**Сребняк Ілона Анатоліївна. Клініко-лабораторне обгрунтування тактики хірургічного лікування хворих на хронічний гнійний середній отит з холестеатомою та соціально-адекватним слухом : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2002.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ***Сребняк І.А.****Клініко-лабораторне обґрунтування тактики хірургічного лікування хворих на хронічний гнійний середній отит з холестеатомою та соціально-адекватним слухом. – Рукопис.*  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук по спеціальності 14.01.19 – оториноларингологія. – Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка Академії медичних наук України, Київ, 2002.  Оригінальний спосіб ощадливої ендомеатальної слухозберігаючої сануючої операції з пластикою трепанаційної порожнини вільним м’язево-сполучнотканинним клаптем дозволяє видалити холестеатому та зберегти передопераційний нормальний або соціально-адекватний рівень слуху внаслідок збереження неушкоджених патологічним процесом елементів трансмісивного механізму середнього вуха. Запропонованим способом прооперований 41 хворий, у 37 (90,2%) з яких у віддаленому післяопераційному періоді отримано позитивний клініко-морфологічний результат. При статистичному аналізі функціональних результатів операції показано відсутність відмінностей у порогах сприйняття кістково- та повітряно-проведених звуків і значень кістково-повітряного інтервалу до та після операції (P>0,95; p<0,05). Розроблений спосіб дозволив підвищити ефективність лікування хворих на ХГСО з холестеатомою.  Визначені клініко-лабораторні фактори агресивності холестеатоми: давність захворювання до 6-8 років, вузький вхід в холестеатомну порожнину (до 4 мм2), агресивна мікрофлора в ексудаті з вуха – синьогнійна паличка, протей та поєднання цих мікроорганізмів, наявність інвазивної форми холестеатоми, підвищення активності сукцинатдегідрогенази і лактатдегідрогенази в матриксі та периматриксі, наявність значної кількості судин в периматриксі, висока активність аденозинтрифосфатази в стінках кровоносних судин, підвищення активності фосфомоноестераз в сироватці крові хворих, ексудаті з вуха та перифокальних тканинах. | |
| |  | | --- | | 1. Встановлена залежність клінічного перебігу хронічного гнійного середнього отиту, ускладненого холестеатомою, від її анатомопатологічної форми. Для інкапсульованої форми холестеатоми характерні загострення у вигляді отореї не більше 2-3 разів на рік, для інвазивної – 3-4 рази і більше або постійна оторея з наявністю характерних загальноклінічних ознак запалення. 2. Визначені клінічні ознаки агресивності холестеатомного процесу – тривалість захворювання 6-8 років з загостреннями до 5-6 разів на рік або постійною отореєю; вузький вхід в холестеатомну порожнину (до 4 мм2); агресивна мікрофлора в ексудаті з вуха: наявність синьогнійної палички, протея та поєднання цих мікроорганізмів; інвазивна анатомопатологічна форма холестеатоми. 3. Розроблено оригінальний спосіб ощадливої ендомеатальної слухозберігаючої сануючої операції з пластикою трепанаційної порожнини вільним м’язево-сполучнотканинним клаптем у хворих на ХГСО з холестеатомою, які мали перед операцією нормальний або соціально-адекватний рівень слуху. 4. В результаті застосування запропонованого способу операції соціально-адекватний передопераційний рівень слуху був збережений в 98% спостережень (не визначено статистично вірогідної різниці в порогах сприйняття кістково- та повітряно-проведених звуків і значень кістково-повітряного інтервалу до та після операції (Р>0,95)). Позитивний клініко-морфологічний результат у віддаленому періоді після операції був отриманий в 90,2% спостережень. 5. Встановлено суттєве підвищення активності лужної та кислої фосфатаз в сироватці крові, слизовій оболонці та кістковій тканині хворих на ХГСО з холестеатомою порівняно з активністю цих ферментів у хворих на ХГСО без холестеатоми, причому відмічена найбільш висока їх активність в сироватці крові хворих з інвазивною формою холестеатоми. 6. Гістохімічними показниками, які характеризують агресивність холестеатомного процесу, є високий рівень кератиноутворення, що супроводжується підвищенням активності СДГ, ЛДГ в матриксі, периматриксі та АТФ-ази в стінках кровоносних судин периматриксу і складає відповідно при інвазивній формі холестеатоми 14,85±2,05; 10,55±2,75 та 14,45±2,38 у.о. (при інкапсульованій формі ці показники дорівнювали 10,55±2,75; 9,33±3,85 та 12,76±1,57 у.о. відповідно). 7. Інкапсульованій формі холестеатоми притаманна підвищена функціональна активність епітеліоцитів, інтенсивне утворення кератогіаліну, колагену та незначна клітинна інфільтрація. Для інвазивної форми холестеатоми характерним є посилення деструктивно-дистрофічних явищ з переважанням літичних процесів в епітеліоцитах матриксу, явищ каріопікнозу, появою підвищеної кількості клітин з лізосомами як в матриксі, так і в периматриксі, значних пошкоджень ендотеліоцитів, вираженої клітинної інфільтрації та наявності значної кількості кровоносних судин в периматриксі. | |