

1. Методические рекомендации по профилактике повторной эктопической беременности.

2. Методические рекомендации по лечебной гимнастике в послеоперационном периоде после перенесенной внематочной беременности.

Методические рекомендации с профилактической целью были предложены пациенткам ГУЗ «Республиканская клиническая гинекологическая больница». Было выдано 300 экземпляров.

Заключение

Возможные рекомендации по результатам анкетирования: следует активно информировать девушек в возрасте до 25 лет о том, что желательно применять барьерные методы контрацепции, эффективные против ИППП, риск эктопической беременности значительно повышается при 2 и более искусственных абортах. Специалисты с высшим сестринским образованием женских консультаций и других учреждений, оказывающие гинекологическую помощь, должны активно в средствах массовой информации пропагандировать позитивное формирование ценностей здорового образа жизни в процессе воспитания молодой аудитории.

Литература

1. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – С. 1056.

2. Пересада О.А. Применение эстраген-гестагенных препаратов для улучшения репродуктивного здоровья женщин. Минск, 2004. – С. 42.

3. Стрижаков А.Н., Давыдова А.И., Белоцерковцева Л.Д. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. – М.: Медицина, 2000. – С. 379.

Камаева Татьяна Рафаиловна – доцент, кандидат медицинских наук, КрасГМУ, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка 1, тел. 89029913224, e-mail – kamaeva1970@gmail.com

Казакова Туяна Геннадьевна – главная медицинская сестра ГУЗ «Республиканская клиническая гинекологическая больница». 670000, г. Улан-Удэ, пр. Победы, 6, тел. 61-91-92, 21-66-59, e-mail: kazakova-tg@mail.ru

Kamaeva Tatyana Rafailovna – associate professor, candidate of medical sciences, Krasnoyarsk State Medical University. 660022, Krasnoyarsk, Partizan Zheleznyak str., 1.

Kazakova Tuyana Gennadevna – chief medical nurse, GUZ Republican Clinical Gynaecological Hospital, Ulan-Ude, Prospekt Pobedy, 6.

УДК 616.284-002.3:616.285-089

С.А. Бороноев, М.П. Рябов, Б.А. Бороноев

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРФОРАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Проведен анализ результатов хирургического лечения 255 больных хроническим средним перфоративным отитом. Выполнена слуховосстанавливающая реконструктивная тимпаноластика. Материалом для восстановления барабанной перепонки служила фасция височной мышцы в 173 случаях, в 82 случаях – аутохрящ из козелка уха и перихондрий.

Результаты лечения оценивали по двум показателям – по степени восстановления целостности барабанной перепонки и улучшения слуха. Использование хряща и перихондрия козелка уха для замещения дефекта барабанной перепонки было успешным в 91,5% случаев, что позволяет рекомендовать его при больших и средних дефектах барабанной перепонки.

Ключевые слова: перфоративный отит, тимпаноластика, аутохрящ, фасция, перихондрий.

S.A. Boronoev, M.P. Ryabov, B.A. Boronoev

THE FUNCTIONAL RESULTS AFTER RECONSTRUCTIVE SURGERIES AT THE PATIENTS WITH CHRONIC PERFORATIVE MIDDLE OTITIS

The analysis of the results of surgical treatment at 255 patients with chronic perforative middle otitis has been done. The reconstructive tympanicplastics of ear recovery has been performed. In 173 cases fascia of temporal muscle has been used as the material for reconstruction of tympanum membrane, in 82 cases – autocartilage, taken from perichondrium. The results of the treatment have been estimated according to two indicators – the degree of recovery of tympanum membrane wholeness and improvement of hearing. The use of cartilage and perichondrium for substitution the tympanum

membrane defect has been successful in 91.5% of cases, and so it allows to recommend it at large and middle defects of tympanum membrane.

Несмотря на определенные успехи в тимпанопластике за последние годы, результаты существующих методов операции не всегда удовлетворительны [1, 2, 5, 6], что чаще всего обусловлено плохими анатомо-физиологическими условиями кровоснабжения трансплантата, его смещением, западением, отторжением, нагноением и некрозом [1, 2, 4, 5]. Для замещения больших дефектов барабанной перепонки в качестве пластического материала используются фасция височной мышцы, истонченный аутохрящ, хондро-перихондральный лоскут [2, 7, 9]. Что же касается материалов, используемых для реконструкции цепи слуховых косточек, то здесь возможно применение самых разнообразных материалов: аутохряща, аутокости, гомохряща, гомокости и аллопластических материалов (титана) [3, 4, 5, 6, 8]. Целью работы было изучение и сравнение эффективности использования наиболее перспективных трансплантационных материалов для замещения барабанной перепонки и дефектов цепи слуховых косточек.

За 2006-2010 гг. в ЛОР отделении РКБ им. Н.А. Семашко выполнено 255 тимпанопластик 1-4 типов больным хроническим гнойным средним отитом. Мужчин было 78, женщин – 177. Возраст больных колебался в пределах 17-57 лет, преобладали больные в возрасте 30-45 лет. При установлении диагноза мы пользовались общепринятой классификацией хронических гнойных средних отитов. Материалом для восстановления барабанной перепонки в 173 случаях служила фасция височной мышцы. В остальных 82 случаях был применен аутохрящ из козелка и перихондрия, взятого в области козелка. Как правило, перихондрий применялся при эндаурально выполняемой тимпанопластике, при этом не требовался дополнительный разрез в заушной области. Разрез делается по свободному краю козелка, выделяется хрящ, вырезается фрагмент необходимого размера, затем под микроскопом с поверхности хряща отделяется перихондрий. С помощью специального инструмента для резки хрящей «KURZ» подготавливаем пластинку нужной толщины и размера. Образуется ровный, тонкий хрящевой трансплантат, ригидный, размером приблизительно 1х1 см, достаточный для замещения больших и средних дефектов. При этом

у нас остается перихондрий для закрытия мелких дефектов неомембраны. Приготовленный трансплантат укладывается одним из двух известных способов – или на дезэпителизованную поверхность барабанной перепонки, либо под остатки барабанной перепонки. В тех случаях, когда цепь слуховых косточек была сохранена и подвижна, вмешательство ограничивалось восстановлением барабанной перепонки. При разрушенной цепи слуховых косточек возникала необходимость ее реконструкции. С этой целью нами использовались различные материалы. С точки зрения лучшей приживляемости более всего для ossiculoplastики подходят аутогкани. У 62 больных нами использовался аутохрящ ушной раковины. Кусочек хряща необходимого размера брали в области козелка, обычно при одновременном использовании перихондрия козелка для пластики барабанной перепонки. У 17 больных дефект цепи слуховых косточек замещали аутонаковальной. Для этой цели удаленную наковальню моделировали и помещали между рукояткой молоточка и основанием стремени.

Применение аутогкани наряду с положительными свойствами (хорошая приживляемость, отсутствие отторжения) имеет и недостатки – требуется значительное время для взятия трансплантата, придания ему необходимой формы, отсутствует стандартная методика изготовления протезов из аутогкани. Поэтому в последние годы все больше стали привлекать аллотрансплантаты, то есть протезы слуховых косточек из искусственных материалов, в частности из титана фирмы KURZ. Титановые протезы использованы при тимпанопластике у 78 больных.

Результаты тимпанопластики мы оценивали по двум показателям. Во-первых, учитывали анатомо-морфологический результат операций, который оценивали по степени приживления трансплантата барабанной перепонки и восстановления ее целостности и подвижности. Во-вторых, оценивали функциональный результат, то есть степень улучшения слуха. Функциональный результат учитывали по степени сокращения костно-воздушного интервала после операции, что представляет истинную картину эффективности операции. Результаты исследования слуха до операции представлены в табл. 1.

Таблица 1

Предоперационный уровень костно-воздушного интервала у больных хроническим средним отитом		
Величина костно-воздушного интервала	Число больных	
	Абс	%
5 дБ или менее	0	0
6-10 дБ	0	0
11-15 дБ	0	0
16-20 дБ	3	1,2
21-25 дБ	20	7,8
26-30 дБ	25	9,8
31 дБ и более	207	81,2
Всего...	255	100

Отдаленные результаты тимпанопластики оценивали за период от 1 года до 5 лет. Результаты приведены в табл. 3. Мы анализировали различные факторы, способные оказывать влияние на результаты. Среди них были наличие или отсутствие холестеатомы, «закрытая» или «открытая» операционная техника, установка протеза слу-

ховых косточек во время операции или во время запланированного второго этапа операции, первичная операция или реоперация, состояние слизистой оболочки барабанной полости и степень сохранности цепи слуховых косточек. Почти все эти факторы не имели значительного влияния на результаты. Не было существенной разницы также и в различных возрастных группах.

Таблица 2

Послеоперационный уровень костно-воздушного интервала через год после операции и более		
Величина костно-воздушного интервала	Число больных	
	Абс.	%
5 дБ или менее	7	2,8
6-10 дБ	17	6,7
11-15 дБ	38	14,9
16-20 дБ	42	16,5
21-25 дБ	58	22,7
26-30 дБ	26	10,2
31 дБ и более	67	26,2
Всего...	255	100

Значительная разница в результатах отмечена только в связи со степенью нарушения целостности цепи слуховых косточек. Наилучшие результаты, когда костно-воздушный интервал значительно уменьшался, часто до 5-10 дБ и менее, наблюдались в случаях с полностью сохранной и подвижной цепью слуховых косточек или при минимальных разрушениях, таких как деструкция только одного лентикулярного отростка, ко-

торая сравнительно легко могла быть устранена. При более серьезных нарушениях целостности цепи слуховых косточек результаты были менее удовлетворительными и величина костно-воздушного интервала чаще находилась в пределах 10-20 дБ. Мы анализировали стабильность функциональных результатов тимпанопластики путем сравнения уровня слуха через 6 месяцев после операции с уровнем слуха через несколь-

ко лет после тимпаноластики. У большинства больных слух сохранился на том же уровне, что и был через 6 месяцев после операции.

Только у 7 больных наблюдалось улучшение слуха с сокращением костно-воздушного интервала до 5 дБ и менее, а у 1 больного наступила полная глухота на оперированном ухе. Эти результаты свидетельствуют о повышенном риске стапедэктомии в случаях хронического среднего

отита с тимпаносклеротической фиксацией слуховых косточек.

Мы определили три главные причины неудовлетворительного исхода тимпаноластики:

1) нарушение приживления трансплантата барабанной перепонки; 2) отторжение протеза слуховых косточек; 3) отсутствие функционального результата.

Таблица 3

Морфологические результаты тимпаноластики при использовании различных трансплантационных материалов для восстановления барабанной перепонки

Вид трансплантата	Удовлетворительный результат	Неудовлетворительный результат
Фасция височной мышцы	146 (84,3%)	27 (14,2%)
Истонченный хрящ и перихондрий	75 (91,5%)	7 (8,5%)
Всего	255 (100%)	34 (10,9%)

Соотношение удовлетворительных и неудовлетворительных результатов тимпаноластики представлено в табл. 4 и 5.

Критерием, используемым для оценки успешности операции, является величина остаточного костно-воздушного интервала. Мы считали отличным результатом уменьшение костно-воздушного интервала до 10 дБ и менее, хорошим – 10-20 дБ, удовлетворительным – 20-30 дБ и неудовлетворительным – 30 дБ и более. Пользуясь этим критерием, мы установили, что удовлетворительный результат при тимпаноластике получен у 84,3% больных, оперированных с использованием фасции височной мышцы, и 91,5% больных – с использованием истонченного хряща и перихондрия. Нужно отметить преимущества хряща: он не деформируется, держит форму, не проваливается в барабанную полость.

Изучение 25 случаев проведения реоперации позволило определить некоторые причины неудач. У 2 больных протез был коротким, а у 4 больных имелось смещение протеза. Фиксация протеза рубцами встретилась у 6 больных, а в остальных случаях причиной реоперации было повторное образование перфорации в неотимпанальной мембране. Неудачное приживление трансплантата барабанной перепонки с образованием в нем дефекта имелось у 10,8% оперированных больных.

У 3 больных имелась дисфункция слуховой трубы, которая могла быть причиной ателектаза среднего уха и отторжения протеза. У 2 больных имелся рецидив холестеатомы в аттике, следствием которого явилось отторжение протеза.

Таким образом, функциональные результаты тимпаноластики с использованием протезов слуховых косточек из титана примерно такие же, как и в применении хряща и косточек. Преимущество готовых протезов из титана в том, что они позволяют стандартизировать операции и, следовательно, сократить время операции. Хорошие результаты получены при использовании хряща и перихондрия козелка для замещения дефекта барабанной перепонки, не уступающие таковым, когда трансплантатом служит фасция височной мышцы. Применены протезы слуховых косточек из титана с интерпозицией хряща между протезом и барабанной перепонкой в 78 случаях. Ближайшие результаты такие же, как и при использовании других материалов, а отдаленные результаты более стабильны. Эти протезы хорошо переносятся средним ухом, а при установке хрящевой прокладки между протезом и барабанной перепонкой риск отторжения минимальный. Использование хряща и перихондрия козелка для замещения барабанной перепонки было успешным в 91,5% случаев, что позволяет рекомендовать его при больших и средних дефектах барабанной перепонки.

Литература

1. Бартенева А.А., Козлов М.Я. Проблема тимпаноластики. – М., 1974. – 184 с.
2. Дискаленко В.В., Виноградов И.И. Современное состояние проблемы хирургической реабилитации больных с хроническими воспалительными заболеваниями среднего уха // Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 150-летию со дня рождения Н.П. Симановского. – М., 2004. – С. 152-153.
3. Потапов И.И., Зберовская Н.В., Калина В.О. Тимпаноластика. – М., 1963. – С. 5-12.
4. Пятакина О.К., Савин В.С. Одноэтапная тимпаноластика: метод. письмо. – М., 1980. – С. 16.
5. Пятакина О.К. Миринопластика кожно-слизистым лоскутом при сухом перфоративном отите: метод. рекомендации. – М., 1980. – С. 9.
6. Полякова С.Д. Отдаленные функциональные результаты после реконструктивных и saniрующих операций на среднем ухе // Материалы 16 съезда отоларингологов РФ. – СПб., 2001. – С.123-125.
7. Вульштейн Х. Слухоулучшающие операции. – М., 1972. – С. 144-146.
8. Мирко Тос. Подходы, миринопластика, ossiкулоластика и тимпаноластика // Руководство по хирургии среднего уха. Томск: Изд-во СГМУ, 2004. – Т. 1. – 412 с.

УДК 615.322-616.3.

Бороноев Сергей Афанасьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии, заведующий отоларингологическим отделением РКБ им. Н.А. Семашко, тел. (83012) 219412, 89025639783, e-mail:sergboronoev@yandex.ru

Рябов Михаил Петрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии, врач-консультант РКБ им. Н.А. Семашко, тел. (83012) 455495.

Бороноев Борис Афанасьевич – старший ординатор детского отоларингологического отделения РКБ им. Н.А. Семашко. тел.(83012)436679.

Boronoev Sergey Afanasevich – candidate of medical sciences, associate professor, department of hospital surgery, head of otolaryngologic section, N.A.Semashko RCH, tel. (83012) 219412, 89025639783, e-mail: sergboronoev@yandex.ru

Ryabov Mikhail Petrovich – candidate of medical sciences, associate professor, department of hospital surgery, consultanting physician, N.A. Semashko RCH, tel.(83012)455495.

Boronoev Boris Afanasevich – senior intern, children's otolaryngologic section, N.A.Semashko RCH, tel. (83012) 436679.

К.С. Лоншакова, О.И. Убашеев

ГАСТРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСТРАКТА PENTAPHYLLOIDES FRUTICOSA (ROSACEAE)

Изучено гастропротективное действие нового растительного средства – сухого экстракта пятилистника кустарникового. Установлено, что его профилактическое введение повышает резистентность организма к действию агрессивных ulcerогенных агентов, повышает потенциал антиокислительной системы организма, способствует ускорению регенерации ткани.

Ключевые слова: экстракт, резистентность организма, гастропротективное действие.

K.S. Lonshakova, O.I. Ubasheev

GASTROPROTECTIVE EFFECT OF THE EXTRACT OF PENTAPHYLLOIDES FRUTICOSA (ROSACEAE)

*A gastroprotective effect of a new plant remedy – dry extract of *Pentaphylloides fruticosa* (R.) has been studied. It has been revealed that its use with prophylactic purposes increases the resistance of organism to the effect of aggressive ulcerogenical agents, improves potential of the organism's antioxidant system and promotes the fastness of tissue regeneration.*

Keywords: extract, resistance of organism, gastroprotective effect.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является наиболее часто встречающимся заболеванием желудочно-кишечного тракта. В разные периоды жизни около 10% взрослого населения страдает клинически проявляющейся язвой [4]. Несмотря на значительные успехи в разработке новых направлений лечения и профилактики, в 20-м столетии во всех странах мира

значительно возросла заболеваемость язвенной болезнью желудка [6]. Лечение этой патологии является одной из актуальных проблем медицинской науки и практического здравоохранения [2].

В последние годы значительно возрос удельный вес препаратов растительного происхождения, применяемых для лечения заболеваний пищеварительного тракта. Фитопрепараты находят