

## **ВІДЗИВ**

**офіційного опонента д.мед.н., проф. Пухліка С.М. на дисертацію  
Сапронової Олени Вікторівни  
на тему «Ендоназальна модифікована мікрохірургія у реабілітації хворих з  
патологією в клиноподібній пазусі»  
на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук 14.01.19 –  
оториноларингологія**

### **Актуальність теми дисертації:**

У хірургічній ринології залишається актуальною проблема функціонування новоствореного співустя клиноподібних пазух, що нерідко є причиною рецидиву сфеноїдиту (В.Ф.Мельнік, 2005). Rosen (1999) відзначав у своїх дослідженнях зарощування співустя в 17,6% випадків. Існують різні способи розширення природного співустя клиноподібної пазухи, запропоновані рядом авторів (R. Metson та R.E. Gliklich, 1996; Агаєв Г.Б., 1988). Однак недоліками існуючих методів є те, що при розширенні природного співустя клиноподібної пазухи разом з кісткою видаляється слизова оболонка й окістя передньої стінки, в результаті чого залишається ділянка оголеної кістки, що, у свою чергу, може викликати формування грануляційної тканини з наступним рубцюванням та зарощуванням новоствореного співустя.

Рецидивування сфеноїдитів, з причини неспроможності створеного під час операції співустя клиноподібної пазухи, зумовлює необхідність пошуку шляхів профілактики його зарощування.

У ряді випадків увагу отоларингологів привертає клиноподібна пазуха не тільки з причини її патологічних змін у ній самій, але й як анатомічно зумовлений етап хірургічного доступу до новоутворень селярної ділянки (А.С. Лопатин, Д.Н. Капитанов, 2009). На цей час при трансназальному видаленні пухлин селярної локалізації широко використовується транссептальний доступ. Доцільність цього доступу пояснюється можливістю поєднання адекватної візуалізації пухлини та мінімальною травматизацією структур порожнини носа. Відомі різні сучасні модифікації такої операції, розроблені рядом авторів (Ю.Б. Керн, 1994; El Fatih Baraka M., 1989). Недоліками цих методів є залучення в ході операції порожнини рота, що збільшує обсяг операційної травми, і призводить до високої ймовірності атрофічних процесів у порожнині носа призводять до перфорації, оскільки повністю або частково видаляється кістковий і хрящовий відділ носової перегородки. Після транссептального доступу до клиноподібної пазухи відзначається від 1% до 13% перфорації носової перегородки (J.R.Dusik., 2006).

Крім того, саме видалення новоутворень часто не є радикальним, що призводить до рецидиву основного захворювання і вимагає повторних втручань. Основною трудностю, з якою зустрічається ринохірург при виконанні повторної операції, є утруднене орієнтування в операційному полі з причини руйнування анатомічних структур під час попереднього втручання. Найбільш часто виникаюча проблема під час реоперації - це здійснення контролю за серединною лінією, роль якої виконують хрящовий і кістковий відділ носової перегородки. Переважно ці структури видаляються при підході до клиноподібної пазухи. На їх місці залишається дубліката слізової оболонки з фіброзним шаром. У післяопераційному періоді в носовій порожнині розвиваються значні атрофічні процеси, що нерідко призводить до формування перфорації носової перегородки (J.R. Dusik., 2006). У зв'язку з цим виникає необхідність розробки хірургічного втручання з максимальним збереженням анатомо-фізіологічних взаємозв'язків носових структур для досягнення хороших функціональних результатів при наступних реопераціях. Тому вважаю, що тема наукового пошуку роботи є актуальною.

### **Ступінь обґрунтованості положень, висновків і рекомендацій, сформульованих в дисертації.**

В основі роботи Сапронової О.В. лежать результати багатофакторного аналізу даних обстеження, лікування та спостереження 145 хворих з ізольованим ураженням клиноподібних пазух. Всі хворі проходили обстеження та лікування в ЛОР-відділенні №1 та відділенні нейрохірургії Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І.Мечникова в період з 1998 по 2012 р, яке виконано особисто пошукувачем. Для досягнення мети та виконання завдань роботи хворі були розділені на 2 групи і 4 підгрупи в залежності від патології та способу оперативного втручання.

Об'єкт дослідження: Хронічний сфеноїдит і аденома гіпофіза з проростанням у сфеноїдальну пазуху.

Дисертаційна робота виконана на повіреній апаратурі з використанням уніфікованих методик вимірювання (експертний висновок метрологічної експертизи №51 від 16 грудня 2009 року). Дослідження проведені на високому сучасному методичному та технічному рівні, їх інформативність та достовірність не викликає сумнівів.

Обробка отриманих даних проводилась за допомогою пакетів ліцензійних програм статистичного аналізу Statistica v.6.1 (Statsoft Inc., США, ліцензійний №AJAR909E415822FA), Microsoft® Office Excel® 2007 (12.0.6514.5000) SP2 MSO (12.0.6425.1000), (США, ліцензійний №89409-707-9902422-65234) і Биостатистика (Москва, 1998).

### **Достовірність отриманих результатів.**

Достовірність роботи основана на первинному матеріалі, який є наявності в повному обсязі. Перевірка первинної документації показала повну достовірність всіх матеріалів, по вивченню та обробці яких виконана дисертаційна робота. Зауважень до поданої документації немає. (Комісія призначена наказом ректора ДЗ «ДМА МОЗ УКРАЇНИ» №9 від 11 березня 2013 року склала акт перевірки стану первинної документації дисертації затверджено 9 квітня 2013 року). Викладені в дисертації результати здобуті на фактичному матеріалі. Узагальнення даних, які відображені в первинній документації, відображає суть роботи та забезпечує дисертабельність основних положень і висновків роботи.

Наукові положення, висновки і рекомендації отримані автором за допомогою сучасних методів статистичної обробки, що забезпечує їх обґрунтованість і достовірність.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами:**

Дисертація є фрагментом комплексної теми науково-дослідної роботи кафедри отоларингології Дніпропетровської державної медичної академії «Розробка нових медичних технологій у діагностиці, лікуванні та профілактиці патології верхніх дихальних шляхів і органів слуху», державний реєстраційний номер 0199U003630.

### **Новизна дослідження та одержаних результатів**

В процесі виконання роботи вперше розроблено та впроваджено в практику нову методику хірургічного лікування хворих з ізольованим сфеноїдитом із застосуванням аутоімплантації слизових лоскутів при пластиці новоутвореного співустя клиноподібної пазухи.

Встановлено, що у хворих з ізольованим сфеноїдитом, після удосконаленого хірургічного лікування, нормалізується функціонування порожнини носу у 96,8% випадків, зменшується частота рецидивів сфеноїдиту у віддаленому післяопераційному періоді в 4,8 раз ( $p < 0,05$ ), за рахунок розробленого способу формування співустя з застосуванням аутоімплантації.

Вдосконалений спосіб пластики співустя клиноподібної пазухи дозволяє сформувати дренажно-вентиляційний отвір розміром  $5,4 \pm 0,5$  на  $3,1 \pm 0,3$  мм у відділеному післяопераційному періоді.

Виявлено, що причиною формування перфорацій носової перетинки до 8,1% випадків після трансептального доступу до клиноподібної пазухи при новоутвореннях селярної локалізації являється значна хірургічна травма анатомічних структур носової перетинки.

Доведено, що після удосконаленого трансептального доступу до клиноподібної пазухи, відновлюється дихальна функція порожнини носу і робота мукоциліарного транспорту до нормальних показників у 93,6%

пацієнтів, а також зменшується кількість перфорацій носової перетинки у віддаленому післяопераційному періоді в 5,6 разів ( $p < 0,05$ ), за рахунок розроблених методів кісткової реімплантації відмодельованих кісткових фрагментів носової перетинки і роструму, та модифікації розрізу.

### **Теоретичне та практичне значення результатів дослідження.**

Запропонований метод дозволяє підвищити ефективність трансфеноїдального доступу при хірургічному лікуванні у хворих з новоутвореннями селярної локалізації. Порівняно з існуючими запропонований спосіб транссептального доступу до клиноподібної пазухи дозволяє зменшити операційну травму, завдану внутрішньоносовим структурам, з адекватним доступом до мети оперативного втручання, за рахунок удосконалення мікрохірургічної методики (декларацийний патент на корисну модель № 3221 від 15.10.2004 року), що позитивно позначається на процесі загоєння і знижує ймовірність розвитку атрофічних процесів у порожнині носа.

Науково обґрунтовано, що у пацієнтів з ізольованим сфеноїдитом запропонований спосіб формування співустя клиноподібної пазухи дозволяє (декларацийний патент на корисну модель № 3220 від 15.10.2004 року) зменшити ймовірність зарощування новоствореного співустя клиноподібної пазухи за рахунок модифікації хірургічного лікування і приводить до позитивних результатів у віддаленому післяопераційному періоді.

### **Повнота викладення матеріалів дисертації в авторефераті і опублікованих працях**

Автореферат за обсягом і змістом відповідає вимогам ДАК МОН України. Автореферат дисертації дає повне уявлення про методи виконання роботи, розробку нових підходів до проблеми та повністю відображає основи змісту дисертації.

За матеріалами дисертації опубліковано 16 наукових праць, з них 4 праці в спеціалізованих фахових виданнях які рекомендовані МОН України, та 1 закордонна публікація, 1 монографія ( у співавторстві), отримано 2 патенти України на корисну модель, 8 тез в матеріалах наукових з'їздів і конференцій.

### **Послідовність викладу і оцінка змісту дисертації.**

Матеріали роботи викладені на 190 сторінках друкованого тексту. Ілюстровані 57 таблицями і 50 малюнками. Дисертація складається зі вступу, огляду літератури, трьох розділів власних досліджень, узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій і списку використаної літератури, що складається з 224 робіт. В цілому роботу оформлено у відповідності до вимог ДАК МОН України, але автори в списку літератури з писанням кирилицею чомусь подані після написаних латиницею.

У вступі автор правильно визначив медико-соціальну значимість проблеми, вказав на невирішені питання. Мета роботи сформульована чітко, грамотно. Задачі дослідження відповідають обраній меті.

Розділ 1, як і належить, присвячений огляду літератури. Огляд літератури написаний на 32 сторінках, на основі значної кількості джерел інформації. Огляд написаний в аналітичному плані, із огляду літератури чітко впливає необхідність проведеного дослідження.

Розділ 2 присвячений матеріалу та методам дослідження, викладений на 36 сторінках, написаний повно, грамотно. Детально охарактеризовані групи хворих та описані методики їх клінічного дослідження. Детально описана загальна характеристика хворих та методика клінічного та функціонального обстеження хворих першої і другої групи, до оперативного втручання.

Розділ 3 присвячений розробці модифікованих мікрохірургічних втручань у лікуванні хворих з патологією ділянки клиноподібних пазух у пацієнтів першої і другої групи.

В цілому розділ написаний цікаво, ґрунтовно, добре ілюстрований, містить багато нової інформації.

Розділ 4 присвячений опису результатів хірургічного лікування хворих з патологією ділянки клиноподібних пазух у пацієнтів першої і другої групи, результатам методик клінічного та функціонального обстеження хворих першої і другої групи в ранньому і віддаленому післяопераційному періоді. Серед хворих другої групи, пролікованих раніше, у яких відмічались рецидиви захворювання, була можливість під час повторної операції вивчити стан порожнини носу і слизової оболонки клиноподібної пазухи.

Аналіз та узагальнення результатів дослідження побудований згідно вимог, підводить підсумок роботи, не викликає зауважень. В роботі є незначні стилістичні помилки, які потрібно усунути.

### **Недоліки дисертації щодо її змісту та оформлення.**

Проте, в даній роботі є певні недоліки. Стилiстичні помилки, які зустрічаються в тексті при написанні назви «слизистая» без добавлення «оболочка».

Про незвичне надання списку літератури я вже відмітив.

В тексті багато разів (я нарахував до 4) дається ретельний однаковий опис ходу операції та схем лікування хворих.

Сторінки 58, 59, 60 в дисертації повторюються.

В описанні трансназального доступу до клиноподібної пазухи на стор. 81 автор пише «В ряде случаев верхний носовой ход рыхло тампонируется тампонами Merocel» з дренажною трубкою? Це як?

Однак ці зауваження не носять принциповий характер та не впливають на загальний високий науково-практичний рівень дисертації.

Автореферат дисертації повністю відповідає змісту роботи.

#### **Дисертанту були поставлені наступні запитання:**

Питання №1 Чому при лікуванні хворих в післяопераційному періоді не застосовувалися топічні гормони в якості профілактики рубцювання, я це рекомендується сучасними протоколами?

Питання №2 Чи застосовувалися в післяопераційному періоді місцево сольові розчини, антисептики та краплі з олії? Коли так, то чому це не відмічено у протоколі лікування, якщо ні, то чому це рекомендується в практичних рекомендаціях?

Питання №3 Розмір формуємого співустя с клиноподібної пазухи становить 10x8 мм. Розмір дренажної трубки – 5мм. Я дренаж фіксується?

Питання №4 Чому дренаж видаляється саме через 2 дні? При вилучені дренажа чи не трапляється виворот слизової оболонки?

Питання №4 Було б цікаво дізнатися кількість рецидивів пухлин гіпофізі при різних доступах (підгрупа 2А та 2В) до клиноподібної пазухи, чи були ліквореї?

#### **Відповідність роботи вимогам, які пред'являються до дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук**

Дисертаційна робота лікаря отоларинголога, здобувача кафедри оториноларингології, Сапроновою О.В. „Ендоназальна модифікована мікрохірургія у реабілітації хворих з патологією в клиноподібній пазусі”, є закінченим дослідженням, в якому отримані нові науково обґрунтовані результати щодо діагностики та лікування хворих на ізолольоване ураження клиноподібних пазух. Це дозволяє розглядати роботу як важливий внесок у наукове та практичне вирішення задачі підвищення ефективності лікування хворих на ізолольоване ураження клиноподібних пазух. Отримані результати є новими у вивчені даної проблеми і мають важливе практичне значення.

Результати проведених автором досліджень достовірні, базуються на реальних наукових фактах, повністю відповідають матеріалам первинної документації. Обсяг накопиченого матеріалу достатній для отримання вірогідних даних.

Запропоновані автором висновки та практичні рекомендації аргументовані, відповідають меті і завданням дослідження.

За актуальністю, ступенем новизни, обсягом обґрунтованості, науково-методичним рівнем, науковою новизною і практичним значенням здобутих результатів дисертаційна робота містить вирішення важливої та значущої задачі

– підвищення ефективності лікування хворих на ізольоване ураження клиноподібних пазух на основі модифікованих способів хірургічного лікування.

Дисертація Сапронової О.В. на тему: „Ендоназальна модифікована мікрохірургія у реабілітації хворих з патологією в клиноподібній пазусі”, відповідає п. 11 «Порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника» затвердженого Постановою Кабінету міністрів України № 567 від 24.07.13 р., і вимогам ДАК МОН України, що пред'являються до кандидатських дисертацій і може бути рекомендована для подання до захисту до спеціалізованої вченої Ради за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія.

Офіційний опонент-

доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри отоларингології  
Одеського національного медичного  
університету МОЗ України.

С.М. Пухлік