

## УТВЕРЖДАЮ

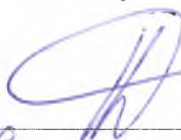
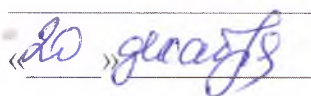
Председатель Диссертационного Совета

Д 208.059.01 при

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии

ФМБА России»

доктор медицинских наук, профессор Давлес Н.А.

  
«20»  2016 г.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

членов комиссии Диссертационного Совета Д 208.059.01 при ФГБУ «Научно - клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства» по предварительному рассмотрению диссертации Михалевича А. Е. «Алгоритм медицинской реабилитации пациентов с хроническим средним отитом с эпидермизацией барабанной полости» выполнена в научно-клиническом отделе заболеваний уха ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: **14.01.03 - болезни уха, горла, носа**

### Актуальность темы

Несмотря на успехи в области оториноларингологии хронический средний отит (ХСО) по-прежнему остается клинически значимой проблемой.

Следует отметить, что крайней степенью патоморфологических и патофизиологических проявлений ХСО является эпидермизация барабанной полости, которая может быть, как частичной, так и полной. Отличительными особенностями этой патологии являются: заращение барабанной полости с отсутствием её воздушности и визуально различимой слизистой оболочки, отсутствие барабанной перепонки и фиброзного кольца, выраженная стойкая дисфункция слуховой трубы.

Изучение эпидермизации барабанной полости во всех случаях представляет интерес как с точки зрения этиопатогенеза, так и с точки зрения выбора тактики лечения. Исходя из этиопатогенеза при эпидермизации барабанной полости важным является формирование стойкой воздушной полости с восстановлением её

объёма и структур для создания условий нормального проведения звуков к лабиринту. При оперативном лечении наблюдается тенденция к повторному заращению барабанной полости из-за трудностей, которые связаны с выраженной стойкой дисфункцией слуховой трубы; полным или частичным отсутствием слизистой оболочки барабанной полости; отсутствием барабанной перепонки и, довольно часто, фиброзного кольца и элементов трансфармационной системы, а также, связанной с этим, проблемой формирования неотимпанальной мембраны и оссикулярной системы.

Основным условием для эффективности оперативного лечения является достаточная функция слуховой трубы, причем в раннем послеоперационном периоде первостепенное значение имеет её эвакуаторная (дренажная) функция, а более отдалённое время – вентиляционная. В литературе предложено и описано много способов решения проблемы выраженной стойкой дисфункции слуховой трубы с использованием консервативных и хирургических методов лечения. В основном это использование вентиляционных катушек и дренажных трубок, устанавливаемых различными способами, а также методы баллонной дилатации слуховой трубы. Эти методы, имеющие свои недостатки (постоянное одинаковое давление по обе стороны неотимпанальной мембраны, а также описанные в литературе последствия длительного их использования), так и не привели пока к ожидаемому успеху.

Регенерация слизистой оболочки в барабанной полости может предотвратить течение ателектатических процессов и адгезии неотимпанальной мембраны к медиальной стенке. Ключевую роль при этом выполняет вновь созданная из аутоканей неотимпанальная мембрана, которая должна отвечать, как минимум двум требованиям: 1) она должна быть надёжной и при этом не препятствовать проведению звуков; 2) должны быть созданы условия, препятствующие её втяжению при отсутствии фиброзного кольца, особенно при вентиляционных нарушениях. Акустико-механические характеристики восстановленной (вновь созданной) барабанной перепонки определяются выбором трансплантационного материала и методом реконструкции.

Таким образом, проблема аэрации полостей среднего уха при выраженной стойкой дисфункции слуховой трубы остается открытой и требует нестандартного подхода к её решению. По мнению автора, решение её должно быть физиологичным, то есть поступление воздуха в барабанную полость должно быть порционным, а не постоянным, что требует создания клапанного механизма. Вопрос создания надёжной неотимпанальной мембраны, не препятствующей проведению звуков в основном решен, спорными остаются нюансы. Что же касается создания условий, препятствующих её втяжению, особенно при



отсутствии фиброзного кольца и рукоятки молоточка (то есть опоры), то проблема остается открытой.

Таким образом, в вопросах медицинской реабилитации больных с эпидермизацией барабанной полости в отечественной и зарубежной специальной литературе нет четких указаний, в каких случаях показано оперативное лечение при данной патологии, а в каких - реабилитация при помощи электроакустической коррекции, а возможно, и их сочетание. Отсутствие четкого алгоритма медицинской реабилитации больных хроническим средним отитом с эпидермизацией барабанной полости делает настоящее исследование актуальным и практически важным.

### **Наиболее существенные результаты, полученные автором**

Автором обследованы и в дальнейшем прооперированы 72 пациента с частичной и полной эпидермизацией барабанной полости. Все исследуемые были разделены в зависимости от применяемого метода лечения на три равнозначные группы. В основную группу вошли 22 пациента с эпидермизацией барабанной полости, которым проводилось хирургическое лечение по разработанным новым методикам, то есть с созданием клапанного механизма вентиляции барабанной полости в обход слуховой трубы и неотимпанальной мембраны. Предложенный автором способ мирингопластики препятствует фиброзированию и ателектазу неомембраны.

Первую контрольную группу составили 25 пациентов с эпидермизацией барабанной полости, оперированных по разработанным ранее общепринятым методикам. После формирования воздушной барабанной полости неотимпанальная мембрана создавалась пластиной аутохряща истонченной наполовину толщины, а барабанная полость дренировалась силиконовой трубкой под меатотимпанальный лоскут, которая удалялась через 4-6 недель.

Во вторую контрольную группу вошли 25 пациентов, которым проводилось хирургическое лечение с целью добиться «сухого» уха для последующего слухопротезирования. У них изначально, по данным тональной пороговой аудиометрии отмечалась высокая степень сенсоневральной тугоухости с небольшим костно-воздушным интервалом ( $<15$  дБ) и рассчитывать на получение функционального эффекта не приходилось.

Сравнительный анализ клинико-анатомических и функциональных результатов операций в исследуемых группах больных показал, что они выше в основной группе исследуемых, что доказывает эффективность предложенных автором методик.

Таким образом, значимость для науки и практики анализируемой работы заключается: 1) разработанный способ порционной вентиляции барабанной

полости с использованием клапанного механизма по своей сути наиболее приближен к физиологическому и поэтому является методом выбора при хирургическом лечении пациентов ХСО с выраженной стойкой дисфункцией слуховой трубы; 2) усовершенствованная методика формирования надежной хондроперихондральной неотимпанальной мембраны препятствует фиброзированию и ателектазу неомембраны; 3) на основании полученных данных, разработан алгоритм медицинской реабилитации больных ХГСО с эпидермизацией барабанной полости, который заключается в следующем: всем пациентам с данной патологией показано хирургическое лечение, объем которого зависит от степени эпидермизации и показателей ТПА.

### **Достоверность и обоснованность полученных результатов, выводов и рекомендаций.**

Поставленная автором работы цель исследования решена на высоком уровне, с применением современных методов статистических исследований. Выводы работы обоснованы, аргументированы и вытекают из результатов, проведенных автором клинических исследований. Обоснованность и достоверность полученных результатов обеспечены значительным объемом проведенных исследований на достаточном клиническом материале (72 пациента) и их статистической обработкой. Практические рекомендации корректны и отображают суть диссертационной работы.

### **Научная новизна исследования.**

1. Усовершенствована методика формирования надежной неотимпанальной мембраны при условии полного или частичного отсутствия фиброзного кольца.
2. Впервые разработан способ клапанного механизма аэрации барабанной полости с целью порционного поступления воздуха при стойкой выраженной дисфункции слуховой трубы.
3. На основании полученных данных определены показания и противопоказания к хирургическому лечению пациентов с эпидермизацией барабанной полости.
4. Разработан и представлен алгоритм реабилитации пациентов с эпидермизацией барабанной полости.

### **Внедрение в практику и рекомендации для дальнейшего исследования**

Результаты исследования внедрены в практику отделения «Заболеваний уха» ФГБУ НКЦ оториноларингологии ФМБА России, ЛОР отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница №1» им. профессора С.И. Сергеева г. Хабаровск и в

Хабаровском филиале ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России г. Хабаровск.

### **Полученные результаты.**

По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работы, из них 5 публикации в изданиях, рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ (ожидается еще 2 публикации в 6 номере журнала «Российская оториноларингология»)

По теме диссертационного исследования получено решение о выдаче патента РФ на изобретение в соавторстве № 2015116110/14(025096) от 28.04.2015 «Способ вентиляции барабанной полости».

Все исследования проведены автором самостоятельно и вносят личный вклад в науку. Принципиальных замечаний по диссертационной работе Михалевича А. Е. нет. Выявленные замечания проработаны с автором и откорректированы, имеющие место орфографические ошибки, опечатки, стилистические и пунктуационные неточности диссертантом устранены.

### **Заключение**

Диссертация Михалевича Антона Евгеньевича: **«Алгоритм медицинской реабилитации пациентов с хроническим средним отитом с эпидермизацией барабанной полости»** написана на актуальную тему, является самостоятельной, обладающей внутренним единством, законченной научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных лично автором исследований решена важная научная задача, имеющая существенное значение для развития оториноларингологии – впервые предложен разработанный способ клапанного механизма аэрации барабанной полости с целью порционного поступления воздуха в обход слуховой трубы при ее стойкой дисфункции (получено решение о выдаче патента), а также усовершенствован способ формирования надежной неотимпанальной мембраны, противостоящей втяжению в барабанную полость и повторному заращению последней. Разработанные автором способы привели к повышению эффективности хирургического лечения пациентов с хроническим средним отитом с эпидермизацией барабанной полости.

Диссертация Михалевича Антона Евгеньевича: **«Алгоритм медицинской реабилитации пациентов с хроническим средним отитом с эпидермизацией барабанной полости»** соответствует критериям ВАК РФ, предъявляемым к кандидатским диссертациям: согласно п. 9, п. 10 раздела II «Положение о порядке присуждения ученых степеней» ВАК' № 842 от 24.09.2013 г., изменениями Постановления Правительства РФ от 21 апреля 2016 г. № 335 «О внесении



изменений в Положении о присуждении ученых степеней» по специальности 14.01.03 - болезни уха, горла и носа предъявляемым к диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, и рекомендуется к официальной защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук после устранения высказанных замечаний, может быть представлена к официальной защите в диссертационном совете Д 208.059.01 при ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России по специальности 14.01.03. - болезни уха, горла, носа.

**Предложено назначить:**

– ведущей организацией: ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации;

– официальными оппонентами:

1. доктора медицинских наук, профессора Попадюка Валентина Ивановича, заведующего кафедрой оториноларингологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»;

2. доктора медицинских наук, профессора Магомедова Магомеда Малаевича, профессора кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Председатель комиссии:

доктор медицинских  
наук



Диаб Х. М. А.

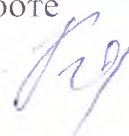
Члены комиссии:

доктор медицинских  
наук



Рябинин А. Г.

доктор медицинских  
наук, заместитель директора по научной работе  
ФГБУ НКЦО ФМБА России



Карнеева О. В.