

**УТВЕРЖДАЮ**

Председатель Диссертационного Совета

Д 208.059.01 при

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии  
ФМБА России», чл.-корр. РАН,  
доктор медицинских наук, профессор И.А. Дайхес



«21» февраля 2017 г.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**членов комиссии Диссертационного Совета Д 208.059.01 при ФГБУ «Научно - клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства» по предварительному рассмотрению диссертации Сайдулаева В. А. «Оптимизация хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом при повторных saniрующих операциях методом мастоидопластики», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: 14.01.03 - болезни уха, горла, носа**

#### **Актуальность темы**

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) во всем мире ХГСО страдают 65-330 млн. человек, 60% из них имеют значительное снижение слуха (В. Т. Пальчун, 2009, F. Olatoke, 2008).

По данным отечественных авторов, частота ХГСО составляет 21 – 22% среди патологии ЛОР-органов, а распространённость его среди населения – 0,8 – 1% (Д. И. Тарасов, А. Б. Морозов, 1991; В. Т. Пальчун, 2001; А. Е. Усков, 2002). В 24 – 63% случаев ХГСО сопровождается холестеатомой (И. А. Аникин и соавт., 2007; В. Т. Пальчун, 2009; J. J. Grote, 1989). Основным методом лечения ХГСО является хирургическое вмешательство (Н. В. Мишенькин, 1993; Ф. В. Семенов, 2002; С. А. Кокорева, 2002; Ш. В. Джапаридзе и соавт., 2005; Х. Ш. Давудов и соавт. 2009; З. Б. Агаронова, И. Т. Мухамедов, 2011; D. M. Kaylie, 2006; W. J. Kong, 2007; Shraddha Deshmukh, 2012; M. Yung, 2013). Среди отиатров до настоящего времени нет

единого мнения относительно одно – или многоэтапности, закрытых или открытых вариантов хирургических вмешательств у больных ХГСО с холестеатомой (В. С. Корвяков, 2007).

При хирургическом лечении пациентов с ХГСО с холестеатомой применяются как закрытые методы saniрующих операций, так и открытые.

Авторы, придерживающиеся закрытой методики, объясняют ее применение отсутствием открытой трепанационной полости, что предупреждает развитие «болезни оперированного уха» (О. Н. Борисенко 2001; И. Т. Мухамедов, 2009; Н. Takahashi, 2007). Сторонники открытой методики объясняют ее использование тем, что после закрытых методик отмечается более высокий риск возникновения рецидива холестеатомы, по сравнению с открытыми, в связи с трудностью визуализации некоторых участков среднего уха (Д. И. Тарасов и соавт., 1988; G.F. Hulka et.al., 1998 J. L. Pulec, 2004; S. Kanemaru, 2010).

После saniрующих операций по «открытому» типу заживление послеоперационной полости может протекать длительно, с образованием незрелых грануляций, рубцов и экссудацией, что нередко приводит к рецидиву заболевания, особенно при выраженной пневматизации сосцевидного отростка (Ю. П. Толстов, 1999; Ф. В. Семенов и соавт, 2005; Н. А. Дайхес и соавт., 2006, Bruce J. Gantz, 2005). По данным разных авторов у 13–35% пациентов после saniрующих операций на ухе по открытой методике не удается обеспечить стойкую ремиссию (Н. С. Дмитриев, 2002; А. А. Миронов, 2004; И. А. Аникин и соавт., 2007; С. В. Астащенко, 2012; S. Berçin et al., 2009; Mangal Singh, 2010). Патологический процесс, который развивается при этом в ухе в литературе часто именуется как «болезнь оперированного уха», нередко являясь показанием для повторной saniрующей операции (Ю. П. Толстов, 1999; Ю. К. Янов и соавт., 2005).

Многие отохирурги придерживаются мнения, что при повторных saniрующих операциях, наряду с санацией необходимо восстановить архитектуру среднего уха, тем самым устранив предрасполагающие к

воспалению условия (О. Н. Борисенко, 2001; К. В. Еремеева, 2010; J. Song, 2003; Н. Takahashi et.al., 2007). Мастоидопластика при этом имеет немаловажное значение.

Для мастоидопластики применяют: мышечно-фасциальные лоскуты на ножке, ортотопическую кость, губчатую кость из подвздошного гребня, хрящ перегородки носа, реберный хрящ и т.д. (А. С. Козлюк, 1997; Н. А. Аабд, 1999; Y. Honda, 1992; Meuser, 1993). Из положительных сторон аутоканей отмечают следующее: отсутствие антигенности, доступность и простота использования, морфологическая эффективность. К сожалению, мягкотканые материалы истончаются и в конечном итоге атрофируются, при этом размеры мастоидальной полости приближаются к первоначальным (К. В. Еремеева, 2009; В. П. Шпотин, 2013; В. D. Leatherman, 2004; M. Graig, 2006).

Главным отрицательным моментом пластического аутоматериала является его дефицит, который вынуждает отохирургов применять алло-, ксеноткани и биокompозитные материалы (М. Гос, 2005; М. П. Николаев и соавт., 2006). Применение же донорских тканей несет в себе риск передачи инфекции и тканевой несовместимости (Brask 1993; M. J. Peltola, 1998).

После облитерации трепанационной полости возникает необходимость закрытия и изоляции пластического материала от внешней среды, что создает оптимальные условия для его остеоинтеграции. При этом чаще используют аутокани (фасция, надкостница, надхрящница и т.д.) (Л. А. Кулакова, К. В. Еремеева, 2012).

Таким образом, вопрос о способе облитерации мастоидальной полости у пациентов с ХГСО после повторных saniрующих операций на среднем ухе является актуальным. Кроме того, актуально применение ортотопической костной ткани для облитерации мастоидальной полости при повторных saniрующих операциях и поиск способа закрытия пластического материала в условиях дефицита аутоматериала. Решение этих вопросов может повысить результаты повторных saniрующих операций на среднем ухе у пациентов с

ХГСО, ускорить морфологическую и функциональную реабилитацию, повысить качество их жизни.

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

1. Повторная saniрующая операция с мастоидопластикой костным материалом, взятым с области височной линии, может быть выполнена у пациентов с «болезнью оперированного уха» для повышения эффективности хирургического лечения. Метод позволяет получить «хорошие» клинко-анатомические результаты в 94,2% случаев за счет уменьшения мастоидальной полости, ликвидации карманов и ускорения процесса эпидермизации послеоперационной полости.

2. Применение двухслойной коллагеновой мембраны в качестве изолирующего материала для имплантированной костной стружки оправдано при дефиците фасциального трансплантата с височной мышцы. Благодаря длительной резорбции (в пределах 24 недель) и биоинтегративным возможностям материала происходит полная регенерация эпидермиса послеоперационной полости во всех случаях его использования, что уменьшает риск формирования «болезни оперированного уха».

3. Сравнительный анализ полученных клинко-анатомических результатов показал эффективность повторных saniрующих операций с мастоидопластикой, при которых в 94,2% случаев получены «хорошие» клинко-анатомические результаты, в сравнении с saniрующими операциями по «полуоткрытому» типу.

4. Патогистологическое исследование имплантированного костного материала через 12 месяцев после мастоидопластики в 91% случаев показало жизнеспособную кость, состоящую из зрелых костных балок правильного строения.

**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 (68 пациентов).

### **Научная новизна исследования**

При повторных saniрующих операциях на среднем ухе разработан метод мастоидопластики с использованием стружки ортотопической кости с области височной линии для облитерации мастоидальной полости (RU 2593898 C1 от 10.08.2016).

В качестве пластического материала для закрытия и изоляции имплантированной костной ткани от внешней среды применена коллагеновая мембрана «Bio-Gide», использование которой дало возможность полностью закрыть и изолировать имплантированный пластический материал от внешней среды.

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

Методика операции внедрена в практику Астраханского филиала ФГБУ НКЦО ФМБА России, ЛОР отделений ГБУЗ АО АМОКБ и ГБУЗ АО ОДКБ им. Н. Н. Силищевой г. Астрахани.

### **Полученные результаты**

По материалам исследования опубликовано 16 печатных работ, из них 7 публикаций в изданиях, рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ. Получено 2 патента на изобретение в соавторстве: «Способ мастоидопластики при повторных saniрующих операциях на ухе», RU 2593898 C1 от 10.08.2016 и «Способ подготовки мастоидальной полости к мастоидопластике», RU 2571712 C1 от 20.12.2015.

Все исследования проведены автором самостоятельно и вносят личный

вклад в науку. Принципиальных замечаний по диссертационной работе Сайдулаева В. А. нет. Выявленные замечания проработаны с автором и откорректированы, имеющие место орфографические ошибки, опечатки, стилистические и пунктуационные неточности диссертантом устранены.

### **Заключение**

Диссертация Сайдулаева В. А.: «Оптимизация хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом при повторных saniрующих операциях методом мастоидопластики» 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 – предложен способ мастоидопластики при повторных saniрующих операциях на ухе, и изучен метод мастоидопластики костным пластическим материалом, взятым с области височной линии при повторных saniрующих операциях, что привело к повышению эффективности хирургического лечения рецидива хронического гнойного среднего отита после ранее перенесенных saniрующих операций.

Тема и содержание диссертации Сайдулаева Вахарсолта Алиевича: «Оптимизация хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом при повторных saniрующих операциях методом мастоидопластики» соответствует профилю Диссертационного Совета Д 208.059.01 при ФГБУ "Научно клинический центр оториноларингологии ФМБА России"; представленные материалы изложены полно в работах, опубликованных автором, необходимых для соискания ученой степени кандидата наук в соответствии с п. 11, 13 и соблюдением требований п. 14 раздела II «Положения о присуждении ученых степеней» (утвержденному Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. №842) в редакции Постановления Правительства РФ № 335 от 21.04.2016 г.

Диссертация Сайдулаева Вахарсолта Алиевича: «Оптимизация хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом при повторных saniрующих операциях методом мастоидопластики» полностью соответствует критериям п.9, п. 10. раздела II «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденному Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. №842 в редакции Постановления Правительства РФ № 335 от 21.04.2016 г., предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук и после устранения указанных замечаний может быть представлена к официальной защите. Автореферат составлен по общепринятой форме, отражает основные положения диссертации и может быть опубликован.

**Предложено назначить:**

– ведущей организацией: ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки РФ;

– официальными оппонентами:

1. доктора медицинских наук, профессора Самбулова Вячеслава Ивановича, ведущего научного сотрудника кафедры оториноларингологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».

2. доктора медицинских наук, Гарова Евгения Вениаминовича, руководителя отдела микрохирургии уха ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения г. Москвы

Председатель комиссии:

Доктор медицинских наук

Члены комиссии:

Доктор медицинских наук

Доктор медицинских наук

Карнеева О.В.

Корвяков В.С.

Диаб Х.М.