**Діденко Василь Йосипович. Використання губчатої аутокістки з кістковим мозком в реконструктивно- пластичній хірургії лор-органів. (Експериментально-клінічні дослідження): Дис... д-ра мед. наук: 14.01.19 / Запорізький держ. ін-т удосконалення лікарів. - Запоріжжя, 2002. - 262арк. : іл. - Бібліогр.: арк. 206-262.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Діденко В.Й**. Використання губчатої аутокістки з кістковим мозком в реконструктивно-пластичній хірургії ЛОР-органів (експериментально-клінічні дослідження). Рукопис.-дисертація на здобуття наукового ступеню доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія.- Київський науково-дослідний інститут оториноларингології ім. проф. О.С.Коломійченка, Київ, 2002.Дисертація присвячена використанню губчатої аутокістки з кістковим мозком в реконструктивно-пластичній хірургії ЛОР-органів з врахуванням їх біопластичних властивостей, досліджених як в експериментальних, так і клінічних умовах. Встановлено, що остеогенез, швидкість перебудови і приживлення губчатого аутотрансплантата залежать від вмісту в ньому кісткового мозку, що найцбільш активно ці процеси проходят при 50% вмісту кісткового мозку, від такого, що знаходиться в суцільному губчатому кістково-мозковому аутотрансплантаті. У 553 хворих на хронічний середній отит, хронічний рецедивний фронтит, атрофічний риніт і озену виконані первинні і вторинні реконструктивно-пластичні операції на післяопераційних порожнинах в скроневій кістці, лобних пазух, в порожнині носа. Віддалені позитивні результати отримані у 98,2% хворих при операціях на вусі, 97,8% оперованих на лобних пазухах, 96,7% у хворих на атрофічний риніт і у 82% на озену. Аутотрансплантація губчатої аутокістки, частково позбавленої кісткового мозку, дозволила не тільки успішно вирішувати проблему морфологічної реабілітації післяопераційних порожнин, але й ефективно покращувати та відновлювати, порушену патологічним процесом, трофіку в тканинах прилеглих структур органу, їх специфічну і неспецифічну резистентність.Це, чи ненайважливіша перевага даного пластичного матеріалу, перед всіма іншими, які використовувались для таких цілей до цього часу. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Губчата аутокістка, володіючи високою остеогенетичністю, швидкою перебудовою і приживленням, пластичністю та стійкістю до інфекції, є досконалим пластичним матеріалом і найбільш повно відповідає задачам та умовам реконструктивно-пластичної хірургії ЛОР-органів.
2. Остеогенез, швидкість перебудови і приживлення губчатого аутотрансплантату залежить від вмісту в останньому кісткового мозку.

Рис.6. Порівняльні дані показників клітинного і гуморального імунітету у осіб контрольної групи та хворих на хронічний середній отит, фронтит, атрофічний рініт та озену (М±м).Примітки: 0 – рівеь значення показників у осіб контрольної групи; \* достовірні відмінності у хворих, при Р< 0,05.Найбільш активно ці процеси проходять в аутотрансплантаті при 50% вмісту кісткового мозку від такого, що знаходиться в суцільному кістково-мозковому аутотрансплантаті..1. Первинні РПО на порожнинах в скроневій кістці, після санаційних операцій вуха, були ефективними в віддаленому післяопераційному періоді у 98,2% оперованих хворих, на порожнинах пазух у 97,8%, при атрофічних ринітах у 96,7%, а при озені – у 82% оперованих хворих.
2. Вторинні РПО на післяопераційних порожнинах в скроневій кістці мали позитивні віддалені результати у 87,8% хворих, на порожнинах лобних пазух у 89,8% оперованих хворих. В основі такої ефективності РПО з використанням губчатої аутокістки, частково позбавленої кісткового мозку, лежать високі біопластичні властивості губчатої аутокістки, остеобіоімуноіндуктивні спроможності кісткового мозку
3. Показанням до первинних і вторинних РПО являються великі післяопераційні порожнини в скроневій кістці, значне оголення твердої мозкової оболонки черепно-мозкових ямок, сигмовидного синуса, фістула лабіринта, виниклі оболонкові та оболонко-мозкові кили і лікворні

нориці; хронічні фронтити з частими рецидивами, травми, поранення лобної пазухи, великі та гігантські остеоми лобних пазух, після видалення яких залишаються косметичні дефекти; атрофічні риніти і озена, при неефективності їх лікування іншими засобами.1. Протипоказанням для первинних і вторинних РПО є виниклі гнійні внутрішньочерепні або внутрішньоочні ускладнення та підозра на їх виникнення, тяжкі соматичні захворювання в стадії декомпенсації, ранній дитячий та похилий вік хворих. Після ліквідації означених ускладнень, але не раніше, ніж через 3 місяці після одужання, РПО можуть бути проведені другим етапом.
2. У 100% хворих на ХГСО, первинний хронічний рецидивний фронтит, атрофічний риніт і озену спостерігається вторинний клітинний і гуморальний імунодефіцит, зниження неспецифічної резистентності як на системному, так і на місцевому рівнях. Через 1 – 3 місяці після РПО у 90,5% оперованих хворих спостерігалась нормалізація виявлених імунних порушень або тенденція до неї. Такі позитивні зміни можна пояснити не тільки елімінацією патологічного процесу, а і безпосереднім впливом трансплантованого мозку (медулотерапія) та утворенням, згодом, нового осередку кровотворення на місці післяопераційної порожнини.
3. Розроблений метод РПО, в порівнянні з відомими способами мастоїдопластики, забезпечує надзвичайно низький (1,8%) відсоток рецидиву холестеатоми вуха, що зумовлено відновленням та покращенням трофічних процесів в тканинах середнього вуха, підвищенням (нормалізацією) їх специфічної і неспецифічної резистентності, зменшенням можливості утворення ретракційних кишень.
4. Для оцінки порушень в імунному статусі і ефективності проведенного лікування при хронічних гнійних процесах в середньому вусі, носі та приносових пазухах, важливе значення має рівень експресії HLA-DR антигенів. Його достовірне зниження, за 15%, корелює з таким в клітинній і гуморальній ланках специфічної та неспецифічної резитсентності. Рівень експресії HLA-DR антигенів може слугува-

ти, на наш погляд, диференційним імунним тестом між атрофічним ринітом і озеною, первинним і вторинним фронтитом.1. Вторинні фронтити, що виникли в результаті поранень, травм, на фоні остеом лобних пазух, не супроводжувались достовірним порушенням в клітинній та гуморальній ланках специфічної і неспецифічної резистентності організму хворих, в той час, коли при первинних хронічних гнійних фронтитах такі порушення були достовірними, в тому числі зниження рівня експресії HLA-DR антигенів. Все це говорить про те, що ці процеси в лобних пазухах носять різний якісний характер: первинні фронтити виникають і розвиваються на фоні первинних імунодефіцитів і, завдяки їм, в той час, коли при вторинних фронтитах зміни в імунному статусі лежать в межах реакцій імунної відповіді організму на патологічний процес.
 |

 |