

## **В І Д З И В**

офіційного опонента, доктора медичних наук, професора кафедри оториноларингології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

Тишко Федора Олексійовича

на дисертаційну роботу Желтова Андрія Яковича на тему: «Діагностика і лікування захворювань лімфоїдної тканини носоглотки у дітей з ексудативним середнім отитом», 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**

Незважаючи на підвищення якості діагностики, ефективності лікування та диспансерного спостереження дітей із захворюванням лімфоїдної тканини носоглотки, відзначається зростання кількості негнійних захворювань середнього вуха, серед яких одне з перших місць за частотою займає ексудативний середній отит (ЕСО)

У продовж першого року після хірургічного лікування у частини пацієнтів (до 25 % випадків) зберігаються ознаки ЕСО (Гусаков А. Д., 2010), і навіть при повторних хірургічних втручаннях дане захворювання не завжди виліковується.

Автор наукового дослідження, Желтов А.Я. стверджує, що підґрунтям для виникнення ЕСО є вазомоторні порушення у слизовій оболонці носу та дисфункція слухової труби, а зв'язок факту подразнення нервових закінчень в цій зоні іннервації крило-піднебінного сплетіння лімфоїдною тканиною або постійними гнійними виділеннями при хронічному аденоїдиті приводить до розвитку ЕСО.

Вирішення цієї проблеми важливе для практичної охорони здоров'я при наданні допомоги дітям з захворюванням лімфоїдної тканини носоглотки та ексудативним середнім отитом.

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

Дисертація Желтова А.Я. на тему «Діагностика і лікування захворювань лімфоїдної тканини носоглотки у дітей з ексудативним середнім отитом» ґрунтується на достовірному і статистично достатньому матеріалі – результатах обстеження та лікування 117 хворих на захворювання лімфоїдної тканини носоглотки у дітей з ексудативним середнім отитом, та обстеження 50 хворих контрольної групи раніше оперованих традиційними підходами.

Автором особисто зібрано клінічний матеріал, виконано ендоскопічне та отологічне обстеження, аналіз показників вегетативної іннервації та мікроциркуляції слизової оболонки нижньої носової раковини, результатів хірургічного лікування дітей груп спостереження, 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 відповідає її змісту, головні наукові положення дисертаційної праці, висновки і практичні рекомендації 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.**

Результати проведеного дослідження доповнюють та уточнюють дані наукових джерел про перебіг ексудативного середнього отиту на тлі

захворювань лімфоїдної тканини носоглотки. Встановлено, що при виборі тактики хірургічного лікування носоглотки у дітей з ЕСО необхідно враховувати види гіпертрофії лімфаденоїдної тканини. Доповнені наукові дані щодо негативних наслідків проведення стандартної дітям, хворим на ЕСО, у зв'язку з неповним видаленням лімфоїдної тканини через анатомічні особливості носоглотки, неякісною санацією ділянок бічних стінок і підвищеним травмуванням слизової оболонки з утворенням грубого рубцювання.

Розширено наукові уявлення про те, що гіпертрофована лімфоїдна тканина носоглотки у дітей, хворих на ЕСО, яка поширюється у порожнину носа до задніх кінців середньої носової раковини, або наявна патологічна рідина в цій зоні являють собою вогнище постійного і досить сильного хронічного подразнення, що зумовлює розвиток дисбалансу вегетативної іннервації тканин носоглотки з переважанням парасимпатичного компонента. Це викликає вазодилатацію зі збільшенням проникності судин, набряк і секреторну активність залоз слизової оболонки, що спричиняє появу ознак отиту і підтримання їх в подальшому.

Показано, що механічне подразнення зони роземюллерівської ямки (імітація прямого впливу масою аденоїдів і тригерного впливу продуктів запалення при аденоїдитах) спричинило статистично достовірне зниження показника загальної перфузії від 6,76 до 4,54 перф. од. ( $p < 0,05$ ), що свідчить про зміну тонуусу судинного русла і характеру його вегетативного забезпечення.

Доведено, що стан мікроциркуляції слизової оболонки порожнини носа не залежить від наявності та ступеня гіперплазії лімфоїдної тканини носоглотки, а є відображенням збережених компенсаторних можливостей васкуляризації, які порушуються при гострому або хронічному подразненні слизової оболонки в зоні глоткового устя слухової труби, що проявляється у вигляді посиленої парасимпатичної іннервації слизової оболонки носа.

Продемонстровано, що результати хірургічного лікування захворювань носоглотки у дітей, які страждають на ЕСО, є кращими при виконанні операцій під візуальним контролем з видаленням конкретної ділянки ГМ, що подразнювала чутливу зону вегетативної іннервації носоглотки в ділянці розенмюллерівської ямки і її бічної стінки, що підтвержується достовірним ( $p < 0,05$ ) зниженням кількості рецидивів ЕСО протягом року після візуально контрольованої аденотомії в 6 разів (3,3 %) з відсутністю рубцевих змін у носоглотці порівняно з даними після звичайної аденотомії (18,0 %)

Доведено, що через 3 місяці після проведення візуально контрольованих хірургічних втручань на лімфоїдній тканині з видаленням конкретної ділянки ГМ, що подразнювала чутливу зону вегетативної іннервації носоглотки в ділянці розенмюллерівської ямки і її бічної стінки, в 1-й та 2-й групах статистично значимо зменшується кількість дітей з 5-ма оцінюваними показниками: постійним (на 33,3 % і 33,3 % відповідно) ( $p < 0,05$ ) і періодичним (на 59,3 % і 57,8 % відповідно) ( $p < 0,05$ ) порушенням носового дихання, підвищеною стомлюваністю і млявістю (на 40,7 % і 28,9 % відповідно) ( $p < 0,05$ ), ознаками риносинусита (на 74,1 % і 33,3 %, відповідно) ( $p < 0,05$ ); а в 1-й групі ще й епізодами тривалого субфебрилітету (на 44,4 %) ( $p < 0,05$ ). Після стандартної аденотомії зазначалося тільки статистично значуще зниження кількості дітей з 2-ма оцінюваними показниками – постійним порушенням носового дихання (на 74,0 %) ( $p < 0,05$ ) і ознаками риносинусита (на 10,0 %) ( $p < 0,05$ ).

### **Повнота викладення матеріалів дисертації в опублікованих працях.**

За темою дисертації опубліковано 20 наукових праць, 2 – у виданні, що входить до міжнародних наукометричних баз, 7 – у фахових виданнях, затверджених ДАК МОН України, і 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.

### **Оформлення дисертації та її структура.**

Дисертація викладена на 179 сторінках машинописного тексту і складається з титульного аркуша, анотації, змісту, переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 3 розділів, що відображають результати власних досліджень автора, аналіз та узагальнення одержаних результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку 230 використаних літературних джерел (158 із них кирилицею та 72 латиницею), додатків. Робота ілюстрована 20 таблицями та 22 рисунками.

**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.

**Мета дослідження:** підвищити ефективність діагностики і лікування захворювань носоглотки у дітей 5 -7 років, хворих на ЕСО та гіперплазію глоткового мигдалика, шляхом використання ендоскопічної техніки і сучасних способів видалення патологічних лімфоїдних розростань (шейвер, коблация).

В роботі чітко сформульовані 5 завдань дослідження, послідовне виконання яких дозволяє досягти поставленої цілі.

**Об'єкт дослідження:** гіпертрофія лімфоїдної тканини у дітей, хворих на ЕСО.

**Предмет дослідження:** стан носового дихання, анатомічні та запальні зміни в носоглотці й порожнині носа, стан мікроциркуляції слизової оболонки нижньої носової раковини, слухова функція, післяопераційна терапія

**1 розділі «Огляд літератури»** складається з 3 підрозділів. При написанні, використані дані, стосовно особливостей будови носоглотки та її

фізіологічних ознак, функціонування нейрогенного апарату слизової оболонки носа, фізіологічних особливостей слухової труби, вентиляції середнього вуха. Окремо відображена проблема значення патології глоткової та трубної мигдаликів в етіології розвитку ексудативного середнього отиту, проаналізовані літературні дані щодо впливу на тубарну дисфункцію нейро-судинних взаємовідносин в слизовій оболонці цієї ділянки.

Окремий підрозділ в огляді літературі присвячено опису аденотомії як складової частини розвитку і комплексного лікування ЕСО.

Огляд літератури написаний змістовно, закінчується узагальнюючим резюме, в якому автор вказує на необхідність проведення запланованого наукового завдання по оцінці ролі вегетативної нервової системи у розвитку ексудативного середнього отиту з метою покращення ефективності лікування хворих.

**У 2 розділі** представлено дані щодо загальної методики, матеріалів та методів досліджень, дизайну дослідження. Автором представлена характеристика методичних підходів до діагностики та представлена клінічна характеристика хворих. Дослідження включало кілька етапів.

На 1 етапі під спостереженням знаходилися 50 умовно здорових дітей у віці 5-7 років, яким за рік до цього було проведено класичну аденотомію з використанням аденотомів Бекмана. Автором встановлено рецидив клінічної симптоматики ЕСО у 9 дітей (18 %). Всім пацієнтам проводилося обстеження у вигляді проведення порівняльної оцінки змін показників мікроциркуляції в слизовій оболонці носа до і після подразнення зон іннервації крилопіднебінного вузла з подальшою реєстрацією порушень локальних нейровегетативних процесів.

**На 2 етапі** дослідження під спостереженням знаходилося 117 дітей з ГГМ та ЕСО, яким раніше не виконувалася аденотомія і які лікувалися тільки консервативно. В залежності від наявності проявів хронічного запального процесу, хворі були розподілені на дві групи: з подальшим максимальним видаленням ГГМ та діти, яким проводилася щадлива аденотомія з виборчим

видаленням лімфоїдної тканини в області розенмюлерової ямки під візуальним ендоскопічним контролем із подальшим спостереженням протягом одного року.

Проводилося обстеження стану мікроциркуляції слизової оболонки носоглотки за допомогою лазерної доплерівської флоуметрії шляхом виконання функціональних проб. Також проводилося дослідження характеру вегетативної іннервації слухової труби за даними мікроциркуляції крові в слизовій оболонці нижніх носових раковин в умовно здорових хворих.

Методика оперативного лікування описана детально та продемонстрована в роботі у вигляді рисунків. Використовувався удосконалений спосіб шейверної екстра назальної аденотомії з щадливим видаленням лише тієї частини, яка подразнює, на думку автора, рефлексогенно активні зони носоглотки.

За наявності ЕСО міринготомія виконувалась за допомогою спеціального ReFlex-електроду через вушну воронку в режимі абляція-кобляція 4:2 з виконанням перфорації. Методика статистичної обробки отриманих результатів відповідає сучасному рівню, а використання декількох критеріїв лише ускладнює аналіз отриманих результатів.

Всі застосовані методи дослідження є сучасними та інформативними для вирішення поставлених в роботі завдань, відповідають сучасним вимогам.

Кількість одиниць дослідження достатня для отримання коректних, статистично достовірних результатів.

**У 3 розділі** представлені результати першого та другого етапів дослідження: клініко-експериментального обстеження дітей груп спостереження до оперативного лікування та результати клініко-інструментального обстеження дітей 1 та 2 груп спостереження. Представлені дані ендоскопічних знахідок після раніше проведеної аденотомії класичним способом.

Клініко-ендоскопічні особливості носоглотки описано та продемонстровано на рисунках досить детально. Доведено, що однією з причин ЕСО є порушення балансу вегетативної іннервації у визначеній зоні носоглотки за результатами проведеного дослідження.

**У 4 розділі** автором присвячений клініко-ендоскопічним результатам запропонованого оперативного лікування дітей груп спостереження. Результати ендоскопічного обстеження об'єктивно підтвердили дані клінічного огляду пацієнтів груп спостереження, вказуючи на більш високу ефективність запропонованої автором методики аденотомії у дітей, хворих на ЕСО і ГГМ, у порівнянні зі стандартною аденотомією.

Автором представлені результати дослідження стану вегетативної іннервації слухової труби при гіпертрофії лімфоїдної тканини носоглотки та ЕСО, а також мікроциркуляції в слизовій оболонці носа у дітей груп спостереження. За результатами проведених досліджень автором доведено, що після проведення аденотомії статистично значимо знижується кількість дітей усіх трьох груп спостереження з відхиленням показників ВНС і циркуляції крові в мікросудинах слизової оболонки нижніх носових раковин через 3 місяці і 1 рік після операції. Найбільш оптимальні результати були отримані у дітей 2 групи після щадної аденотомії під ендоскопічною візуалізацією. Найменш оптимальними були результати в групі, де аденотомія проводилася класичним методом – встановлені відмінності всіх досліджуваних параметрів ВНС і циркуляції крові в мікросудинах слизової оболонки нижніх носових раковин від показників у дітей 1 та 2 групи через 3 місяці та 1 рік після операції..

**У 5 розділі** присвячено аналізу та обговоренню результатів дослідження. Автором сформульовано теоретичне обґрунтування наукової новизни і практичної значущості роботи, а саме візуально контрольоване хірургічне видалення ділянок гіпертрофованої лімфоїдної тканини з розенмюлерівської ямки, що сприятиме відновленню порушених локальних нейровегетативних процесів і мікроциркуляції у дітей із ЕСО та



ГМ. Незрозуміло тільки, чому залишкова частина глоткового мигдалика не росте, тобто відсутні рецидиви.

Однак, імунофізіологічні позиції, можуть розглядатися автором тільки з позицій міркувань, припущення та посилання на літературні джерела, внаслідок того, що імунологічні аспекти в представленій роботі не розглядалися.

Представлені клінічні випадки досить інформативні та повністю відображають ефективність розробленого та застосованого щадливого підходу з ендоскопічною візуалізацією ГМ в лікуванні дітей з ЕСО.

#### **Аналіз і узагальнення одержаних результатів.**

Автором дисертаційної праці наведені основні аргументи, які показують, що запропоновані способи діагностики доповнюють та уточнюють дані наукових джерел про перебіг ексудативного середнього отиту на тлі захворювань лімфоїдної тканини носоглотки. Встановлено, що при виборі тактики хірургічного лікування носоглотки у дітей з ЕСО необхідно враховувати стан бічної стінки носоглотки та зону її вегетативної іннервації.

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

**Практичні рекомендації** лаконічні, конкретні, клінічно обґрунтовані. Дані дисертаційного дослідження можуть бути використані в оториноларингологічних стаціонарах та кабінетах при наданні допомоги пацієнтам з захворювань лімфоїдної тканини носоглотки у дітей з ексудативним середнім отитом.

Роботу написано грамотною українською мовою, на належному професійному рівні, що свідчить про високу ерудицію автора. Викладені матеріали вільно сприймаються. Отримані результати обґрунтовані, виважені. Зміст автореферату у повній мірі відбиває основні положення дисертації.

Дисертаційна праця відповідає встановленим вимогам, проте, є ряд зауважень, що не носять принципового характеру, та дискусійних питань до дисертанта.

### **Зауваження.**

1. Результат хірургічного лікування залежить не тільки від методу, але і від майстерності хірурга.

### **Запитання.**

1. Чому ви вважаєте, що мигдалик може мати гнійне запалення, яка структура лімфаденоїдної тканини глоткового мигдалика нагноюється?

Однак вищезгадані 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 Желтова Андрія Яковича на тему: «діагностика та лікування захворювань лімфоїдної тканини носоглотки у дітей з ексудативним середнім отитом» подана на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук є закінченою науково-дослідною роботою, в якій отримані нові, науково обґрунтовані дані щодо підвищення ефективності діагностики та лікування захворювань лімфоїдної тканини носоглотки у дітей з ексудативним середнім отитом

Представлені в дисертаційній роботі дані вирішують конкретну наукову задачу: діагностики та лікування захворювань лімфоїдної тканини носоглотки у дітей з ексудативним середнім отитом, що показали високу ступінь ефективності в практичній діяльності.

Дисертаційна робота 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 здобувач, Желтов Андрій Якович, заслуговує на присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія.

Офіційний опонент  
Заслужений діяч науки і техніки України,  
лауреат Державної премії України  
доктор медичних наук,  
професор кафедри оториноларингології  
Національного медичного університету  
імені О. О. Богомольця

Тишко Ф.О.