



УДК: 616. 284 – 002. 2 – 089. 844

ПРИМЕНЕНИЕ КУЛЬТИВИРОВАННЫХ ФИБРОБЛАСТОВ ПРИ ПОВТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПРОВЕДЕННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ НА УХЕ

Ш. М. Ахмедов¹, В. П. Туманов², В. С. Корвяков¹, И. Т. Мухамедов¹

¹ФГУ «НКЦ оториноларингологии Росздрава», г. Москва

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

²ГУ Российский государственный медицинский университет, г. Москва

(И.о. ректора – акад. РАМН, проф. Г. И. Сторожаков)

Хронический гнойный средний отит одно из часто встречающихся заболеваний ЛОР-органов, распространенность которого составляет 13,7–20,9 на 1000 населения [8], и одна из наиболее частых причин, ведущих к кондуктивной или смешанной тугоухости. Хронический средний отит, его последствия и осложнения являются не только причиной тугоухости и снижения качества жизни, но и представляют потенциальную опасность для жизни больного, что и определяет социальную значимость и актуальность поиска новых более эффективных способов лечения [2; 5; 6; 8].

Всем больным с хроническим гнойным средним отитом показано хирургическое лечение, а целью консервативного лечения является подготовка больного к хирургическому вмешательству. Противопоказанием к хирургическому лечению при данной патологии является: тяжелое состояние больного по общим соматическим заболеваниям. Хирургическое лечение хронического среднего отита включает обязательную санацию среднего уха и слухоулучшающий этап при благоприятных условиях, выполняемых последовательно или одновременно.

Развитие оптической техники для микрохирургии уха позволяет производить санацию при хроническом среднем отите более щадящими методами, что значительно повышает результаты слухоулучшающего этапа лечения. Однако, при выраженных деструктивных изменениях среднего уха, при распространенной холестеатоме, при осложнениях хронического среднего отита, и для профилактики осложнений, радикальная операция на среднем ухе не потеряла актуальности и в настоящее время [1; 3].

После радикальной (санирующей) операции на ухе часто наблюдается «болезнь» послеоперационной полости, что обусловлено неполной эпидермизацией стенок полости, продолжающимся фиброзирующим мукозитом как в мастоидальном так и в тимпанальном отделах послеоперационной полости, что свидетельствует о несовершенстве радикальной операции [4; 6; 9].

Таким образом, значительная распространенность хронических средних отитов, особенно течения данного заболевания и высокий процент рецидива процесса при хирургическом лечении свидетельствуют о необходимости разработки более эффективных методов лечения.

В настоящее время разработан и внедрен в клиническую практику оригинальный метод лечения обширных раневых (ожоговых) поверхностей и длительно незаживающих ран с приме-



нением культивированных фибробластов в качестве стимулятора репаративных процессов, источника межучточного вещества соединительной ткани и ускорения эпителизации раны [7, 10].

Учитывая вышеизложенное, с **целью** стимуляции репаративных процессов в послеоперационной ране мы предлагаем разработанный нами метод достижения полной эпидермизации трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию на среднем ухе, с использованием культивированных фибробластов на полимерной основе. Предложенный нами метод может быть использован при хирургическом лечении больных, перенесших радикальную операцию на ухе и имеющих неполную эпидермизацию трепанационной полости с продолжающимся воспалительным процессом (болезнь оперированного уха).

Материал и методика исследования. Под местной анестезией раствором лидокаина 2 %, под контролем операционного микроскопа производим ревизию трепанационной полости; удаляем тупым и острым путем все патологически измененные ткани: грануляции, полипы, рубцовую ткань, утолщенную воспаленную слизистую оболочку, холестеатомные массы. Затем бором, по мере необходимости, удаляем кариозно измененную кость, сглаживаем костные стенки полости (рис. 1). Санацию выполняем в пределах здоровых тканей (здорового эпидермиса). По форме удаленной слизистой оболочки в трепанационную полость укладываем полимерную пленку с культивированными фибробластами, покрывая всю раневую поверхность и обязательно поверх края здорового эпидермиса (рис. 2). В данном случае фибробласты выполняют роль стимулятора репаративных процессов, источника межучточного вещества соединительной ткани и ускорения эпителизации раны, полимерная пленка обеспечивает направленную эпителизацию полости. Трепанационную полость тампонируем ватными тампонами. В послеоперационном периоде – ежедневная смена ватных тампонов, полимерную пленку удаляем на 7-е сутки.

По предложенному нами методу произведены операции у 7 больных с хроническим средним отитом, которым ранее была произведена радикальная операция на ухе. У всех больных были жалобы на выделения из уха (гнойные и слизисто-гнойные), неприятный запах из уха, периодические ощущения давления и болезненности в ухе. Всем больным проведено консервативное лечение с целью подготовки к хирургическому этапу лечения, которое включало в себя ежедневные промывания послеоперационной полости раствором антисептика, с введением тампонов с суспензией гидрокортизона, ацетилцистеина или химотрипсина.

По ходу операции были выявлены следующие находки: во всех случаях неполная эпидермизация трепанационной полости, утолщенная фиброзная слизистая оболочка, полипы и грануляционная ткань; у 4-х больных холестеатома, практически полностью выполняющая мастоидальный отдел послеоперационной полости; во всех случаях костные стенки мастоидальной полости шероховатые, изъеденные, у 1-го больного выявлен дефект костной стенки 0,5x4,0 см, в области «крыши» трепанационной полости, с обнажением твердой мозговой оболочки.

В послеоперационном периоде проводились антибактериальная, десенсибилизирующая терапии, ежедневный туалет послеоперационной полости, смена ватных тампонов, как правило, ватные тампоны первые 2–3 дня умеренно пропитаны раневым отделяемым, при последующих перевязках – незначительно. При удалении полимерной пленки на 7-е сутки отметили, что трепанационная полость была покрыта ровными, плоскими грануляциями, с элементами эпителизации раны с краев сохраненного эпидермиса.

Результаты исследования. Больные выписывались на 15–17-е сутки. На момент выписки у всех больных послеоперационная полость хорошо контурируется, отделяемого нет, у 5-х больных эпидермизирована полностью, у 2-х больных имеется участок, не покрытый эпидермисом 0,3x0,4 см, без воспалительных явлений, с тенденцией к заживлению. Амбулаторный осмотр 1 раз в неделю, на 20–23-й день трепанационная полость эпидермизирована полностью у всех больных (рис. 3 а, рис. 3 б).

Выводы:

Применение культивированных фибробластов при хирургическом лечении (повторных операциях) больных, перенесших радикальную операцию на ухе и имеющих неполную эпидермизацию трепанационной полости с продолжающимся воспалительным процессом (болезнь опери-

рованного уха), позволило ускорить сроки заживления раны и эпителизации трепанационной полости за счет быстрой смены воспалительного периода (I-го периода) раневого процесса, пролиферативным периодом (II-ым периодом).

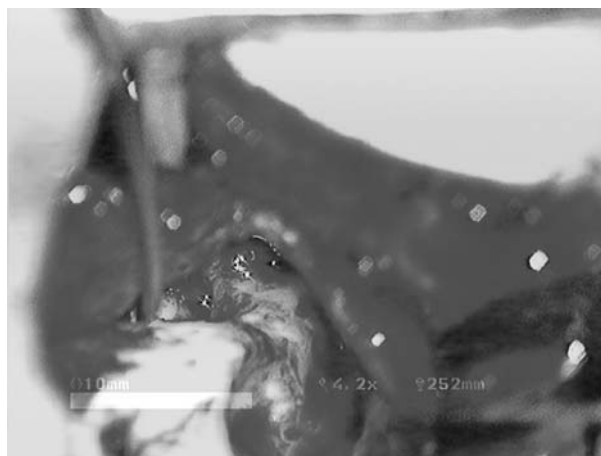


Рис. 1. Вид трепанационной полости после радикальной операции

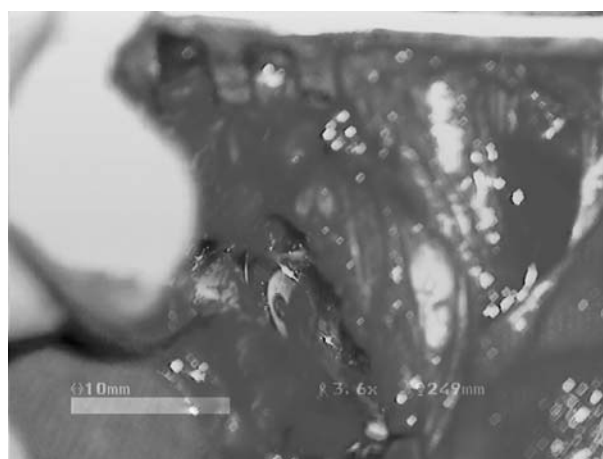


Рис. 2. Укладывание полимерной пленки с фибробластами на раневую поверхность

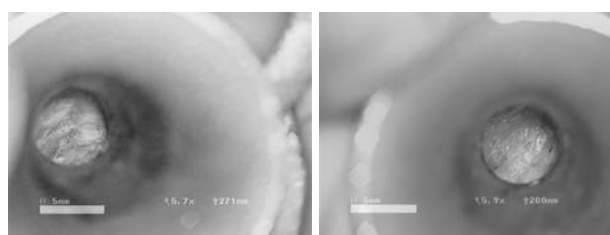


Рис. 3. Эпидермизированный мастоидальный отдел трепанационной полости (рис. 3 а) (рис. 3 б)

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриев Н. С. Наша концепция лечения больных с хроническим гнойным средним отитом / Н. С. Дмитриев. Современные вопросы клинической отиатрии. 10-ая юб. конф. оториноларингологов г. Москвы: Тез. докл. – М.: 2002. – С. 87–88.
2. Меланьин В. Д., Принципы лечения неосложненных форм эпи – и эпимезотимпанита / В. Д. Меланьин, О. Г. Хоров // Вестн. оторинолар. – 1999. – № 4. – С. 8–11.



3. Меланьин В. Д. Реконструкция среднего уха после радикальной операции / В. Д. Меланьин, О. Г. Хоров. Современные вопросы клинической отиатрии. 10 – ая юб. конф. оториноларингологов г. Москвы: Тез. докл. – М.: 2002. – С. 89–91.
4. Николаев М. П. Мастоидопластика биокомпозиционными материалами при операциях у больных хроническим средним отитом / М. П. Николаев, И. П., Василенко, А. С. Пуряев. Там же – С. 91–93.
5. Пятакина О. К., Микрохирургия при хронических средних отитах / О. К., Пятакина, В. П. Быкова. X – област. научн. практ. конф. оториноларингологов: Тез. докл. – Оренбург, 1995. – С. 41–42.
6. Пятакина О. К. Актуальные вопросы клинической сурдологии / О. К. Пятакина. Актуальные проблемы фониатрии и клинической сурдологии: Мат. научн.-практ. конф. – 1998. – С. 133–136.
7. Способ лечения ожоговой раны / В. П. Туманов, Е. В. Глущенко С. С. Морозов и др. // Бюллетень изобретений и рационализаций. – 1991. – № 1. (51).
8. Тарасов Д. И. Заболевания среднего уха / Д. И. Тарасов, О. К. Федорова, В. П. Быкова. – М.: Медицина, 1988. – С. 146–180.
9. Толстов Ю. П. О клиническом значении состояния трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию на среднем ухе / Ю. П. Толстов, И. А. Аникин // Вестн. оторинолар. – 1999. – № 1. – С. 44–47.
10. Туманов В. П. Роль культивированных фибробластов в репаративном процессе при травме барабанной перепонки / В. П. Туманов, А. А. Поматилов // Новости клинической цитологии России. – 1999. Т. 3. – С. 127–132.

УДК: 612. 825. 56+612. 825. 57

О МЕДИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РОЛИ ОБОНЯТЕЛЬНОГО И ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРОВ

В. И. Бабияк, В. Н. Тулкин

*ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий»
(Директор – Засл. врач РФ, проф Ю. К. Янов)*

Нормальная и полезная еда
есть еда с аппетитом,
еда с испытываемым
наслаждением.
Академик И. П. Павлов

Не бывает вкусной и здоровой пищи, как не бывает и чарующих своим ароматом и неповторимыми вкусовыми качествами напитков для человека, лишённого обонятельной и вкусовой функций. Природа наделила нас этими качествами, чтобы мы снабжали свой организм не только белками, жирами и углеводами, витаминами и микроэлементами для его исправной биологической деятельности, но и особыми чувствами – обонянием и вкусом, чтобы пища наша и употребляемые напитки доставляли нам своеобразное эстетическое удовольствие, граничащее с чувственным восприятием образов искусства.

Корифеи отечественной физиологии И. М. Сеченов и И. П. Павлов неоднократно подчеркивали роль внешней среды, снабжающей организм человека и животных питательными веществами, для их полноценной жизнедеятельности. «Организм без внешней среды, поддерживающей его существование, невозможен, поэтому в научное определение организма должна входить и среда, влияющая на него», – писал в 1861 г. И. М. Сеченов. Существенной связью живого организма с окружающей природой является связь через известные химические вещества, которые должны постоянно поступать в состав данного организма, т. е. через пищу. [1]

О связи организма с внешней средой И. П. Павлов говорил в своей речи при получении Нобелевской премии (1904): «Недаром над всеми явлениями человеческой жизни господствует забота о насущном хлебе. Он представляет ту древнюю связь, которая соединяет все живые существа, в том числе и человека, со всей остальной окружающей их природой». Эти замеча-