

*Секция: Восстановительная медицина,
спортивная медицина, лечебная физкультура,
курортология и физиотерапия.*

МИРХАЙДАРОВА З.М.

*Врач-физиотерапевт Научно-исследовательский лечебно - оздорови-
тельный центр «Здоровье и долголетие», г.Уфа, Россия*

**ФАРМАКОПУНКТУРА БИОМАТЕРИАЛОМ «АЛЛОПЛАНТ»
В КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭКССУДАТИВНОГО
СРЕДНЕГО ОТИТА.**

В последние годы наблюдается значительное увеличение воспалительной патологии среднего уха, в том числе экссудативного среднего отита (ЭСО) [1, с.25]. Большое значение в патогенезе ЭСО имеет состояние локального иммунитета, при этом в развитии экссудативной фазы воспаления большую роль играет гуморальный иммунный ответ, а в пролиферативной фазе – элементы клеточного иммунитета. При функциональной несостоятельности клеточного иммунного ответа накапливается густой и вязкий секрет, который приводит к нарастанию обструкции полости среднего уха с последующим развитием тимпанофиброза. [7, с.11]. Низкая эффективность консервативного и хирургического лечения хронической формы ЭСО обуславливает необходимость поиска рационального лечения на ранних стадиях, включающего методы профилактики фиброза барабанной полости. [2, с.93; 7, с.59]. Современная восстановительная терапия рекомендует применение природных биологически-активных веществ в комплексном лечении. Биоматериал «Аллоплант», изготавливаемый на основе измельченных биологических тканей, применяется для активации обменных процессов и стимуляции регенерации. Одним из эффективных способов введения «Аллопланта», является фармакопунктура (RU № 2238076, МПК А 61 Н 39/08, от 20.10.2004), которая воздействует на регуляцию секреторной активности слизистой оболочки и ее локальный иммунитет. [4, с.37]. Изучение клинической эффективности фармако-

пунктуры биоматериалом «Аллоплант» в комплексной терапии экссудативного среднего отита представляется актуальным.

Цель исследования: изучение эффективности фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант» в комплексном лечении пациентов с ЭСО.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования были 83 пациента с диагнозом экссудативный средний отит, из них 37(44,5%) женщин и 46(55,5%) мужчин в возрасте от 20 до 64 лет, средний возраст составил $41,6 \pm 2,3$ лет, с длительностью заболевания от 2 недель до 3 месяцев. Диагноз экссудативный средний отит верифицировался согласно МКБ 10 (H65.2, H65.3). Контрольную группу составили 22 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Проводился клинический осмотр с отомикроскопией барабанной перепонки и глоточного устья слуховой трубы назофарингоскопом XION (Германия). Вентиляционная функция слуховой трубы оценивалась с помощью акустической импедансометрии по методике ISO 8253-1 на аудиометре-тимпанометре AA-220xp Interacoustics(Дания). Оценка нарушения слуха проводилась по Международной классификации тугоухости, утвержденной ВОЗ (1997). Из лабораторных методов исследования проводился анализ мазков-перепечатков слизистой глоточного устья слуховой трубы. Показатель незавершенного фагоцитоза рассчитывали по методике: $Nd/(Nc+Nd)100$, где Nd - число де-структурированных нейтрофилов, Nc - число целых нейтрофилов, содержащих в цитоплазме микроорганизмы, вакуоли и включения.[3, с.89] Согласно протокола исследования все пациенты с ЭСО были разделены на 2 группы: I группа сравнения (n=40), получала базисную консервативную терапию (местные глюкокортикостероиды (мометазона фураат), противовоспалительные (эреспал), адреномиметики (отривин); II группа основная (n=43), дополнительно к базисной терапии применяли акупунктурное введение диспергированного биоматериала «Аллоплант», который разводили

в соотношении: 50 мг биоматериала на 10 мл физиологического раствора, количество инъекций за один сеанс составило 10-12 по 0,3-0,5 мл в одну точку, курс лечения 7 сеансов через день. Биологически-активные точки при лечении ЭСО подбирались согласно Международной акупунктурной номенклатуре [7] : SI4 (вань-гу), SI17 (тянь-жун), GB2 (тин-хуэй), GB8 (шуай-гу), GB10 (фу-бай), GB11(тоу-цяо-инь), GB12 (вань-гу), GV14 (да-чжуй), GV20 (бай-хуэй), GV22 (синь-хуэй), LI4 (хэ-гу), ST36 (цзу-сань-ли), TE20 (цзяо-сунь), TE21 (эр-мэнь). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica V6.0 for Windows. Выборка исследовалась на нормальность по методике Колмогорова-Смирнова, значимость различий оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение Пациенты с ЭСО предъявляли жалобы на заложенность уха, чувство полноты в ухе, снижение слуха, у 32 (38,5%) отмечался шум в ушах, у 12 (14,4%) ощущение переливания жидкости, у 10(11,9%) явление аутофонии. Отоскопическая картина барабанной перепонки у пациентов с ЭСО отличалась полиморфизмом: выбухание или втянутость, мутность барабанной перепонки, отсутствие светового конуса, изменение цвета барабанной перепонки (розовый, желтоватый), расширение сосудов по ходу рукоятки молоточка. Результаты аудиометрии у пациентов с ЭСО показали, что начальная степень снижения слуха(до 25 дБ) была выявлена у 25 (30,1%), I степень тугоухости (26-40дБ) у 32 (38,6%), II степень (41-55дБ) у 26 (31,3%) лиц. При оценке нарушения вентиляционной функции слуховой трубы по данным акустической импедансометрии у 32 (38,6%) пациентов с ЭСО выявили кривые типа «С» с отклонением пика в сторону отрицательного давления (до -200 daPa и более); у 51 (61,4%) отмечались уплощенные горизонтальные кривые типа «В» и акустический рефлекс не регистрировался, что соответствовало наличию экссудата в полости среднего уха. При исследовании мазков-перепечатков со

слизистой устья слуховой трубы были обнаружены нейтрофилы и в незначительном количестве макрофаги, показатель незавершенного фагоцитоза в контрольной группе был на уровне 37,5%, а у пациентов с ЭСО составлял 68,4%, что отражало функциональную несостоятельность нейтрофилов и макрофагов. В процессе проведенного лечения у пациентов с ЭСО наблюдалась положительная клиническая динамика, на фоне фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант» уменьшение дискомфортных ощущений отмечалось на 3-4 день, а в группе сравнения на 5-6 день. В результате лечения у пациентов с ЭСО наблюдалось улучшение функциональной активности клеток местного иммунитета: показатель незавершенного фагоцитоза в мазках-перепечатках в I группе снизился до 51,2% , а во II группе до 38,6%, что было сопоставимо с данными контрольной группы и свидетельствовало о клинической эффективности фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант». Анализ проводимого нами лечения у пациентов с ЭСО показал хороший результат с улучшением отоскопической картины, полным восстановлением функции слуховой трубы и нормализацией порогов слуха по данным аудиометрии в I группе у 24 (60%) и во II группе у 30 (69,2%) лиц. Удовлетворительный результат лечения с улучшением функции слуховой трубы и уменьшением порогов слуха на 10 дБ и более отмечался в I группе у 9 (22,5%) и во II группе у 10 (23,3%) пациентов. Неудовлетворительный результат – при отсутствии положительной динамики, что отражало развитие фиброза и переход в хроническую стадию – в I группе был у 7 (17,5%), тогда как во II группе только у 3(6,9%), что свидетельствует о положительном клиническом эффекте фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант».

Заключение Результаты проведенного исследования выявили нарушение локального иммунитета среднего уха у пациентов с ЭСО: отмечалось снижение функциональной активности фагоцитов (показатель неза-

вершенного фагоцитоза 68,4%). У пациентов, которым применяли фармакопунктурное введение биоматериала «Аллоплант», наблюдалось более быстрое восстановление вентиляционной функции слуховой трубы и нормализация локального иммунитета среднего уха (показатель незавершенного фагоцитоза снизился до 38,6%), что позволяет рекомендовать фармакопунктурное введение биоматериала «Аллоплант» в комплексном консервативном лечении экссудативного среднего отита.

Литература:

1. Бурмистрова Т.В. Современные этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита / Т.В. Бурмистрова // Российская оториноларингология. - 2004. - № 1(8). – 58 с.
2. Магомедов М. М., Никиткин А. Ю. Экссудативный средний отит. Современные представления и актуальность проблемы// Вестник оториноларингологии 2012. - №5. – 96 с.
3. Маянский А.Н., Маянский Д.Н. Очерки о нейтрофиле и макрофаге. Новосибирск: Наука, 1989 – 254 с.
4. Муслимов С.А. Морфологические основы применения аллогенных биоматериалов в регенеративной хирургии: автореф. дис. – Уфа - 2001 – 45 с.
5. Овечкин А.М. Основы чжэнь-цзю терапии, Саранск.- 1991г. –316 с.
6. Стратиева, О.В. Сенсоневральная тугоухость в раннем периоде экссудативного среднего отита / О.В. Стратиева, Н.А. Арефьева, Г.М. Салакова // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1998. - №1(13).- 58 с.
7. Williamson, I. Otitis media with effusion / I. Williamson // Clinical evidence. - 2001. - № 5. – 69 p.