологічну патологію у пацієнтів з хронічним дакріоциститом йде вплив на відтік слъози через слъзовідвідні шляхи, на аеродинаміку порожнини носа, що відіграє значну роль у патогенезі цього захворювання. Але автор зазначає, що для визначення ступеня впливу кожної окремої патології на транспорт слъози через слізний мішок і носослізний канал потребує більшої кількості пацієнтів для вивчення та проведення подальших досліджень.

У 4 розділі автор знайомить з особливостями хірургічного лікування пацієнтів з хронічним дакріоциститом. Причому автор описує як традиційну методику хірургічного втручання, так і оригінальну.

Особливістю власної оригінальної методики є те, що після оголення слізного мішка його розтинають серпоподібним скальпелем на всю довжину до дна (максимально донизу) таким чином, щоб не було порога – кишені, в якій може накопичуватись і нагноюватись слъоза.

У групі порівняння (2-а) втручання виконували так само, крім того, що для формування дакріоцисториностоми у сформований отвір вводили провідник на 1,5 місяці.

За наявності у пацієнтів з хронічним дакріоциститом внутрішньоносової патології – викривлення носової перегородки, гіпертрофія нижніх носових

раковин, бульозні зміни середньої носової раковини, запальні зміни у ННП – у всіх випадках виконували хірургічну їх корекцію.

Автор доводить, що розроблена методика комп'ютерної томографії слізовідвідних шляхів з контрастуванням, при доопераційному обстеженні пацієнтів з хронічним дакріоциститом є інформативнішою порівняно з традиційною, а виконання хірургічного втручання при її застосуванні – щадним.

У 5 розділі автор знайомить з особливостями ведення хворих у ранньому та відділеному післяопераційних періодах. Запропоновано алгоритм ведення пацієнтів у післяопераційному періоді з перших днів і до 18 місяців спостереження.

Автор показує, що застосування розробленої методики хірургічного лікування пацієнтів з хронічним дакріоциститом достовірно покращує функціональні показники лікування в ранньому післяопераційному періоді.

Аналіз і узагальнення одержаних результатів.

Автором наведені основні аргументи, які показують, що запропонований спосіб комп'ютерної діагностики та лікування хронічного дакріоциститу є патогенетично обґрунтованим.

Висновки дисертації логічно витікають з поставлених цілі та задач дослідження, відбивають суть проведеної наукової роботи.

Практичні рекомендації обґрунтовані, клінічно підтверджені. Дані дисертаційного дослідження можуть бути використані в оториноларингологічних відділеннях стаціонарів при лікуванні пацієнтів з хронічним дакріоциститом.

Роботу написано науковою мовою, що свідчить про достатню ерудицію автора. Викладені матеріали вільно сприймаються. Отримані результати обґрунтовані, виважені. Зміст автореферату відбиває основні положення дисертації.

Дисертаційна праця Мінаєва Олексія Олександровича відповідає встановленим вимогам, але в ході її рецензування виникло ряд зауважень та дискусійних питань до дисертанта.

Зауваження.

1. В дисертаційній роботі зустрічаються граматичні помилки, невдалі вирази.
2. Окремі підписи під рисунками не відповідають загальноприйнятим стандартам.
3. У 4 розділі наявні посилання на рисунки (рис 1 с, рис 1,б), хоча рисунків з такими номерами у дисертації не зустрічається.
4. У дисертаційній роботі у переліку умовних скорочень відсутнє пояснення аббревіатури – «СОП».

Запитання.

1. При проведенні ендоскопічного дослідження порожнини носа Ви вказуєте на необхідність огляду устя носослізного каналу. Чи у всіх пацієнті такий огляд був можливим?
2. Чи спричиняє негативний вплив порушення назальної вентиляції на стан прохідності слізовідвідних шляхів? Якщо «так», то який можливий механізм цього впливу?
3. Чи спостерігали Ви збільшення частоти хронічних дакріоциститів у пацієнтів з хронічними формами риносинуситів, алергічних ринітів?
4. У першому висновку Ви вказуєте, що різноманітність патології носа та навколоносових пазух значно впливає на перебіг хронічного дакріоциститу. Який саме негативний фактор може спричинити виникнення непрохідності слізовідвідних шляхів а в подальшому її підтримувати? Сприяти виникненню дакріоциститу?

5. Чи проводите Ви дакріоцисториностомію в разі виникнення флегмони слізного міхура?
6. Описуючи техніку проведення дакріоцисториностомії, Ви вказуєте на необхідність «медіалізувати» середню носову раковину для розширення середнього носового ходу. В яких випадках виникає така необхідність? Яке відношення мають структури остіомеатального комплексу до дакріоцисториностоми?
7. Для визначення місця розрізу слизової оболонки а потім – ідентифікації місця трепанації Ви проводили діафаноскопію світловодом. Чи не вважаєте Ви, що більш точно визначити місце слізної ямки і подальших маніпуляцій можливо при уведенні тонкого світловода у слізний каналець з променем червоного лазера.
8. У 4 розділі (Стор. 114) Ви вказуєте на промивання слізного мішка розчином метиленового синього. Яка мета застосування промивної рідини з барвником?
9. Чим обумовлена тривалість перебування провідника у сформованій дакріоцисториностомі – саме 1,5 місяці?

Вищенаведені зауваження та запитання не є принциповими та не знижують значення проведеної автором наукової роботи, а носять рекомендаційний характер.

Висновок щодо відповідності дисертації встановленим вимогам

Дисертація Мінаєва О.О. «Підвищення ефективності ендоназального хірургічного лікування хворих з непрохідністю слезовідвідних шляхів при хронічному гнійному дакріоциститі», подана на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, є закінченою науково-дослідною роботою, в якій автор показав високий науковий рівень дослідження. У дисертації отримані принципово нові, науково обґрунтовані результати, що вирішують конкретне

завдання – підвищити ефективність лікування хворих з хронічним гнійним дакриоциститом шляхом удосконалення методів діагностики і ендоназального ендоскопічного хірургічного лікування на основі вивчення механізмів розвитку захворювання та за рахунок використання сучасних діагностичних та лікувальних методик, що має велике теоретичне та практичне значення для отоларингології та офтальмології.

В цілому, дисертація відповідає вимогам ДАК МОН України, що висувуються до дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук п.11 «Порядку присудження наукових ступенів» – затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 24 липня 2013 року №567, а її автор, Мінаєв Олексій Олександрович, заслуговує на присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія.

Завідувач кафедри оториноларингології з
офтальмологією Української медичної
стоматологічної академії, заслужений діяч
науки і техніки України,
доктор медичних наук, професор

С.Б.Безшапочний