



УДК: 616. 284-002. 258

О ПОКАЗАНИЯХ К ОПЕРАЦИИ РЭМБО**А. А. Нугуманов, А. Я. Нугуманов****ABOUT INDICATIONS FOR RAMBO OPERATION****A. A. Nugumanov, A. J. Nugumanov***ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань**(Главный врач — Засл. врач РТ Р. Ф. Гайфуллин)*

Обсуждаются показания к операции облитерации тимпаномастоидальной полости и наружного слухового прохода при радикальных операциях на глухом ухе у больных хроническим гнойным средним отитом и ранее перенесших радикальную операцию с рецидивирующим гноетечением.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, глухота, радикальная операция, облитерация общей полости.

Библиография: 6 источников.

Indications for obliteration operation of tympanomastoid cavity and external acoustical canal during radical operations on a deaf ear with chronic otitis media and who have passed through radical operation earlier with persistent recurrence are discussed.

Keywords: chronic otitis media, deafness, radical operation, an obliteration of the mastoid cavity.

Bibliography: 6 sources.

Проблема продолжающихся гноетечений после saniрующих операций на ухе по-прежнему актуальна. Многие авторы сообщают о «болезни оперированного уха» более чем у трети пациентов, перенесших радикальную операцию по поводу хронического гнойного среднего отита (ХГСО) [1]. При значительных деструкциях в результате операции неминуемо образование большой мастоидальной полости. Кожа слухового прохода, барабанная перепонка, стенки трепанационной полости после радикальной операции «болеют» от длительной влажности в результате недостаточной вентиляции. Страдания больному чаще причиняют не столько тяжелая тугоухость или глухота, сколько непрерывно мокнущая общая полость после saniрующей операции. Длительный кариозно-деструктивный процесс в среднем ухе, по сути, ведет к остеомиелиту (хроническому мастоидиту) сосцевидного отростка.

Причин, негативно влияющих на формирование непрекращающегося мокнутия в оперированном ухе, несколько. Это недостаточная функция слуховой трубы, наличие больших размеров трепанационной полости с узким слуховым проходом, не обеспечивающим достаточную вентиляцию и нарушение её самоочищения. Обычно пытаются уменьшить вентилируемую полость путем ликвидации паратимпанальных клеток и их облитерации. Действительно, уменьшив объем мастоидальной полости и сделав вход в наружный слуховой проход максимально широким для лучшей аэрации нередко можно избежать рецидивов хронического гноетечения [1–4]. В последние годы постепенно стали внедряться в России различные модификации радикальной операции закрытого типа и с меатомастоидопластикой, но операция Рэмбо, основанная на тех же принципах, остается почти невостребованной.

Уменьшить объем мастоидальной полости пытались почти с момента появления самих saniрующих операций. Schwartze, которому приписывают авторство радикальной мастоидэктомии, добивался облитерации западением заушной раны. Далее для облитерации стали прибегать к пломбированию трепанационной полости различными материалами [3,4]. Были разработаны операции «закрытого» типа. К сожалению указанные мероприятия не всегда дают желаемые результаты и основная цель радикальной операции — ликвидация очага инфекции в среднем ухе не достигается [1–4]. Оставление большой ятрогенной послеоперационной полости при неработающем среднем ухе особенно у пациентов с тяжелой тугоухостью, глухотой и после удаления больших опухолей среднего уха бессмысленна или даже опасна.

Идея добиваться воссоздания архитектоники среднего уха и наружного слухового прохода после санирующей операции при больших деструкциях на глухом ухе не всегда оправдана. Она тем более сомнительна у больных ХГСО при кохlearной имплантации или установки импланта среднего уха типа Vibrant Soundbridge в среднем ухе. В стремлении к уменьшению и облитерации послеоперационной полости, некоторые отохирурги пришли к мысли о полной её ликвидации при отсутствии социально пригодного слуха при ХГСО. Т. Рэмбо, в 1962 г. предложил радикальную мастоидэктомию завершать облитерацией общей (тимпаномастоидальной) полости жировой тканью, включив в последующем и наружный слуховой проход, зашивая его наглухо [5, 6]. Радикальную мастоидэктомию и облитерацию тимпаномастоидальной полости жировой тканью, названную операцией Рэмбо, предполагается проводить при ХГСО с холестеотомой, отсутствии пригодного слуха в случаях когда можно прогнозировать невозможность содержать ухо сухим, или когда уже имеются рецидивы гноетечения несмотря на длительно проводимое консервативное лечение после предыдущей операции.

Подкожный жир не самый идеальный материал для пломбирования, но в отличие от других материалов, он всегда под рукой и никогда не бывает в дефиците. Сторонники методики Рэмбо кроме абдоминального жира предлагают использовать для облитерации другие мягкие ткани околоушной области: мышечную ткань или сухожильно-надкостничный лоскут на питающей ножке и\или добавлять костные стружки и пр. [1–6].

Завершить радикальную операцию модификацией по Рэмбо во время кохlearной имплантации и при установке имплантируемого слухового аппарата для пациентов с гнойным отитом, атрезией наружного слухового прохода, врожденных аномалиях среднего уха, кохlearном отосклерозе или наличии открытой полости после радикальной операции считается наиболее оптимальным способом [5].

Исследователи, проводившие анализ отдаленных результатов операции Рэмбо, сообщают о редких рецидивах холестеотомы, гноетечения, рассасывания жировой клетчатки и даже восстановления общей полости со всеми негативными последствиями «болезни оперированного уха» [5, 6]. При последних осложнениях предлагается производить реоперацию. Для профилактики подобных исходов перед полной облитерацией тимпаномастоидальной полости и наружного слухового прохода предполагается тщательное удаление всего патологического, в первую очередь холестеотомы, а также слизистой оболочки полостей среднего уха и кожи слухового прохода.

Мы начали оперировать глухие уши по модификации Рэмбо, как после предшествующих радикальных операций при изнурительных гноетечениях, так и радикальные операции, проводимые впервые стали завершать облитерацией, пломбуя преимущественно мягкими тканями заушной области. К полноценной облитерации, помимо пломбирования, следует добавить стремление к формированию втяжения заушной раны в трепанационную полость. Трепанационную полость для этого формируют фрезами в виде широкой и пологой воронки с округленными краями и в послеоперационном периоде накладывают давящие повязки на швы заушной раны. С целью надежной облитерации М. Тос рекомендует сносить и верхушку сосцевидного отростка [4]. За последние 2,5 года мы выполнили 13 операций в модификации Рэмбо. Из них 10 при ХГСО после предыдущих радикальных операций с рецидивирующим гноетечением. Один случай наблюдения полной облитерации при удалении большой опухоли среднего уха, осложнившейся длительной ликвореей в послеоперационном периоде, два — после удаления гломусной опухоли среднего уха. Только в 1 случае, после рецидивов инфекции, наблюдали частичное рассасывание жировой ткани в наружном слуховом проходе и трансформацию в почти открытый слуховой проход до уровня барабанного кольца. В остальных случаях слуховые проходы представляли неглубокое, 3–5 мм, всегда эпидермизированное слепое втяжение.

Таким образом, показаниями к операции Рэмбо являются: 1) невозможность содержать ухо сухим у больных с ХГСО с большими разрушениями, 2) при удалении обширной опухоли среднего уха с образованием большой ятрогенной полости, 3) наличии ушной ликвореи. Облитерация общей полости и наружного слухового прохода, предложенная Рэмбо, должна быть включена в арсенал санирующих оперативных вмешательств. Завершение операции по



этой модификации следует признать наиболее оптимальным при отсутствии социально пригодного слуха и на глухом ухе. Данный способ, упрощая технику операции, на порядок сокращает сроки послеоперационного ухода и избавляет пациента от «болезни оперированного уха».

ЛИТЕРАТУРА

1. Ситников В. П. Реконструктивная мастоидопластика у лиц страдающих «болезнью оперированного уха». Мат. Рос. науч.-практ. конф. оториноларингологов «Проблемы и возможности микрохирургии уха». Оренбург. 2002. С. 117–119.
2. Нугуманов А. А., Нугуманов А. Я. Реконструктивная хирургия хронического гнойного среднего отита // Рос. оторинолар. — 2010. — № 6. — С. 45–50.
3. Мастоидопластика. (Обзор литературы) / З. Б. Агаронова [и др.]. Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. СПб., 2011. Т. 2. С. 182–187.
4. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. Том 2: Хирургия сосцевидного отростка. Реконструктивные операции. Томск.: 2005. Т. 2. С. 346–416.
5. Randal Leung, Robert J. S. Briggs. Indications for outcomes of mastoid obliteration in cochlear implantation // Otolology & neurology, 2007. — № 5; 28(3): P. 330–334.
6. Kos M. I., Chavaillas O., Guyot J. P. Obliteration of the tympanomastoid cavity: long term results of the Rambo operation // J. Laryngol Otol. 2006 Dec; P. 1014–1018.

Нугуманов Айрат Азатович — канд. мед. наук, врач-оториноларинголог Республиканской клинической больницы МЗ Республики Татарстан, ассистент каф. оториноларингологии Казанского ГМУ. 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, 138, м. т.+7-917-870-61-39, э\п: ent_ru3@mail.ru; **Нугуманов Азат Яриевич**, зав. отделением (слухолучающей хирургии) ЛОР-2 РКБ МЗ Республики Татарстан, 420064, Казань, Оренбургский тракт, 138. м. т. +7-917-867-24-60, э\п: ent_ru3@mail.ru

УДК: 616.21-77-089.844

РАЗРАБОТКА НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «ГИАМАТРИКС» ДЛЯ ОТО- И РИНОХИРУРГИИ

Р. Р. Рахматуллин², Р. А. Забиров¹, А. В. Акимов¹, С. М. Гарифзянова³

WORKING OUT NANORETICULATED OF THE BIOPLASTIC MATERIAL HYAMATRIX FOR OTO – AND RHINOSURGERY

R. R. Rakhmatullin, R. A. Zabirov, A. V. Akimov, S. M. Garifzynova

¹ ГОУ ВПО *Оренбургская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации*

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

² ГОУ ВПО *Оренбургский государственный университет*

(Ректор — проф. В. П. Ковалевский)

³ ГК *Больница № 36 г. Москвы*

(Главный врач — Засл. врач РФ, докт. мед. наук В. Н. Французов)

Предложен оригинальный биопластический материал «Гиаматрикс» для восстановления дефектов покровных тканей (кожа, слизистые оболочки) в оториноларингологической практике. Биоматериал представляет собой биополимер, изготовленный методом фотохимической сшивки макромолекул в гидрогеле на основе нативной, химически не модифицированной гиалуроновой кислоты. Представленные результаты свидетельствуют об ускорении репаративных процессов, высокой эффективности и безопасности применения данного биопластического материала, что позволяет значительно сократить время лечения и повысить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: полимер гиалуроновой кислоты, биопластический материал «Гиаматрикс», отохирургия, ринохирургия.

Библиография: 8 источников.