

## **Уважаемые коллеги!**

09 ноября 2021 года прошло первое совещание координаторов комиссий НМАО, главных внештатных специалистов федеральных округов и руководства НМАО. В рамках этого совещания, в том числе, обсужден и принят Регламент работы Комиссии по планированию научных исследований, которая создана для методически грамотного планирования, и затем – выполнения, оригинальных и актуальных научно-практических, в том числе диссертационных, исследований, что повысит научную ценность исследований по специальности 3.1.3 – Оториноларингология в Российской Федерации, а также актуальность исследований в международном масштабе, повысит охраноспособность результатов работы российских ученых, в том числе на мировом уровне, увеличит престижность научной деятельности, проводимой в Российской Федерации.

### **Регламент работы Комиссии по планированию научных исследований (проект):**

1. Заседания Комиссии проходят в онлайн-режиме – 1 раз в квартал.
2. Все планируемые темы научных/диссертационных исследований по специальности 3.1.3 – Оториноларингология, начиная с тем, одобренных Российской академией наук в 2021 году, должны быть представлены Комиссии в электронном виде и содержать следующие пункты:
  - Название темы;
  - Тип исследования: научная/диссертационная (на соискание ученой степени кандидата/доктора наук) работа;
  - Руководитель, исполнители;
  - Цель исследования;
  - Задачи исследования;
  - Материалы и методы исследования;
  - Научная новизна;
  - Ожидаемая медико-социальная эффективность;
  - Подпись исследователя и руководителя исследования/диссертанта и его руководителя/научного консультанта (*пример прилагается*).

3. Планы тем научных/диссертационных исследований присылаются на электронный адрес секретаря комиссии (Лучшева Юлия Владиславовна jluchsheva@mail.ru). Секретарь рассылает аннотации членам комиссии, с учетом научных интересов, на рецензию.
4. Рецензия пишется кратко в свободной форме и отсылается секретарю комиссии (Лучшева Юлия Владиславовна jluchsheva@mail.ru). Секретарь рассылает аннотации членам комиссии.  
Примечание: срок рецензирования плана научной тематики – 1 месяц.
5. На заседаниях Комиссии в онлайн-режиме обсуждаются планы научных тематик.
6. Замечания к аннотациям утверждаемых тем научных исследований в течение недели после заседания высылаются авторам.
7. В течение 1 месяца авторы тем научных/диссертационных исследований высылают в адрес Комиссии (Лучшевой Ю.В.) исправленный текст аннотации на утверждение Комиссией.

Принято решение, что не одобренные Комиссией по планированию научных исследований темы научных/диссертационных исследований не смогут пройти утверждение/согласование в Российской академии наук.

*Пример аннотации для Комиссии по планированию научных исследований НМАО*

#### Аннотация

планируемой диссертационной работы на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности – Оториноларингология  
(3. 1. 3)

Тема: «\_\_\_\_\_».

Исполнитель – младший научный сотрудник \_\_\_\_\_ ФИО.

Руководитель – доктор медицинских наук \_\_\_\_\_ ФИО.

Сроки исполнения работы: начало – 11.2010

окончание – 11.2013

#### **Актуальность.**

Тимпаносклероз, являющийся одной из причин смешанной и кондуктивной тугоухости, характеризуется разрастанием соединительной ткани в слизистой оболочке среднего уха с последующим ее гиалинозом, обызвествлением и окостенением, что приводит к поражению звукопроводящего аппарата. При ограниченной форме они занимают отдельные участки барабанной перепонки и стенок барабанной полости,

располагаются в нише окна преддверия, у входа в антрум, на медиальной стенке барабанной полости. При распространенной форме практически вся барабанная полость выполнена воскообразной плотной тканью, в которой замурована цепь слуховых косточек. В ряде случаев происходит деструкция стенки канала лицевого нерва, длинной ножки наковальни, стремени. При микроскопическом исследовании выявляются фиброз и гиалиноз, липоидная инфильтрация пораженных тканей, изменения коллагеновых волокон, отложения солей кальция.

Происходят существенные изменения в структуре и количестве коллагеновых волокон, фокальное скопление остатков клеточного распада и отложения фосфата кальция. Как следствие наблюдается некроз окружающих тканей и формирование тимпаносклеротической бляшки (Тарасов Д.И., Фёдорова О.К., Быкова В.П., 1988; Maan W., 1980; Forseni M. et al., 2001). При этом установлено, что тимпаносклеротические изменения, выявляемые только гистологически, ещё не оказывают заметного влияния на слуховую функцию (Tos M., VакPedersen K., 1974, 1999). В дальнейшем, влияние вышеуказанных факторов приводит к структурным изменениям в слизистой оболочке барабанной полости и, как следствие, к нарушению слуховой функции (Случанко А.П., 1968; Овчинников Ю.М., 1975; Фёдорова О.К., 1987; Егоров Л.В., 2001).

Реконструктивная слухоулучшающая хирургия при тимпаносклерозе является единственным способом лечения обозначенной категории больных (Зарицкий Л.А., Авраменко Л.В., 1967). Учитывая, что тимпаносклероз имеет место как при целой барабанной перепонке, так и с её перфорацией, эффективность слухоулучшающей операции во многом определяется именно этим фактором (Вишняков В.В., 1992; Меланьин В.Д., 1999; Семёнов Ф.В., 2000, 2001). По сей день в мире не прекращается поиск оптимального, наиболее щадящего способа воздействия на тимпаносклеротические элементы, обеспечивающего наилучший функциональный результат в реконструктивной хирургии. Отсутствуют данные о возможности дооперационной диагностики и эффективности различных методик операций при этой патологии среднего уха. Отсутствуют данные об использовании лазерных технологий в хирургии тимпаносклероза.

Все изложенное выше и определило **актуальность** и целесообразность проведения настоящего исследования.

Цель исследования – повышение эффективности лечения пациентов с тимпаносклерозом посредством улучшения диагностики и совершенствования хирургической техники.

Задачи исследования:

1. Разработать методику лечения тимпаносклероза с применением хирургического лазера и показания к ней.
2. Разработать оптимальные режимы воздействия хирургического лазера на структуры среднего уха и тимпаносклеротические комплексы.
3. Оценить гистологические изменения структур среднего уха и тимпаносклеротических комплексов при воздействии на них хирургического лазера.

4. Оценить возможности компьютерной томографии височной кости в диагностике тимпаносклероза.
5. Сравнить эффективность тимпаноластики и стапедопластики у пациентов с тимпаносклерозом при применении традиционной хирургической техники и хирургического лазера.

Объем исследования.

Планируется обследовать, пролечить и оценить результаты лечения у 120 больных тимпаносклерозом: 40 пациентов после проведения тимпаноластики с использованием хирургического лазера (1 группа); 40 пациентов – после тимпаноластики с инструментальным удалением тимпаносклеротических элементов (2 группа – архивный материал); 20 больных – после лазерной стапедопластики (3 группа); 20 пациентов – после инструментальной стапедопластики (4 группа – архивный материал).

Методы исследования:

1. Сбор анамнеза.
2. Осмотр Лор-органов.
3. Аудиологические:
  - определение остроты слуха с помощью шепотной и разговорной речи;
  - камертональные с проведением проб Ринне, Федеричи, Вебера;
  - проведение тональной пороговой аудиометрии (перед операцией, на 10-е сутки, через 1, 3 и 12 месяцев после операции);
  - определение порогов чувствительности к УЗВ и его латерализации.
4. Акустическая импедансометрия.
5. КТ височных костей.

Научная новизна.

Впервые в России будет разработана методика тимпаноластики и стапедопластики при тимпаносклерозе с лазерной ассистенцией, определены показания для применения хирургического лазера при удалении тимпаносклеротических элементов. Впервые будет дана гистологическая характеристика воздействия хирургического лазера на тимпаносклеротические комплексы. Будут впервые оценены возможности влияния препарата полиоксидоний на репаративные процессы в среднем ухе.

Ожидаемая медико-социальная эффективность.

Полученные данные позволят повысить эффективность и безопасность хирургического лечения пациентов с тимпаносклерозом, сократить сроки пребывания больного на больничной койке (на 2-3 дня) и дней нетрудоспособности (4-5 дней).

Руководитель д.м.н.  
Исполнитель

ФИО  
ФИО