



МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНОБОРОНЫ РОССИИ)

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ

г. Санкт-Петербург,
ул. Академика Лебедева, 6, 194044

«30» 04 2021 г. № 4/16/436

На № _____

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель начальника

Военно-медицинской академии

имени С. М. Кирова

по учебной и научной работе

Доктор медицинских наук профессор

Б.Н. Котив

«30» 04 2021 г.

ОТЗЫВ ВЕДУЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

о научно-практической значимости диссертационной работы Школьника Сергея Филипповича «Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении дакриостенозов и воспалительных заболеваний слезоотводящего тракта», представленной к защите на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.07 – глазные болезни и 14.01.03 – болезни уха, горла и носа.

Актуальность темы исследования

Слезный аппарат имеет большое значение для нормального функционирования всего органа зрения. В большом многообразии проявлений заболеваний слезной системы лидируют слезотечение, слезостояние и гнойное отделяемое из глаза. За каждым из этих симптомов стоит комплекс расстройств, значительно ухудшающих качество жизни больного, его социальную адаптацию и профессиональную пригодность. Полный набор основных жалоб (слезотечение, слезостояние, гнойное отделяемое) характерен для воспаления слезного мешка – дакриоцистита, традиционно являющегося по причинам топографической близости и функциональной зависимости «точкой приложения» усилий представителей двух специальностей: офтальмологов и ЛОР. К решению проблемы лечения дакриоцистита существуют два подхода: консервативный и хирургический.

Современные методы консервативного лечения представлены методом промывания слезоотводящих путей растворами антибактериальных, кортикостероидных препаратов и ферментов. К лечебным физиотерапевтическим процедурам, помимо привычного набора противовоспалительных и рассасывающих процедур, можно отнести облечение низкоэнергетическим гелий-неоновым лазером слизистых носа и слезного мешка. Принимая во внимание преимущественно риногенную

этиологию заболевания, следует усилить терапевтические методы лечения дакриоцистита за счет качественной и эффективной санации полости носа и околоносовых пазух. Но, при этом, общепризнано, что консервативные методы лечения дакриоциститов пока значительно уступают хирургическим. Операции реканализации слезоотводящих путей известны более 300 лет и получили отражение в сотнях статей. Варианты реканализации отличаются способами разрушения препятствий (механическое выскабливание, электрокаутер, лазер), а также методами поддержания проходимости по слезным путям – их временное или постоянное дренирование трубками, нитями из различных материалов, для чего сконструированы разнообразнейшие инструменты и проводники. Многие из известных вариантов отличаются трудоемкостью и высокой стоимостью, но, зачастую, – малой эффективностью и низкой надежностью.

Многими авторами замечено, что попытки реканализации слезоотводящих путей значительно уступают по эффективности операциям дакриоцисториностомии. В части случаев они не обеспечивают стойкого результата из-за устранения причин, приведших к стенозу и облитерации просвета слезных путей, в другой части случаев – из-за нарушения механизма слезоотведения в самих слезных путях. Основным методом хирургического лечения дакриоцистита продолжает оставаться пластическая операция дакриоцисториностомии (ДЦР).

Все существующие операции создания нового пути оттока слезы из слезного мешка в полость носа в обход слезно-носового канала можно разделить на три основные группы по способу хирургического доступа к слезному мешку: наружный, эндоназальный и трансканаликулярный. Последний выгодно отличается простотой образования соустья при помощи различных типов лазера и быстрым исполнением. Однако высокая температура при карбонизации повышает степень операционной травмы и способствует возникновению рецидивов, требует повторных вмешательств.

Эндоназальная дакриоцисториностомия. В основе операции лежит принцип, который заключается в широкой резекции носовой стенки слезного мешка на всем протяжении и в создании постоянного соустья мешка с носом, что достигается путем удаления части слизистой оболочки носа и костей слезной ямки. Внедрение эндомикроскопической техники в хирургию слезного мешка создало условия для новых усовершенствований операции (применение более деликатных инструментов для проведения разрезов мягких тканей, костной перфорации и создания соустья).

Метод наружной дакриоцисториностомии частично вытесняется эндоназальным методом, но такие положительные качества, как широкий обзор операционного поля, выбор манипуляций на костях и слезном мешке, наложение анастомоза между слизистыми делают его предпочтительным в целом ряде случаев, даже несмотря на кожный рубец.

Непреходимость слезных путей у детей – явление распространенное и социально значимое. Наиболее часто встречается дакриоцистит

новорожденных, связанный с тампонадой устья носослезного протока слезистой пробкой, которая часто спонтанно рассасывается или выталкивается из просвета устья под давлением, обусловленным нормальными процессами жизнедеятельности ребенка. По литературным данным до 30% детей имеют разной степени выраженности нарушения слезооттока. При этом к концу первого года жизни большая часть детей выздоравливает спонтанно, в остальных случаях требуется вмешательство специалиста-офтальмолога. Нередки в практике детского офтальмолога случаи канальцевых стенозов, очаговых атрезий и недоразвитий различных отделов слезоотводящего тракта, а также осложнения всех этих патологических состояний. Ранее лечение детских дакриостенозов сводилось лишь к зондированию слезных путей, иногда – многократному и безуспешному. В последние годы появились сообщения об использовании при лечении слезной патологии в этой возрастной группе стентов, дренажей, раздувных баллонов, операций формирования назолакримального соустья.

Таким образом, многообразие способов лечения патологии слезоотводящих путей с различными показателями эффективности и безопасности, требуют четкой систематизации и разработки алгоритма лечения болезней дакриологического профиля в разных возрастных группах.

Связь с планом научных исследований

Диссертация Школьника С.Ф. на тему «Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении дакриостенозов и воспалительных заболеваний слезоотводящего тракта» выполнена в соответствии с планами научно-исследовательских работ ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, номер государственной регистрации 01200804674.

Работа соответствует специальностям: 14.01.07 – глазные болезни и 14.01.03 – болезни уха, горла и носа.

Научная новизна исследования и полученных результатов

Выполненные автором анатомотопографические и клинические исследования привели к ряду конкретных заключений:

Впервые определена и обоснована последовательность применения известных и вновь разработанных способов проведения диагностических тестов и хирургических манипуляций при дакриостенозах и воспалительных заболеваниях слезоотводящего тракта на основе классификации дакриостенозов.

Впервые разработаны оригинальные конструкции стентов и дренажей, а также способы их использования.

Впервые разработан дифференцированный подход к стентированию и дренированию слезоотводящего тракта после формирования обходного пути слезооттока или реканализирующих операций.

Впервые представлены усовершенствованные методики операций на слезоотводящих структурах с применением различных видов хирургического доступа, доказана их высокая эффективность.

Доказана эффективность использования радиоволновой энергии для рассечения и иссечения мягких тканей при выполнении операций по поводу дакриостеноза, его осложнений и рецидивов.

Разработан обоснованный комплекс критериев оценки тяжести лакримальной патологии и эффективности лечения.

Доказана эффективность внедрения в дакриологическую практику эндоскопических методов диагностики и хирургического лечения.

Значимость полученных результатов для науки и практики

Диссертационное исследование Школьника С.Ф. имеет высокую прикладную направленность, тем самым представляя несомненный интерес для внедрения в практику работы офтальмологических и оториноларингологических учреждений, а также использования в педагогическом процессе при подготовке и совершенствовании офтальмологов, занимающихся проблемами лечения патологии слезоотводящих путей.

Разработанная классификация дакриостенозов позволяет определить перечень необходимых диагностических тестов, а также выбрать наиболее эффективный способ хирургического вмешательства в зависимости от вида и уровня необходимости слезоотводящих путей.

Представленные автором данные об анатомо-топографическом строении и взаимосвязи слезоотводящих структур и структур полости носа могут быть использованы при определении объема вмешательства и выбора доступа в той или иной ситуации.

Усовершенствованная автором методика антеградной трансканаликулярной дакриэндоскопии позволяет восстановить проходимость верхнего отдела слезоотводящих путей при различной выраженности и значительной протяженности канальцевой обструкции.

Предложенная тактика ведения пациентов с врожденными дакриостенозами позволяет выбрать наиболее эффективный способ их лечения в зависимости от исходной клинической ситуации. Применение эндоскопического сопровождения при зондировании слёзных путей позволяет повысить эффективность лечения, что особенно актуально в случае повторных зондирований.

Практическая и научная значимость работы определена также внедрением основных положений диссертации в клиническую практику Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, головной организации ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» (г. Казань), Многопрофильного медицинского центра «КОРЛ» (г. Казань), кафедры оториноларингологии

КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень), Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» (г. Екатеринбург), БУЗ УР «Республиканская офтальмологическая клиническая больница МЗ УР» (г. Ижевск), ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России (г. Уфа), БУ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница» Минздрава Чувашии (г. Чебоксары).

Достоверность выводов и положений, выносимых на защиту, личный вклад автора

Работа выполнена в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

Степень достоверности результатов проведенных исследований определяется достаточным количеством анатомо-топографических исследований, большим количеством клинических наблюдений, стандартизированными условиями для выполнения поставленных задач. В работе использовано современное оборудование, имеющее соответствующую сертификацию. Научные положения, выводы и практические рекомендации сформированы на основе системного анализа полученных результатов исследований.

Автором самостоятельно выполнены анатомо-топографические и клинические исследования, обобщен и статистически обработан обширный клинический материал.

Сформулированные в диссертации выводы обоснованы результатами проведенного исследования.

Автореферат полностью отражает основные положения диссертации.

Рекомендации по использованию результатов диссертационной работы в практике

1. При наличии жалоб на слезотечение необходимо дифференцировать истинную эпифору от рефлекторного слезотечения.
2. Первичное зондирование при дакрицистите новорожденных следует проводить в возрасте 2–6 месяцев при условии отсутствия осложнений, явной эктазии вертикального колена лакримального тракта, аномалий слезных каналов и ассоциированной со слезной ринопатологии. У детей старше 6 месяцев при безуспешных зондированиях в анамнезе и осложненных дакриостенозах методом выбора первого вмешательства следует считать зондирование (реканализацию) под наркозом и с эндоскопическим сопровождением. Оптимальный срок интубации слезных путей при реканализации у детей с дистальными стенозами – 7–10 дней.
3. При канальцевой непроходимости, как сочетанной, так и изолированной, на первом этапе следует попытаться провести удаление препятствий слезоотведению под прямым внутрипротоковым эндоскопическим контролем, сочетанным с интубационными методами хирургического

лечения. При отсутствии наступления выздоровления необходимо использовать тактику «by pass» с длительным или постоянным дренированием соустья.

4. Нецелесообразность костного носослезного канала – абсолютное показание к первичной ДЦР, независимо от возраста ребенка. К тактике лечения приобретенных дакриостенозов и их осложнений следует относиться как к таковым у взрослых.

5. При рассечении и иссечении мягких тканей в ходе операций необходимо использовать низкотемпературные режущие инструменты и приборы (скальпель, радионож, холодноплазменное оборудование). При риске кровотечения предпочтение следует отдавать оборудованию, позволяющему комбинировать разрез с коагуляцией. При использовании при операциях радиоволновой энергии не допускать присутствия в ране или слезных протоках металлических инструментов и конструкций.

Апробация работы и публикации

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Фёдоровские чтения» (Москва, 2009), IX съезде офтальмологов России (Москва, 2010), научно-практической конференции «Актуальные вопросы офтальмологии» (Москва, 2014), XI Конгрессе Международного общества дакриологии и сухого глаза (Неаполь, 2014), X съезде офтальмологов России (Москва, 2015), XIX съезде оториноларингологов России (Казань, 2016), ежегодной конференции Российского общества ринологов (Суздаль, 2016), V Петербургском форуме оториноларингологов России (Санкт-Петербург, 2016), II научно-практической конференции «Актуальные вопросы офтальмологии» (Москва, 2016), VI Российском курсе с международным участием «Современная функциональная ринопластика» (Москва, 2017), циклах тематического усовершенствования «Патология слезного аппарата глаза. Современная диагностика и лечение» (Чебоксары, 2011, 2014, 2017), XIV Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием «Фёдоровские чтения» (Москва, 2017), юбилейном конгрессе Российского общества ринологов (Ярославль, 2017), XII Конгрессе Международного общества дакриологии и сухого глаза (Афины, 2017), XV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Фёдоровские чтения» (Москва, 2018), мастер-классе для офтальмологов и оториноларингологов Тюменской области «Эндоскопическая хирургия слезоотводящих путей» (Тюмень, 2018), VIII Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии (Екатеринбург, 2018), конгрессе офтальмологов и оториноларингологов «Проблемы диагностики и лечения заболеваний слезной системы» (Казань, 2018), научно-практической конференции «Новые технологии в офтальмологии» (Казань, 2019), XVI Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием «Фёдоровские чтения» (Москва, 2019), XIII

конгрессе Российского общества ринологов (Сочи, 2019), пятничных научно-практических конференциях, циклах тематического усовершенствования ГО ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» (Москва, 2014–2019 гг.), Ежегодной конференции Российского общества ринологов с международным участием (онлайн, 2020).

По теме диссертации опубликовано 82 статьи, из них 27 статей в журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки РФ, издано 1 учебное пособие и 1 методические рекомендации. Получено 14 патентов Российской Федерации (13 – на изобретения, 1 – на полезные модели).

Оценка содержания диссертации и её завершенности

Работа выполнена на 30 анатомических препаратах, проанализировано 3984 протокола операции выполненных по поводу различной патологии слёзоотводящих путей, включая дакриостенозы и воспалительные заболевания. В клиническую часть работы включено 600 пациентов (750) случаев. Материал проанализирован с использованием большого числа статистических методов. В каждой группе исследования подробно описаны современные методы диагностики и лечения данной патологии.

Статистические методы, использованные в работе, соответствуют поставленным задачам и дизайну конкретных исследований, входящих в состав диссертации.

Работа изложена на 334 страницах машинописного текста и состоит из традиционных разделов, включая 7 глав собственных исследований. Список литературы содержит 416 источников (201 отечественных и 215 иностранных), которые исчерпывающе охватывают современное состояние описанной в работе патологии. Работа полноценно проиллюстрирована по каждому разделу и включает 37 таблиц и 107 рисунков.

Задачи, поставленные в работе, соответствуют цели исследования, выводы отражают результаты и полноценно реализуются в практических рекомендациях.

Принципиальных замечаний к работе нет, но в порядке дискуссии во время защиты целесообразно уточнение следующих вопросов.

1. Насколько оправдано блокирование слезных точек obturatorami с целью удержания нативной слезы в конъюнктивальном мешке при рефлекторном слезотечении? Блокирование оттока слезы, по логике, должно усилить слезотечение, если речь идет о начальной гиперлакримической стадии ССГ. Она подразумевает изменение качества слезы, сопровождающееся более быстрым её испарением и подсыханием глазной поверхности, что и обуславливает рефлекторное увеличение слезопродукции. Возникает дисбаланс между гиперсекрецией и ограниченными возможностями слезоотводящих путей, приводящий к слезотечению. Блокируя пути оттока, мы тем самым усиливаем этот дисбаланс.

2. В каких случаях применяются obtураторы слезных точек для профилактики рефлюкса застойного содержимого слезного мешка при дакриоцистите? Как их применение сочетается с послеоперационным промыванием слезоотводящих путей? Или, возможно, obtураторы применяются автором только в предоперационном периоде для предотвращения неблагоприятного воздействия слизисто-гнойного содержимого слезного мешка на глазную поверхность?
3. Из какого материала изготавливаются экспандеры слезных точек? Какова методика их изготовления, стерилизации и имплантации?
4. Как определяется необходимый размер перфорационных отверстий в полиуретановых дренажах, каким образом выполняется перфорация?
5. Использовался ли при разрывах слезных канальцев, кроме предложенных автором жестких полиуретановых дренажей, набор для моноканаликулярной интубации Mini Mopoka или наборы для биканаликулярной интубации с силиконовыми стентами? Если да, то сравнивалась ли эффективность их применения при данной патологии?
6. Не вызывали ли пролежни и воспалительные реакции в тканях длительно находящиеся в слезных путях жесткие полиуретановые дренажи?
7. Использовались ли для лечения дакриостенозов широко применяемые в настоящее время различные наборы для лагримальной интубации или применялись только предложенные автором силиконовые стенты?
8. Какие модификации лакопротезов использовались автором при лакориностомии по поводу заращения обоих слезных канальцев?

Заключение

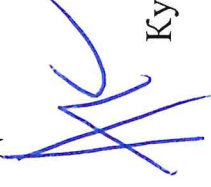
Таким образом, диссертационная работа Школьника Сергея Филипповича «Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении дакриостенозов и воспалительных заболеваний слезоотводящего тракта» является завершенным научно-квалификационным трудом, выполненном на высоком научном и методологическом уровне. В работе содержится решение актуальной проблемы офтальмологии, а именно – повышение эффективности лечения патологии слезоотводящих путей за счет применения малоинвазивных технологий.

По своей актуальности и научно-практической значимости работа Школьника С.Ф. соответствует требованиям п. 9 «Положение о порядке присуждения ученых степеней» (постановление Правительства РФ № 842 от 24.09.2013 г.), предъявляемым ВАК РФ к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а ее автор заслуживает присуждения исковой степени по специальностям 14.01.07 – глазные болезни и 14.01.03 – болезни уха, горла и носа.

Отзыв заслушан, одобрен и утвержден на межкафедральном заседании кафедры офтальмологии и кафедры оториноларингологии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ.

Протокол № 22 от «01» апреля 2021 г.

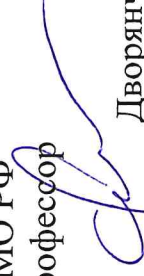
Начальник кафедры (клиники) офтальмологии
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ –
главный офтальмолог МО РФ
доктор медицинских наук
заслуженный врач РФ



Куликов Алексей Николаевич

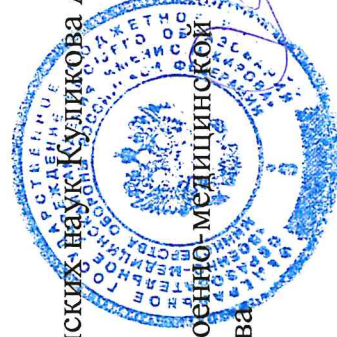
Адрес: 194044, г. Санкт-Петербург,
ул. Академика Лебедева, д.6, лит. «П»
Рабочий телефон: 8 (812) 292-32-97, 292-33-61
E-mail: alexey.kulikov@mail.ru

Начальник кафедры (клиники) оториноларингологии
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ –
главный оториноларинголог МО РФ
доктор медицинских наук, профессор
заслуженный врач РФ



Дворянчиков Владимир Владимирович

Адрес: 194044, г. Санкт-Петербург,
ул. Академика Лебедева, д.6, лит. «П»
Рабочий телефон: 8 (812) 292-33-42
E-mail: lor_vma@mail.ru



Подписи докторов медицинских наук Куликова А.Н., Дворянчикова В.В.
заверяю.

Начальник отдела кадров Военно-медицинской
академии имени С.М. Кирова

Д.Е. Гусев

Юридический и почтовый адрес: 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика
Лебедева, 6

Телефон: +7 (812) 292-32-01, +7 (812) 542-62-28

Сайт в интернете: <http://www.vmeda.org/>