

УТВЕРЖДАЮ:

Председатель Диссертационного
совета 68.1.006.01 при ФГБУ

НМИЦО ФМБА России

член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Дайхес Николай Аркадьевич



"21" февраля 2023 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**членов комиссии Диссертационного Совета 68.1.006.01 при ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр
оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства» по
предварительному рассмотрению диссертации Сайдулаева Вахарсолта
Алиевича на тему: «Хирургическое лечение редких новообразований
височной кости», представленной на соискание ученой степени доктора
медицинских наук по специальности: 3.1.3 – Оториноларингология.**

Работа выполнена на базе отдела патологии уха и основания черепа» ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии
Федерального Медико-биологического агентства России» (г. Москва).
Научный консультант: Заместитель директора по международной деятельности
ФГБУ НМИЦО ФМБА России, доктор медицинских наук Диаб Хассан Мохамад
Али.

Актуальность темы

Новообразования височной кости встречаются относительно редко. Наиболее
распространенными среди них считаются невриномы (шванномы) предверно-
улиткового и лицевого нервов и параганглиомы (Дайхес Н.А., 2018, 2019,
Carlson M.L. et al., 2016).

Редкие новообразования височной кости, такие как аденома, гемангиома, гигантоклеточная опухоль, дермоидная киста, фиброма, гистиоцитоз из клеток Лангерганса, опухоль эндолимфатического мешка, трудно поддаются своевременной диагностике (Flaman A.N., 2018, Philip Touska et al., 2019).

У редких новообразований височной кости нет специфических симптомов, что является основной причиной поздней диагностики. (Modest M. C. et al., 2016, Hui Zheng et al., 2018).

По данным некоторых авторов процент диагностических ошибок при редких новообразованиях может составлять более 72% (Brown C.W., 2005, Liang Chen 2010), а их симптомы практически ничем не отличаются от симптомов хронического среднего или наружного отита (Crozier E., 2012, Eksan M.S., 2014). Фиброзная дисплазия и холестериновая гранулема длительное время могут протекать бессимптомно, поэтому на КТ или МРТ эти патологические состояния являются случайной находкой (Славский А. Н., 2020. Краснова А.С. 2021). По данным Sykopetrites V. et al. у большинства наблюдавшихся больных диагноз опухоль эндолимфатического мешка был выставлен через 26 ± 17 месяцев после появления первых симптомов болезни (Sykopetrites V. et al., 2005).

Специфической терапии редких новообразований височной кости не существует (Bayazit Y., 2001), например, целью терапии при гистиоцитозе из клеток Лангерганса височной кости является уменьшение выраженности симптомов и предупреждение осложнений (Mosnier I., 2004, Haupt R., 2013).

В случаях с опухолью эндолимфатического мешка оптимальным методом лечения большинство авторов считают радикальное удаление опухоли (Manoj K., 2011, Mendenhall W.M. 2018). Однако поздние рецидивы встречаются часто и наблюдаются в 50-75% случаев (Asano K., 1999, Mendenhall W.M. 2018).

Необходимость мультидисциплинарного подхода в диагностике и терапии редких новообразований височной кости очевидна.

Таким образом, актуальность проблемы редких новообразований височной кости обусловлена трудностью ранней диагностики в связи с отсутствием

специфических симптомов и признаков по данным объективных методов исследования височной кости (КТ, МРТ), отсутствием единого подхода в терапии в зависимости от стадии заболевания.

Все вышеперечисленное дает нам основание считать проблему диагностики, лечения и реабилитации больных с редкими новообразованиями височной кости нерешенной и существует необходимость их усовершенствования.

Наиболее существенные результаты, полученные автором

С 2017 по 2022 гг. в отделе патологии уха и основания черепа ФГБУ НМИЦО ФМБА России обследовано и пролечено 90 больных с редкими новообразованиями височной кости, которые разделены на 2 группы.

В I группе встречались следующие редкие новообразования: аденома – 4 (8%), глиома (астроцитомы) – 1 (2%), гемангиома – 4 (8%), гигантоклеточная опухоль – 2 (4%), гигантская остеома – 5 (10%), гистиоцитоз из клеток Лангерганса – 3 (6%), дермоидная киста – 4 (8%), менингиома – 4 (8%), опухоль эндолимфатического мешка 3 (6%), фиброзная дисплазия – 5 (10%), фиброма 5 (10%), холестериновая гранулема 6 (10%), хондрома – 3 (6%), юношеская параганглиома – 2 (4%).

Во второй группе встречались следующие редкие новообразования: аденома – 3 (8%), гемангиома – 4 (10%), гигантоклеточная опухоль – 2 (5%), гигантская остеома – 4 (10%), гистиоцитоз из клеток Лангерганса – 2 (5%), дермоидная киста – 4 (10%), менингиома – 3 (8%), опухоль эндолимфатического мешка 2 (5%), фиброзная дисплазия – 5 (11%), фиброма 5 (11%), холестериновая гранулема 3 (8%), хондрома – 3 (6%), юношеская параганглиома – 1 (2%).

Клинические случаи в обеих группах были условно разделены на 4 подгруппы. В 1 подгруппу вошли случаи локализованных доброкачественных новообразований без распространения за пределы височной кости (аденома среднего уха, хондромиксоидная фиброма, гигантская остеома). Обычно такие новообразования локализовались в пределах среднего уха. Хирургическое лечение позволяло удалить такие новообразования радикально, с минимальным

риском осложнений, что имело благоприятный прогноз. Всего был прооперирован 41 (46%) больной с локализованными формами редких доброкачественных новообразований. Период наблюдения за данной группой больных составил в среднем $18 \pm 2,6$ месяцев. За данный период не было случаев рецидива новообразования.

Во вторую подгруппу вошли следующие новообразования: глиома (астрацитома), гигантоклеточная опухоль (остеобластокластома), дермоидная киста, холестериновая гранулема, юношеская параганглиома. Эти новообразования, локализуясь первоначально в височной кости распространяются за ее пределы (интракраниально, на наружное основание черепа, шею), либо исходя из соседних анатомических структур вовлекают височную кость в патологический процесс.

Трудности в основном заключались в распространенности патологического процесса и связанное с ним увеличение объема оперативного вмешательства, повышение риска травматизации соседних сосудисто-нервных образований. Прогноз менее благоприятный, чем в группе с локализованными формами, но в руках опытного отохирурга и при наличии дополнительного вспомогательного оборудования (предоперационная ангиография с эмболизацией питающих сосудов, видеоэндоскопическое ассистирование, электромагнитная навигация, нейромониторинг черепно-мозговых нервов) риск рецидива сводится к минимуму. Было прооперировано 22 (24%) больных из этой группы. Период наблюдения составил $15 \pm 1,9$ месяцев. За данный период не было случаев рецидива болезни. В данной подгруппе активно было использовано дополнительное оборудование (предоперационная ангиография с эмболизацией питающих сосудов, нейромониторинг черепно-мозговых нервов, видеоэндоскопическое ассистирование электромагнитная навигационная система), что давало возможность провести оперативное вмешательство максимально безопасно и удалить полностью новообразование в пределах здоровых тканей.

В 3 подгруппу вошли больные с фиброзной дисплазией височной кости и гистиоцитозом из клеток Лангерганса височной кости. Эти заболевания могут поражать несколько анатомических областей, но встречаются изолированные поражения с локализацией в височной кости.

Наличие самой патологии не являлось показанием к оперативному вмешательству. В 3 подгруппу вошли 10 (11%) больных с фиброзной дисплазией, и 5 (6%) больных с гистиоцитозом из клеток Лангерганса. У больных с фиброзной дисплазией оперативное вмешательство выполняли в случаях развития холестеатомы наружного или среднего уха, стенозе или обтурации наружного слухового прохода, косметическом дефекте в области поражения. Оперативное вмешательство заключалось в санации среднего уха, ремоделировании и реконструкции среднего уха 4 (4%) случая, каналопластике с восстановлением нормальной анатомии наружного слухового прохода - 3 (3%) случая, устранении косметического дефекта, чаще в заушной области 3 (3%) случая.

4 подгруппу составили больные со злокачественными новообразованиями: опухоль эндолимфатического мешка – 5 (6%) случаев, менингиома височной кости – 7 (8%) случаев. Менингиома включена в подгруппу, так как новообразование часто рецидивирует, некоторые формы ее клинически ведут себя как злокачественное новообразование и гистологически имеют различную степень злокачественности.

Злокачественные новообразования височной кости составили 12% от общего числа новообразований в I группе, среди них опухоль эндолимфатического мешка у 3 больных (6%), гистиоцитоз у 2 больных (4%)

Анатомические результаты оперативных вмешательств оценивали, как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные». К «хорошим» анатомическим результатам относили случаи отсутствия рецидива опухоли, признаков воспаления в наружном слуховом проходе (наличие грануляционной ткани, некроз кожи наружного уха). При наличии грануляционной ткани в наружном слуховом проходе или в послеоперационной полости у больных без

рецидива новообразования анатомический результат считали «удовлетворительным». «Неудовлетворительным» анатомическим результатом считали рецидив новообразования по данным патоморфологического исследования патологического материала, удаленного во время повторного оперативного вмешательства.

«Хороший» анатомический результат в послеоперационном периоде через 9–12 месяцев получен у 41 (82%) больных в первой группе и у 29 (72%) во второй группе. «Удовлетворительный» анатомический результат получен у 7 (14%) больных в первой группе, у 8 (20%) больных во II группе, что было связано с неполной эпидермизацией послеоперационной полости с развитием грануляционной ткани. В амбулаторных условиях грануляционная ткань была удалена и отправлена на патоморфологическое исследование. У большинства больных (78%) при отомикроскопии наружный слуховой проход или послеоперационная полость были полностью эпидермизированы. Наружный слуховой проход был широкий, свободный за счет каналоластики, тонкая неотимпанальная мембрана во всех случаях была на естественном уровне, без латерализации, перфорации и пролапса. Большое количество «хороших» анатомических результатов объяснялось щадящим отношением к сохранным анатомическим структурам височной кости, глубоким знанием клинической, вариантной и патологической анатомии височной кости, латерального основания черепа отохирургом, диагностическими возможностями отдела патологии патологии уха и основания черепа и самого центра, участием смежных специалистов (нейрохирург, челюстно–лицевой хирург и т.д.) при распространенности процесса за пределы височной кости, одномоментным проведением реконструктивного этапа операции (реконструкция звукопроводящей системы, наружного слухового прохода, дефектов в области лабиринта, крыши среднего уха, передней костной стенки наружного слухового прохода, пластика лицевого нерва и т.д.). При необходимости использования свободного кожного трансплантата процесс приживания его и процесс заживления послеоперационной раны протекал длительнее, чем обычно за счет

реактивного воспаления, что вызывало развитие грануляций в послеоперационной полости. Через 13 месяцев и более после операции в 4 (8%) случаях в первой группе и в 5 (13%) случаях во второй группе имелось разрастание грануляционной ткани в послеоперационной полости, что вызывало периодическую оторею. Результат у этих больных оценен как «удовлетворительный». В 2 (4%) случаях в первой группе и в 3 (8%) случаях во второй группе спустя 9-10 месяцев по данным МРТ головного мозга с контрастированием выявлен рецидив новообразования. В первой группе в обоих случаях был рецидив менингиомы, во второй группе – в 1 (3%) случае выявлен рецидив гемангиомы, в 2 (6%) случаях – рецидив менингиомы. По поводу рецидива были выполнены оперативные вмешательства с радикальным удалением рецидивной опухоли. Только в 2 (2%) случаях из 5 (6%) случаев рецидива больные предъявляли жалобы на ухо (дискомфорт и боль в ухе).

Анатомические результаты оценивали также по данным МРТ головного мозга в послеоперационном периоде через 9–12 месяцев после операции.

Для оценки функциональных результатов операции был проведен анализ данных тональных пороговых аудиограмм.

В I группе по данным тональной пороговой аудиометрии через 1 год после операции из 5 (10%) больных с кондуктивной тугоухостью различной степени у 3 (6%) слуховая функция улучшилась до нормы. Такой функциональный результат наблюдали в случаях аденомы среднего уха и интратемпоральной гемангиомы, когда патологический процесс был ограничен барабанной полостью и цепь слуховых косточек была интактна и подвижна. Из 35 (70%) больных со смешанной тугоухостью у 20 (40%) костно–воздушный интервал был ликвидирован за счет одномоментной реконструкции цепи слуховых косточек и мирингопластики после радикального удаления новообразования височной кости. В послеоперационном периоде больше стало больных со II степенью тугоухости (19 (38%)), в то время как количество больных с III и IV степенью тугоухости стало меньше (10 (20%)).

Во второй группе, так же, как и в первой в послеоперационном периоде больше стало больных со II степенью тугоухости (21 (52%)), в то время как количество больных с III и IV степенью тугоухости уменьшилось (12 (30%)).

В первой группе показатели костного звукопроведения имели тенденцию к значительному (статистически значимому) повышению в послеоперационном периоде (через 12 месяцев). Подобную картину, но менее выраженную, наблюдали во второй группе.

По нашему мнению, успех оперативного вмешательства и отсутствие рецидива новообразования связано с несколькими взаимосвязанными факторами: опыт отохирурга имеет одно из главных значений. Детальное знание нормальной, патологической, клинической и вариантной анатомии, глубокие знания КТ и МРТ–семиотики новообразований наряду с владением техники хирургических доступов, оперативных вмешательств дает лучшие результаты при оперативном лечении новообразований височной кости. Использование дополнительного оборудования (предоперационная ангиография с эмболизацией питающих сосудов, электромагнитная навигационная система, нейромониторинг черепно-мозговых нервов, видеоэндоскопическое ассистирование) значительно облегчает проведение хирургического вмешательства, что дает возможность радикально удалить новообразование с минимизацией риска травматизации важных анатомических структур. Все это дает возможность максимально безопасно провести хирургическое вмешательство, значительно снизить риск рецидива новообразования и максимально быстро реабилитировать пациента.

Таким образом, редкие новообразования височной кости – это большая группа новообразований, различные по происхождению, по агрессивности, по потенциалу к прогрессии и клинико–морфологическим особенностям. Для редких новообразований характерно отсутствие специфической симптоматики, либо его отсутствие. Часто редкие новообразования протекают под маской хронических заболеваний наружного и среднего уха, из–за чего страдает своевременная диагностика и лечение. Одной из причин поздней диагностики

является отсутствие осведомленности оториноларингологов амбулаторного звена о редких новообразованиях височной кости.

Большая часть редких новообразований височной кости являются показанием к хирургическому лечению и целью его является радикальное удаление новообразования. При распространении патологического процесса за пределы височной кости (интракраниально, на наружное основание черепа, шею) требуется междисциплинарный подход с участием отохирурга, нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, ЛОР-онколога.

Достоверность и обоснованность полученных результатов, выводов и рекомендаций

Поставленная автором работы цель исследования решена на высоком научно-методическом уровне. Обобщение и обработка полученных результатов проводились с помощью современных статистических методов анализа, что позволило получить достаточное количество достоверных данных. Выводы работы и практические рекомендации обоснованы, аргументированы и вытекают из результатов, проведенных автором клинических исследований. Обоснованность и достоверность полученных результатов обеспечено достаточным объемом проведенных исследований (90 больных).

Научная новизна исследования

Впервые проведен анализ особенностей клинической картины редких новообразований височной кости.

Впервые определены диагностические критерии, позволяющие формулировать показания к операции при редких новообразованиях височной кости.

Впервые определены дифференциально-диагностические критерии по данным КТ и МРТ редких новообразований височной кости с хроническими воспалительными заболеваниями уха.

Определены показания к хирургическому лечению редких новообразований височной кости и оптимизированы доступ и объем операции за счет использования технологической поддержки хирургических вмешательств.

Проведен сравнительный анализ патоморфологических исследований операционного материала с данными КТ и МРТ, интраоперационной картиной у больных с редкими новообразованиями височной кости.

Определены факторы, способствующие возникновению послеоперационных осложнений, рецидива новообразования и разработан алгоритм профилактики, лечения и послеоперационного ведения больных.

Практическая значимость работы

Результаты диссертационной работы будут служить основанием для выбора наиболее эффективного метода хирургического лечения редких новообразований височной кости. Разработанная тактика хирургического лечения больных редкими новообразованиями височной кости позволяют достигать стойкого положительного анатомического результата.

Внедрение в практику и рекомендации для дальнейшего использования

Материалы диссертации внедрены в диагностический и лечебный процесс научно–клинического отдела патологии уха и основания черепа ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии» ФМБА России (г. Москва), ГБУЗ АО «Александро–Мариинская областная больница» (г. Астрахань), ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой» (г. Астрахань).

Практическое использование полученных результатов

По теме диссертации опубликовано 17 научных работ, из них 13 научных работ в журналах и изданиях, которые включены в перечень российских

рецензируемых научных журналов, рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Результаты научной работы доложены на:

- Научно–практической конференции оториноларингологов СКФО (10–11 июня 2021 г, г. Махачкала).

- XX съезде оториноларингологов России (6–9 сентября 2021 г, г. Москва).

- X Петербургском форуме оториноларингологов России (27–29 октября 2021 г, г. Москва).

- 68–я научно–практической онлайн–конференции «Молодые ученые – российской оториноларингологии» (26–27 января 2022 г., г. Санкт–Петербург).

- XX Московской научно–практической конференции «Оториноларингология: традиции и современность» (18–19 мая 2022 г, г. Москва).

- Межрегиональной научно–практической конференции оториноларингологов с международным участием «проблемы постковидной оториноларингологии», посвященная 90–летию Дагестанского Государственного медицинского Университета (5 августа 2022 г, г. Махачкала).

- VI Всероссийском форуме с международным участием «Междисциплинарный подход к лечению заболеваний головы и шеи». (13–14 октября 2022 г., г. Москва).

Диссертационная работа апробирована на заседании Ученого совета и научно–практической конференции ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии» (протокол № 05/2022 от 03.10.2022 г.).

Автор лично участвовал в реализации всех этапов научно-исследовательской работы. Самостоятельно провёл обследование 90 больных, лично назначал и

проводил консервативное и хирургическое лечение. Автором самостоятельно проанализированы результаты обследования больных и оформлены полученные результаты в законченный научный труд. Изданные научные работы, в том числе написанные в соавторстве, представляют результат преимущественно личного научного вклада автора.

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.

В автореферате полностью освещены основные положения работы, научная новизна, значимость для практической медицины.

Автореферат составлен в соответствии с требованиями, содержит все необходимые разделы диссертации и может быть опубликован.

Заключение

Диссертация Сайдулаева Вахарсолта Алиевича на тему: «Хирургическое лечение редких новообразований височной кости», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности: 3.1.3 – Оториноларингология, является законченным научно-квалификационным трудом, выполненным лично автором на высоком научно-методическом уровне, в котором содержится решение важной практической задачи – повышение эффективности диагностики и лечения больных с редкими новообразованиями височной кости.

Тема и содержание диссертации Сайдулаева Вахарсолта Алиевича на тему: «Хирургическое лечение редких новообразований височной кости» соответствует профилю Диссертационного совета 68.1.006.01 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России»

По актуальности, методическому уровню, объему проведенных исследований, научной новизне и практической значимости, диссертационная работа полностью отвечает требованиям п.9, п.10, п.14 Положения о порядке

присуждения ученых степеней, утвержденному Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 №842 (в ред. от 26.01.2023), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, и может быть представлена к официальной защите по специальности 3.1.3 – Сториноларингология (медицинские науки) в Диссертационный совет 68.1.006.01 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России».

Предложено назначить:

- ведущей организацией: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

- официальными оппонентами:

1. Полякова Владимира Георгиевича – академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, советника директора НИИ ДОиГ.

2. Дворянчикова Владимира Владимировича – доктора медицинских наук, профессора, Заслуженного врача РФ, Директора ФГБУ "СПб НИИ ЛОР" Минздрава Российской Федерации.

3. Мареева Олега Вадимовича – доктора медицинских наук, профессора кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ» Минздрава Российской Федерации.

Председатель комиссии:

Руководитель отделения оториноларингологии,

Заведующий кафедрой оториноларингологии

ФУВ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

доктор медицинских наук, доцент

заслуженный врач РФ



Егоров В.И.

Члены комиссии:

Заместитель директора по учебной
и научной работе

ФГБУ НМИЦО ФМБА России,
доктор медицинских наук, доцент



Карнеева О.В.

Руководитель научно-клинического отдела
онкологии ЛОР органов ФГБУ НМИЦО ФМБА России,
доктор медицинских наук



Виноградов В.В.