

ВІДЗИВ

офіційного опонента, доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри оториноларингології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова МОЗ України Кіщука Василя Васильовича на дисертаційну роботу Мінаєва Олексія Олександровича на тему: «Підвищення ефективності ендоназального хірургічного лікування хворих з непрохідністю слъзовідвідних шляхів при хронічному гнійному дакріоциститі», яка виконана в Донецькому національному медичному університеті МОЗ України, подану в спеціалізовану вчену раду Д 26.611.01 в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка НАМН України» на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.19 – оториноларингологія.

АКТУАЛЬНІСТЬ ОБРАНОЇ АВТОРОМ ТЕМИ

Порушення слъзовідведення зустрічаються доволі часто і становлять до 25% патології хвороб ока, а хронічний дакріоцистит складає значну частку в структурі цієї патології. При дакріоциститі у просвіті слізного мішка завжди знаходиться значна кількість вірулентних мікроорганізмів, які, потрапляючи на кон'юнктиву, являють собою велику небезпеку і можуть бути загрозою не тільки для зору, але і для ока. Особливої уваги потребують дакріоцистити в латентному стані і являють собою значну небезпеку, коли не розпізнані перед порожнинною операцією на очному яблуці.

Для успішного відновлення слъзовідведення при хронічному дакріоциститі до передопераційного обстеження хворих висувуються певні вимоги. Так, вкрай важливо з'ясувати особливості анатомо-топографічного взаєморозташування слъзовідвідних шляхів (СВШ) і внутрішньоносових структур. Але існуючі методи уточнення патології СВШ (рентгенографія, сцинтиграфія, КТ, магнітно-резонансна томографія тощо) не завжди повно і достовірно подають необхідну інформацію про топографо-анатомічні

взаємозв'язки слізного мішка та оточуючі внутрішньоносові структури, що може значно утруднювати планування, хід та обсяг майбутньої операції, визначати оптимальний доступ до слізного мішка.

Найпоширенішим загальноприйнятим лікуванням хронічного дакріоциститу є хірургічне, а ендоназальна ендоскопічна дакріоцисториностомія має ряд незаперечних переваг. Існує велика кількість модифікацій і варіантів виконання різних етапів цієї операції, а це говорить про неоднозначність щодо ефективності лікування хворих на хронічний дакріоцистит. Основна проблема – відносно великий відсоток рецидивів захворювання і значна кількість ускладнень. Отже, вирішення проблеми пошуку оптимального способу хірургічного лікування хронічного дакріоциститу, що дозволяв би швидше і якісніше відновлювати функцію слъзовідведення і покращувати якість життя хворих, давав би менший відсоток рецидивування і ускладнень, залишається актуальним.

Аналізуючи вищенаведені факти, пошук нових діагностичних алгоритмів і ефективних методик хірургічного відновлення слъзовідведення при хронічному дакріоциститі є актуальним завданням сучасної ринології і офтальмології.

ЗВ'ЯЗОК РОБОТИ З НАУКОВИМИ ПРОГРАМАМИ, ПЛАНАМИ, ТЕМАМИ.

Дослідження, виконані у роботі, відповідають темі НДР кафедри оториноларингології факультету інтернатури та післядипломної освіти Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України «Ендоскопічне хірургічне лікування запальних захворювань приносних пазух і хронічного гнійного дакріоциститу», державний реєстраційний номер 0110 U 007770

ОБГРУНТОВАНІСТЬ НАУКОВИХ ПОЛОЖЕНЬ, ВИСНОВКІВ І РЕКОМЕНДАЦІЙ, СФОРМУЛЬОВАНИХ У ДИСЕРТАЦІЇ.

Дисертація Мінаєва О.О. на тему «Підвищення ефективності ендоназального хірургічного лікування хворих з непрохідністю слъзовідвідних шляхів при хронічному гнійному дакріоциститі» ґрунтується на достовірному і статистично достатньому матеріалі – результатах обстеження, лікування та післяопераційного спостереження 109 пацієнтів з хронічним дакріоциститом.

Дисертантом зібрано клінічний матеріал, виконано клінічне обстеження хворих, інструментальне дослідження та хірургічне лікування.

Автор використав оптимальний об'єм методів дослідження (клінічні, ендоскопічне обстеження порожнини носа, визначення прохідності слъзовідвідних шляхів при їх промиванні, дослідження функції слъзовідведення, комп'ютерна томографія слъзовідвідних шляхів і приносних пазух) для виконання поставлених задач.

Використані в дисертації методи дослідження відповідають поставленим завданням, вони є сучасними та високо інформативними. Для аналізу та обробки застосовані сучасні статистичні методи, що визначають достовірність отриманих результатів. Наукові положення дисертаційної праці, висновки і практичні рекомендації логічно походять з матеріалів роботи, базуються на фактичних даних, вони обґрунтовані, містять нові наукові та практичні узагальнення та відповідають поставленим дисертантом меті і задачам дослідження.

ДОСТОВІРНІСТЬ І НОВИЗНА ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ.

Результати проведеного дослідження доповнюють та уточнюють дані наукових джерел про стан внутрішньоносових структур у хворих на хронічний дакріоцистит та їх вплив на перебіг захворювання.

Дисертант запропонував ощадну методику ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії на підставі розробленого способу

визначення топографо-анатомічного взаємозв'язку слізного мішка з оточуючими внутрішньоносовими структурами. Встановлено, що видалення медіальної стінки слізного мішка максимально донизу при дакріоцисториностомії не потребує установлення імплантату в зону дакріориностоми, що дозволяє зменшити утворення грануляцій, рубців і синехій у цій ділянці, поліпшити пасаж сльози, покращити якість життя пацієнтів, досягти стійкої ремісії у 97,8% пацієнтів ($p < 0,05$).

Вперше досліджено інтраопераційну візуалізацію хірургічного поля при виконанні ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії, яка, при застосуванні розробленої ошадної методики, у 91,8% пацієнтів була високого ступеню (1-2 ступінь за шкалою А.Р. Voezaart, $p < 0,05$).

Доповнено й уточнено дані про перебіг раннього та віддаленого післяопераційних періодів у пацієнтів з хронічним дакріоциститом після різних модифікацій ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії, проведено диференційну оцінку функції сльозовідведення за запропонованою методикою в ранньому та віддаленому післяопераційних періодах.

Отримані дані допомагають оцінити стан слизової оболонки в ділянці дакріориностоми і середньому носовому ході та функцію сльозовідведення, а також динаміку їхнього відновлення після ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії.

ПОВНОТА ВИКЛАДЕННЯ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ В ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЯХ.

Дисертаційна робота Мінаєва Олексія Олександровича виконана на високому методичному рівні, має за основу достатній обсяг фактичного матеріалу.

За темою дисертації опубліковано 20 наукових праць, 6 – у виданні, що входить до міжнародних наукометричних баз (з них 2 статті – в іноземних виданнях), 2 – у фахових виданнях, затверджених ДАК МОН України, 1

монографія (у співавторстві), 9 тез доповідей у матеріалах конференцій, 2 деклараційні патенти України на корисну модель.

Публікації відповідають вимогам ДАК МОН України та повною мірою відображають матеріал дисертації. Зміст автореферату та основних положень дисертації ідентичні.

ОФОРМЛЕННЯ ДИСЕРТАЦІЇ ТА ЇЇ СТРУКТУРА.

Дисертація оформлена відповідно до сучасних вимог щодо дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата наук і відповідає встановленим вимогам. Загальний обсяг роботи становить 234 сторінки, викладено українською мовою і складається із титульного аркуша, анотації, змісту, переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 3 розділів, що відображають результати власних досліджень, аналіз та узагальнення одержаних результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку 237 літературних джерел (146 з них кирилицею та 91 латиницею). Робота містить 25 таблиць та 48 рисунків. Розділи викладені послідовно, легко читаються та сприймаються.

У вступі автор розглядає актуальність проблеми діагностики і ефективного лікування хворих на хронічний дакріоцистит, визначає необхідність комплексного обстеження таких хворих, формулює мету і завдання дослідження, визначає об'єкт та предмет дослідження, наукову практичну новизну, значимість дисертаційної роботи.

I розділ. В огляді даних літератури дисертант проводить аналіз джерел щодо особливостей будови і варіантів топографічних взаємовідносин слізних шляхів та внутрішньоносових структур. Частина даного розділу присвячена аналізу наукової літератури щодо ролі патології порожнини носа і приносових пазух у етіології розвитку хронічного дакріоциститу. Також дисертант робить аналіз сучасних методів діагностики та принципів лікування непрохідності слъзовідвідних шляхів при хронічному дакріоциститі.

Вивчення стану слизової оболонки у зоні дакріориностоми і середньому носовому ході у хворих на хронічний дакріоцистит до і після ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії дають можливість зрозуміти її вплив на перебіг післяопераційного періоду таких пацієнтів, дозволить визначити причини розвитку рецидивів захворювання.

У 2 розділі «Матеріали та методи дослідження» автором дана загальна характеристика обстежених пацієнтів. Матеріали, представлені в роботі, були отримані при обстеженні та лікуванні 109 пацієнтів на хронічний дакріоцистит. Принципи формування груп пацієнтів, включених у дослідження, підбір методів обстеження адекватні поставленим меті та завданням. Вибрані методи статистичної обробки отриманих даних відповідають сучасним вимогам і дозволяють об'єктивно оцінити результати проведеної роботи. Дослідження включало кілька етапів.

1 етап (амбулаторно-поліклінічний): пацієнтів з епіфорією консультував офтальмолог, далі проводили відбір хворих на хронічний дакріоцистит з метою подальшого обстеження й лікування.

2 етап (дошпитальний): здійснювали комплексне поглиблене обстеження цих пацієнтів, уточнювали стан слъзовідвідних шляхів та індивідуальні особливості внутрішньоносових структур, визначали тактику лікування.

3 етап (стаціонарний): планували та проводили хірургічне лікування, спостереження у ранньому післяопераційному періоді.

4 етап (післяопераційний): здійснювали динамічне спостереження за пацієнтами при кожному візиті до лікаря, у разі необхідності проводили туалет порожнини носа, промивання слъзовідвідних шляхів, а також повний комплекс клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження.

У даному розділі описані методики дослідження стану слизової оболонки порожнини носа при ендоскопічному дослідженні, оцінки прохідності слъзовідвідних шляхів при їх промиванні, дослідження функції слъзовідведення. Також детально описані розроблені автором алгоритм

проведення КТ слъзовідвідних шляхів з контрастуванням і спосіб ендоназального ендоскопічного хірургічного втручання. Розділ включає обґрунтування вибору використаних статистичних методів і їх повний опис.

У 3 розділі наведені результати поглибленого клініко-інструментального обстеження хворих на хронічний дакриоцистит. Зроблено акцент на детальний збір анамнезу захворювання, ендоскопічне обстеження порожнини носа з демонстрацією супутньої ринологічної патології, а також на проведення КТ слъзовідвідних шляхів з контрастуванням, детальним аналізом отриманих КТ-даних за запропонованим алгоритмом і демонстрацією результатів обстеження.

Так, патологія внутрішньоносових структур у хворих на хронічний дакриоцистит була виявлена у 85,3% випадків, а через велику різноманітність і кількість ринологічної патології у пацієнтів з хронічним дакриоциститом вона є найбільш значущою причиною розвитку дакриоциститу і впливає на його перебіг.

Дисертантом наведено детальний аналіз комп'ютерних томограм, який показав, що слізна ямка досить варіабельна у своєму розташуванні та може бути не тільки на рівні переднього кінця середньої носової раковини (у 39,4% пацієнтів) або допереду від нього (у 32,1% хворих), але і дозаду від нього, що спостерігалось у 14,7% пацієнтів. У 13,8% з усіх спостережень за даними КТ визначити відношення слізної ямки до латеральної стінки порожнини носа було складно. Ці випадки склали 39,3% пацієнтів контрольної групи, 11,8% та 13,3% хворих підгруп 1В і 2В відповідно, причому відмінність була статистично значущою ($p < 0,05$). При порівнянні методик інформативність запропонованого способу проведення КТ слъзовідвідних шляхів була кращою на 25,0% ($p < 0,05$).

Автором встановлено, що виконання за розробленим алгоритмом КТ слъзовідвідних шляхів з контрастуванням дозволяє отримати максимально точні дані, а їх детальний аналіз необхідний для планування спрямованості і обсягу хірургічного втручання.

4 розділ присвячений хірургічному лікуванню хворих на хронічний дакриоцистит і опису розробленої ендоназальної ендоскопічної дакриоцисториностомії зі схематичними ілюстраціями. Дана характеристика перебігу інтраопераційних періодів у хворих всіх груп.

Автором доведено, що застосування запропонованої методики КТ слъзовідвідних шляхів дозволило ефективно планувати спрямованість й обсяг хірургічного втручання, в «оптимальній» локації формувати «кісткове вікно», ідентифікувати слізний мішок, що призводило до меншої травматизації та кровоточивості оточуючих тканин. У підгрупах 1А і 2А отримано кращу візуалізацію хірургічного поля, що спостерігалась у 90% хворих, у той час як у підгрупах 1В і 2В – менше ніж у 50% пацієнтів, а у контрольній групі – у 25% хворих ($p < 0,05$).

5 розділ. Автором дисертаційної роботи наведені клініко-ендоскопічні і функціональні результати хірургічного лікування хворих порівнюваних груп. Отримані результати представлені у вигляді таблиць і діаграм. Аналіз і статистична обробка даних дозволили встановити, що запропонована автором методика ендоназальної ендоскопічної дакриоцисториностомії є більш ефективною у відновленні прохідності слъзовідвідних шляхів при хронічному дакриоциститі у порівнянні з традиційною методикою. Підтвердження тому: клінічні результати і візуальна картина при ендоскопічному дослідженні, функціональне відновлення слъзовідведення. Ефективність була доведена як в ранньому, так і в віддаленому післяопераційних періодах, а також при оцінюванні остаточних результатів хірургічного лікування (через 1 рік після операції). Використання запропонованих методик діагностики і ендоназального хірургічного лікування при їх поєднаному застосуванні попереджає розвиток ускладнень з боку порожнини носа та очного яблука ($p < 0,05$).

Важливе значення мають наведені дані щодо результатів клінічного огляду, функції слъзовідведення, стану слизової оболонки в ранньому післяопераційному періоді за показниками набрякlostі, наявності слизових

виділень, кірок, наявності грануляцій в ділянці дакріориностоми і в середньому носовому ході, а у віддаленому післяопераційному періоді – наявність в зоні дакріориностоми і в середньому носовому ході синехій і рубців, ступінь візуалізації сформованої дакріориностоми, прохідність слъзовідвідних шляхів. Особливе значення мають результати при дослідженні якості життя хворих згідно з тестуванням за шкалою Munk і опитувальником SNOT-20. У пацієнтів контрольної клінічної групи додатково визначався стан переміщених клаптів у зоні дакріориностоми (їх набряк, атрофічні та некротичні зміни тощо).

В проведеному дослідженні одночасно вивчався перебіг раннього та віддаленого післяопераційних періодів у пацієнтів з ХД, з'ясовувався стан та динаміка відновлення слизової оболонки порожнини носа та функції слъзовідведення для визначення причин розвитку рецидиву захворювання.

Автором дисертаційної роботи наведені обґрунтовані аргументи, які показують, що запропоновані способи діагностики і ендоназального хірургічного лікування є ефективними при відновленні слъзовідведення у хворих з хронічним дакріоциститом. Максимальні темпи погіршення візуалізації дакріориностоми та функції слъзовідведення відбуваються з 3-го по 6-й місяці після операції, в тому числі і відсутня візуалізація та негативна функція слъзовідведення (що обумовлює виникнення рецидиву захворювання). Пацієнти зі «зниженою» візуалізацією дакріориностоми та з «уповільненою» функцією слъзовідведення складають «групу ризику» і потребують ретельного спостереження.

Отримані дані поглиблюють наші знання щодо перебігу хронічного дакріоциститу.

Висновки сформульовані чітко і лаконічно, обґрунтовані, відповідають поставлений меті і завданням дослідження, відображають суть проведеної роботи.

Практичні рекомендації конкретні, клінічно обґрунтовані та відповідають запитам практичної оториноларингології та офтальмології.

Матеріали дослідження можуть бути використані в роботі оториноларингологічних відділень для хірургічного лікування пацієнтів на хронічний дакриоцистит.

Автореферат за обсягом і змістом відповідає вимогам ДАК МОН України. Роботу написано грамотною науковою мовою, що свідчить про високу ерудицію автора. Отримані результати обґрунтовані. Дисертаційна робота відповідає встановленим вимогам, проте є ряд зауважень, що не носять принципового характеру та дискусійних запитань до дисертанта.

ЗАУВАЖЕННЯ.

1. У тексті дисертації зустрічаються стилістичні та граматичні помилки, повторення, невдалі вирази.

ЗАПИТАННЯ.

1. Чи запрошували Ви до співпраці офтальмолога при проведенні даних оперативних втручань?
2. Чи брав участь офтальмолог у післяопераційному спостереженні пацієнтів? За яких саме обставин?
3. Які саме зміни внутрішньоносових структур найбільше впливають на розвиток і перебіг дакриоциститів?
4. За рахунок чого запропонований алгоритм проведення КТ слъзовідвідних шляхів з контрастуванням є більш інформативним?
5. Чому в Ваше дослідження увійшли хворі на хронічний дакриоцистит у латентному стані? Чи спостерігали Ви загострення дакриоцистититу?

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

ВИСНОВОК ЩОДО ВІДПОВІДНОСТІ ДИСЕРТАЦІЇ ВСТАНОВЛЕНИМ ВИМОГАМ

Дисертація Мінаєва Олексія Олександровича на тему: «Підвищення ефективності ендоназального хірургічного лікування хворих з непрохідністю слъзовідвідних шляхів при хронічному гнійному дакриоциститі» подана на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, є закінченою науково-дослідною роботою, в якій отримані нові, науково обґрунтовані дані щодо підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з хронічним дакриоциститом. Представлені дані вирішують конкретну наукову задачу: підвищення ефективності лікування пацієнтів на хронічний дакриоцистит, шляхом удосконалення діагностики та хірургічного лікування при використанні ендоскопічного ендоназального доступу.

Актуальність теми роботи, високий якісний рівень дослідження, наукова новизна отриманих результатів, їх практична цінність дозволяють вважати, що дисертаційна робота Мінаєва Олексія Олександровича відповідає вимогам ДАК МОН України, що висуваються до дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук п.11 «Порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника» – 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.

Офіційний опонент

завідувач кафедри оториноларингології

Вінницького національного медичного

університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України,

доктор медичних наук, професор,

заслужений лікар України

Василь КІЩУК