

ВІДГУК

офіційного опонента докт. мед.наук, професора, Заслуженого діяча науки і техніки України Гарюка Г.І на дисертаційну роботу Шевченко Тетяни Олександрівни на тему: «Обґрунтування сучасної комплексної терапії хвороби Мен'єра» за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.

Актуальність даної теми полягає в тому, що до тепер не знайдено адекватного ні терапевтичного, ні хірургічного метода лікування хвороби Мен'єра. Хоча за даними багатьох, як зарубіжних так і українських авторів, єдиного підходу в лікуванні цієї хвороби немає.

Отже, автором дисертації, Шевченко Т.О. поставлена нелегка мета - підвищити ефективність лікування пацієнтів з хворобою Мен'єра шляхом розробки та обґрунтування сучасної комплексної терапії з застосуванням медикаментозного лікування, пневмомасажу вікон лабіринта, кінезітерапії та пролонгованої тимпаностомії. Основними завданнями дослідження було розробити схему сучасної комплексної терапії пацієнтів з хворобою Мен'єра із застосуванням пневмомасажу вікон лабіринта, кінезітерапії та пролонгованої тимпаностомії.

Наряду з цим, автором вивчався стан слухової системи за даними психоакустичних методів дослідження як до – так і після лікування. в такому ж сенсі вивчався і стан вестибулярної функції до – та після лікування.

На основі вивчення стану слухової та вестибулярної систем хворих, ставилася задача розробити і запропонувати схему комплексної оцінки якості життя хворих на хворобу Мен'єра (ХМ).

Також в завдання входило оцінити якість життя хворих до лікування та в динаміці після лікування: у найближчому періоді (1 рік і більше). Закономірно поставлена задача вивчити клінічну ефективність сучасної комплексної терапії хвороби Мен'єра у порівнянні з традиційним методом у віддаленому періоді після лікування.

Об'єкт і предмет дослідження визначені автором правильно. Обрані методи дослідження сучасні та високоінформативні.

Обґрунтованість наукових положень, висновків і рекомендацій.

Автором обґрунтовано практичне і теоретичне значення одержаних результатів, що полягає у вперше розробленій та впровадженій в практику схемі

сучасної комплексної терапії пацієнтів з хворобою Мен'єра, яка складалася з медикаментозного лікування, методу пневмомасажу вікон лабіринта з пролонгованою тимпаностомією та комплексом вправ з кінезітерапією. Запропонована схема оцінки ефективності проведеного лікування за допомогою соціологічних показників у динаміці, що включала розробку протоколу дослідження, вибір інструмента дослідження та його модифікація щодо хвороби Мен'єра, аналіз та інтерпретацію результатів дослідження.

Автором отримано патент України на корисну модель №73224 Україна від 10.09.2012р. «Спосіб лікування пацієнтів на хворобу Мен'єра».

Застосовані в дисертації методи дослідження адекватні поставленим завданням, вони є сучасними і висока інформативними. Статистична обробка наукового матеріалу проведена коректно, підтверджена достовірність отриманих результатів. Назва дисертації цілком відповідає її змісту. Всі головні наукові положення дисертації, висновки і практичні рекомендації логічно витікають з матеріалів роботи, базуються на фактичних даних, є об'єктивно обґрунтованими, чітко сформульованими, містять нові важливі наукові та практичні узагальнення та являються логічним підсумком проведених досліджень. Автореферат повністю відображає основні положення і висновки дисертації.

Таким чином, обґрунтованість і достовірність положень та висновків, сформульованих у дисертації, не визиває сумнівів.

Достовірність, наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що автором вперше розроблена та впроваджена в практику схема сучасної комплексної терапії пацієнтів з хворобою Мен'єра, яка включала медикаментозне лікування, метод пневмомасажу вікон лабіринта з пролонгованою тимпаностомією та комплекс вправ з кінезітерапією.

Поглиблені та співставлені результати клінічних, аудіометричних, вестибулометричних, електрофізіологічних досліджень пацієнтів з хворобою Мен'єра до – та після лікування, що проводилося за різними методами: класичною медикаментозною і новою схемою комплексної терапії. Доведена ефективність нової схеми комплексної терапії хвороби Мен'єра: зменшилась частота тривалості та тяжкості нападів запаморочення у 93,4% хворих, в той час, як після традиційного медикаментозного лікування лише у 60%. А у віддаленому періоді спостерігалось також зменшення вестибулярних розладів після запропонованої комплексної терапії у 66,7%, в той час як після традиційного медикаментозного лікування лише у 20% хворих.

Доведено, що сучасна комплексна терапія хвороби Мен'єра , запропонована автором, має найбільший позитивний вплив на слухову систему.

Крім того, визначено, достовірно поліпшення функції статичної і динамічної рівноваги та показників експериментального ністагму і вираженості вегетативних проявів, що підтверджувалось позитивними показниками кефалографії.

Доповнені наукові дані про негативний вплив захворювання на якість життя хворих, що відображається у зниженні показників фізичного та психологічного здоров'я. В той же час доведено позитивний вплив на якість життя методу сучасної комплексної терапії хвороби Мен'єра у досліджуваних хворих.

Впровадження результатів досліджень у практику

Отримані результати досліджень впроваджені у лікувальну роботу відділу мікрохірургії вуха та отонейрохірургії ДУ «Інститут отоларингології ім.проф.О.С.Коломійченка НАМН України» .

Основні положення дисертації в достатньому об'ємі викладені на науково-практичних конференціях , конгресах та з'їздах.

Повнота викладу основних результатів дисертації в опублікованих працях.

За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 10 наукових робіт, з них 6 статей у міжнародних наукових та фахових виданнях, 3 тези доповідей, 1 патент України на корисну модель.

У опублікованих матеріалах повністю висвітлено всі дані клінічних та інших досліджень, які мають закономірні висновки, аргументовані узагальнення і практичні рекомендації.

Оформлення дисертації та її структура

Дисертаційна робота Шевченко Т.О. викладена на 193 сторінках машинописного тексту і складається з вступу, огляду літератури, матеріалів та методів, 4-х розділів власних досліджень, заключення, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який містить 296 джерел, у тому числі 141 кирилицею та 155 – латинцею. Роботу ілюстровано 149 таблицями та 12 рисунками.

У вступі дисертації автор, насамперед, обґрунтовує актуальність вибраної теми, яка зумовлена не тільки частотою хвороби Мен'єра , а також тим, що не встановлено етіологічний чинник цього захворювання, що призводить до поліпрагмації в лікуванні.

Мета дослідження та завдання роботи сформульовано логічно і послідовно. Також у вступі вказано на зв'язок з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є складовою частиною науково-дослідної роботи лабораторії клінічної аудіології та вестибулології ДУ «Інститут отоларингології ім.проф.О.С.Коломійченка НАМН України» «Удосконалити диференціально-топічну діагностику та корекцію порушення вестибулярної функції різного генезу» 2008-2010 роки (керівник – проф.Розкладка А.І.)

Перший розділ дисертації присвячений огляду літератури, в якому автор розглядає сучасні погляди на етіопатогенез хвороби Мен'єра. Етіологічних чинників хвороби Мен'єра настільки багато, що підходи до ефективного лікування різноманітні і неоднозначні. В підрозділі 1.2. Медикаментозне лікування хвороби Мен'єра, автор аналізує наявність величезної кількості методів, що запропоновані для лікування хвороби Мен'єра, але чіткої системи, наукових принципів та обґрунтування у підході цюєї проблеми немає. «Протиріччя в клінічній картині, класифікації, етіології та патогенезі захворювання – на думку автора – прирікають пошуки лікування на емпіризм». Більшість сучасних терапевтичних засобів лікування хвороби Мен'єра належать до симптоматичних. Автор розглядає не тільки терапевтичні, але і хірургічні методи лікування ХМ. Та, згодом, приходиться висновку, що розробка схеми лікування ХМ розподіляється на допомогу хворим під час нападу запаморочення та у період між нападами, і, що умовно, терапія хвороби Мен'єра поділяється на 2 основні напрямки: дія на загальні процеси та на місцеві стабілізаційні реакції. Слід відмітити позитивну роль видатних українських вчених у пошуку ефективних методів лікування хвороби Мен'єра таких, як Г.Е.Тімен, Ю.О.Сушко, В.Г.Базаров, А.І.Розкладка, Д.Ф.Батюк, Д.І.Заболотний, Ю.В.Мітін, О.М.Борисенко, Т.В.Шидловська, Т.А.Шидловська, Н.С.Мішанчук та багато інших.

Також в огляді літератури, на наш погляд, багато місця відведено хірургічним методам лікування хвороби Мен'єра, хоча автор в своїх дослідженнях виконувала тільки пролонговану тимпаностомію. В огляді літератури приділена увага фізичним та загальнобіологічним методам лікування хвороби Мен'єра. Взагалі, на наш погляд, огляд літератури декілька перевантажений авторами і міг би бути меншим за об'ємом.

Розділ 2. Методи дослідження та загальна характеристика хворих на хворобу Мен'єра. В цьому розділі приведена загальна характеристика обстежених хворих і осіб контрольної групи. Всього обстежено 110 осіб, з яких

90 – осіб на ХМ і 20 отологічно і соматично здорових осіб. Методи обстеження хворих сучасні та високоінформативні, які включали поглиблене дослідження слухової та вестибулярної функцій. Крім того, проводилося вивчення якості життя у пацієнтів на хворобу Мен'єра. Цей підрозділ знову супроводжується літературним оглядом. Закінчується Розділ 2. методами статистичного аналізу досліджень з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel zdo (ліцензія № 01631 – 551 – 3027986) та Statsoft Statistica 8,0 (ліцензія № STA862D175437Q).

Результати обстежених хворих.

Цей розділ включає аналіз скарг пацієнтів на хворобу Мен'єра, клінічних даних та даних додаткових методів обстеження. Аналіз проведено логічно та послідовно.

Підрозділ 3.2. Дані аудіологічного обстеження. Приведено табл. 3.1. – середні пороги тональності слуху хворих на хворобу Мен'єра, що дозволило виявити різні ступені втрати слуху.

У 32 хворих на хворобу Мен'єра (з них у 20 з I ступенем втрати слуху та 12 з II ступенем) розбірливість мови не порушена і відповідала ступеню втрати слуху, досягала 100% розбірливість мови. Отож при ХМ були виявлені 3 ступені втрати слуху, що приведено в таблиці 3.4. Далі у підрозділі 3.3 приведені дані коротколатентних слухових викликаних потенціалів у хворих на хворобу Мен'єра (табл. 3.4.1). Аналіз показників КСВП показав, що у хворих на хворобу Мен'єра з втратою слуху I ступеня тяжкості поріг піку V хвилі КСВП реєструвався при рівні звукового тиску ($49,4 \pm 6,3$) дБ НЛ, II ступеня тяжкості – при рівні тяжкості тиску ($69,3 \pm 5,4$) дБ НЛ, III ступеня тяжкості - ($88,2 \pm 4,3$) дБ НЛ. Латентний період V хвилі ставив ($5,67 \pm 0,12$)мс при I ступені втрати слуху. При II ступені - ($5,97 \pm 0,11$)мс, та при III ступені – ($5,34 \pm 0,10$)мс.

Аналіз даних КСВП свідчить, що у всіх хворих на ХМ пороги диференціації хвиль відповідають ступеню зниження слуху. Латентні періоди та між пікові інтервали знаходилися в межах нормальних величин і не перевищували 4,0 мс, тобто, ретрокохлеарної патології не виявлено.

В підрозділі 3.4 приведені дані вестибулометричного обстеження хворих на ХМ. Аналіз показників стато-кінетичної рівноваги дозволив авторові встановити, що відхилення від норми параметрів флангової ходи та «крокуючого» тесту свідчить про порушення функції динамічної рівноваги, які більш виразні при вестибулярній дисфункції III ступеня тяжкості. Поглиблений аналіз одержаних результатів дослідження вестибулярної функції у хворих на

ХМ, показав, що незважаючи на ступень втрати слуху, переважала асиметрія збудливості лабіринтів. Гіпорексія була виявлена у 6 пацієнтів з II ступеня втрати слуху та у 6 – з III ступенем. З того слідує, що наявність асиметрії вестибулярних реакцій вказує на участь центральної і вегетативної нервової системи у патогенезі хвороби Мен'єра. Слід визначити, що на основі отриманих даних, автором зроблено висновок, що всім пацієнтам за даними аудіо-вестибулометричного обстеження встановлювався діагноз – хвороба Мен'єра.

В четвертому розділі детально представлено тактику лікування пацієнтів з хворобою Мен'єра. Всі пацієнти розподілені на 3 рівноцінні за віком, статтю та клінічними проявами хвороби групи в залежності від методики лікування. Частина цих даних представлена в табл. 4.1. Пацієнти першої групи отримували курс медикаментозної терапії, хворі другої клінічної групи отримували курс комплексної терапії, що включав окрім основного медикаментозного лікування, пневмомасаж вікон лабіринту та кінезітерапію. В обох клінічних групах проводилася вестибулярна реабілітація. В підрозділі 4.2.1. вестибулярна реабілітація (кінезітерапія) пацієнтів з ХМ дуже багато місця відводиться повору огляду літератури. Чомусь автор постійно свої результати описує не в минулому, а теперішньому часі, і, це стосується всіх розділів.

Так в кінці підрозділу 4.2.1. автор констатує, що вестибулярна реабілітація є важливим компонентом в лікуванні пацієнтів на ХМ, вона підвищує ефективність інших методів, прискорює видужання, тобто сприяє (а не сприяла?) підвищенню якості життя хворих.

В підрозділі 4.3. автор розкриває методику лікування хворих третьої клінічної групи, в якій проводилося комплексне лікування з пролонгованою тимпаностомією, що включає медикаментозну терапію, пневмомасаж вікон лабіринту, за вище вказаною методикою, протягом 10 днів, та курс, розробленої автором кінезітерапії протягом 2-х місяців (Патент № 73224 «Спосіб лікування пацієнтів з хворобою Мен'єра», в той же час, хворим третьої групи тимпаностомічна трубка не видалялася після закінчення лікування, а залишалася у барабанній перетинці протягом трьох місяців.

Далі висвітлюється динаміка перебігу захворювання у різні строки після лікування у пацієнтів з хворобою Мен'єра. Підрозділ 5.1 присвячено особливостям клінічного перебігу ХМ у пацієнтів після лікування – ці дані відображені в таблицях 5.1; 5.2;. Також результати проведеного лікування за клінічними даними відображені на рис. 5.1; 5.2; і 5.3. Причому відмічено, що у пацієнтів третьої групи, які отримували курс комплексної немедикаментозної

терапії у пізні строки після лікування позитивна динаміка перебігу захворювання мала такі прояви: зменшення частоти та їх тривалості нападів запаморочення у 20 пацієнтів; зменшення, або зникнення вегетативних порушень у 25 хворих; зменшення, або зникнення атактичних порушень у міжнападному періоді у 15 хворих; зменшення, або зникнення вушного шуму у 16 пацієнтів; та зменшення, або зникнення частих супутніх проявів хвороби у 6 хворих.

Досить глибоко та послідовно проведено аналіз стану слухової та вестибулярної функції у пацієнтів з хворобою Мен'єра після проведеного лікування. Ці дані відображені у табл.5.3; 5.4; та 5.5. Характерно те, що у хворих з хворобою Мен'єра 3-ї групи відмічався найбільший приріст тонального слуху, хоча у віддаленому періоді(через 12-18 місяців) також динаміка відмічалася і у 2-й клінічній групі.

Стан вестибулярної функції у хворих з хворобою Мен'єра після проведеного лікування досліджувався до лікування, через 3 та 12-18 місяців. Ці дані відображені в таблицях 5.6 - 5.29. Тут на клінічних прикладах показана перевага лікування. У хворих 3-ї клінічної групи, яким проводилось комплексне лікування з пролонгованою тимпаностомією (протягом 3-х місяців) , медикаментозна терапія, пневмосаж вікон лабіринтів (10 днів) та кінезітерапія (2 місяці). Результатом якості життя пацієнтів з хворобою Мен'єра у різні строки після лікування і у різних клінічних групах, представлені у табл.5.3.1. Найвищі показники якості життя у найближчому періоді після лікування відмічається у пацієнтів 3-ї групи, такі ж показники позитивного характеру спостерігаються в 3-й клінічній групі і у віддаленому періоді після лікування (табл..5.3.1; 5.3.6).

В розділі «Обговорення отриманих результатів дослідження» автор проводить аналіз ефективності діагностики і лікування хвороби Мен'єра і доводить, що це захворювання є не тільки полі етіологічним, але й поліпатогенетичним. Це й зумовило пошук нового в лікуванні хвороби Мен'єра, а, відтак , проводячи підсумок, слід зазначити, що отримані результати проведених досліджень , свідчать про ефективність розробленої Шевченко Т.О. схеми комплексної не медикаментозної терапії та її значну перевагу у клінічному, вестибулологічному та соціологічному аспектах над класичною медикаментозною терапією, її стійкий ефект, що особливо проявляється у віддаленому періоді після лікування.

Зауваження

1. Одним з недоліків слід відзначити декілька завищений об'єм огляду літератури, та повторення літературного супроводу як в описанні методик, так і в інших розділах дисертації, що ніяк не відобразилось на її змісті.
2. В дисертації зустрічаються орфографічні помилки, але вони не змінюють суть змісту
3. Нажаль, деякі джерела приведені в огляді літератури відсутні в списку літератури, наприклад, Марченко В.М. (1994р.) , Лисенко С.В., Морозова С.В. та співавторів (2005р.), Янов Ю.К., Герасимов К.В. (1997р.) , Griep (1962).

Запитання:

1. На які, з Вашого погляду, патогенетичні ланки хвороби Мен'єра і якими компонентами впливає запропонована Вами схема комплексного лікування?
2. Яким чином у хворих вимірювався тиск в лабіринті? Хто його вимірював? Чи то були опосередковані дані?
3. Чи були такі хворі на ХМ, що запропонована Вами схема комплексного лікування не була ефективною, та у Вашому відділенні вони були прооперовані?
4. В таблиці 3.6 (стор.188) наведено результати обертальної проби у хворих на ХМ. Не зовсім ясно, коли проба Барані проводилась при обертанні вправо чи вліво? Та, взагалі, чи можна таким хворим проводити обертальну пробу?
5. Чи не було показань у деяких хворих на ХМ проводити інекватну (калоричну) пробу?
6. Поясніть , будь ласка,- тимпаностомія барабанних перетинок робилася двобічна чи однобічна? Також це відноситься і до пневмомасажу вікон лабіринту.

Не зважаючи на вищенаведені зауваження та запитання, вони не є принциповими та не знижують значення проведеної автором роботи, її наукової та практичної цінності, а лише носять рекомендаційний характер.

Наукові положення, практичні рекомендації сформульовані на підставі отриманих автором даних. Достовірність положень забезпечена результатами статистичної обробки . Висновки логічно випливають з результатів досліджень.

Отже, наукові положення, висновки і практичні положення, які сформульовані у дисертації, достовірні та характеризуються науковою новизною і практичним значенням. Вказані зауваження не впливають на загальний позитивний внесок автора у вирішення важливої задачі – «Обґрунтування сучасної комплексної терапії хвороби Мен'єра».

В цілому, дисертація Шевченко Т.О. на тему : «Обґрунтування сучасної комплексної терапії хвороби Мен'єра» за обсягом та глибиною проведених досліджень відповідає вимогам, які пред'являються до дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.

Висновок

Дисертаційна робота Шевченко Тетяни Олександрівни на тему: «Обґрунтування сучасної комплексної терапії хвороби Мен'єра» є закінченою науково-дослідною роботою, в якій наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової задачі – підвищення ефективності лікування хворих на хворобу Мен'єра, що має суттєве значення для оториноларингології.

За актуальністю, рівнем досліджень, обсягом роботи, науковою новизною та практичним значенням дисертація Шевченко Т.О. відповідає вимогам п.11 «Порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вчених звань» ДАК Міністерства освіти і науки України щодо кандидатських дисертацій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 року № 567, а її автору Шевченко Т.О. може бути присуджено ступінь кандидата медичних наук по спеціальності 14.01.19 – оториноларингологія.

Офіційний опонент:

Доктор медичних наук,

професор, Заслужений діяч науки і техніки України

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,

завідувач кафедри отоларингології

та дитячої отоларингології:

Г.І.Гарюк