

нэктомия. Обследование проводилось до и после (на 7сутки) оперативного лечения. Для оценки болевых ощущений использована визуально-аналоговая шкала (ВАШ), опросник Роланда-Морриса. Качество жизни исследовали при помощи опросника «Краткая форма изучения медицинских итоговых параметров MOS SF 36» (SF-36). Результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента. Результаты: До выполнения интергемиламинэктомии больший удельный вес – 12 (86%) человек – составляли лица с выраженным болевым синдромом (8-9 баллов по ВАШ). После оперативного лечения болевой синдром значительно регрессировал (0-3 балла по ВАШ). Согласно опросника Роланда-Морриса, улучшение жизнедеятельности в послеоперационном периоде более, чем на 50% выявлено у 11 (77%) обследованных. Согласно опроснику SF 36, после выполнения интергемиламинэктомии несколько возросла ($p=0,04$) физическая активность (PF), в то время как уровень физического здоровья (RP), позволяющий выполнять обычную работу, не изменился. Причем около 60% пациентов оценили свои способности к ролевому (физическому) функционированию (RP) как нулевые. Показатель социального функционирования (SF) в послеоперационном периоде, определяемый степенью ограничения общения, повысился ($p=0,03$) по сравнению с дооперационным состоянием. Болевой синдром (BP), ограничивающий повседневную активность, в послеоперационном периоде значительно регрессировал ($p=0,001$). Общая оценка состояния своего здоровья (GH) и жизненная активность (VT) после операции значительно выросли ($p=0,003$, $p=0,004$), в то время как на оценку эмоционального функционирования (RE) оперативное лечение достоверно не повлияло. Показатель психического здоровья (MH), отражающий настроение, наличие депрессии и тревоги, достоверно ниже у пациентов до операции ($p=0,029$). Выводы: Оперативное лечение дискогенных радикуллопатий приводит к значительному уменьшению болевого синдрома, улучшению качества жизни: возрастанию физической и жизненной активности, улучшению психического здоровья, возрастанию социального функционирования.

Плавская О.К., Овчинников В.А, Андросюк К.Л.

ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ, КОМПЬЮТЕРНОЙ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИЙ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Овчинников В.А. к.м.н, доцент

Многие вопросы уточненной диагностики злокачественных опухолей гортани и глотки остаются недостаточно решенными [1]. Компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и сонография могут дать дополнительные диагностические возможности для оценки распространенности опухолей шеи, включая лимфатические узлы. Целью работы явилось изучение информативности КТ, МРТ и сонографии для определения распространенности рака гортани и гортаноглотки, включая метастазы в шейные лимфатические узлы. Материалы и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования 43 больных раком гортани и гортаноглотки. У всех больных диагноз верифицирован морфологически – плоскоклеточный рак. Все больные мужчины. Возраст от 42 до 75 лет. У 31 больного был рак гортани (72,1%), у 12 (27,9%) больных рак гортанной части глотки. Преобладала распространенность первичной опухоли Т3 и Т4 – 24 больных (55,8%). Метастатическое поражение шейных лимфатических узлов было отмечено в 21 случае (58,1%). Всем больным проведено клиническое обследование, ларинго – и фарингоскопия, МРТ, КТ гортани, сонография шеи. КТ выполнялась на многосрезовом спиральном компьютерном томографе «General electric Pro 32», МРТ проводилась на магнитном томографе «Philips Gyroscan Intera», напряженность магнитного поля 1 Т. Получали Т2 – взвешенные изображения в аксиальной, сагиттальной и фронтальной плоскостях. Ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи выполнялось методом двухмерной сонографии детектором на аппарате «Siemens Sonoline-SL-2» с использованием линейного датчика с частотой 7,5 МГц. Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных у больных раком гортани и глотки установлена при помощи КТ и МРТ степень инфильтрации опухоли в окружающие ткани ($n = 23$; 53,5% и $n = 30$; 69,8%), что

не было выявлено при помощи других способов визуализации (ларинго – и фарингоскопия). Метастазы в лимфатические узлы шеи пальпаторно, при сонографии, КТ, МРТ установлены у 25 больных (58,1%). Пальпаторно увеличенные лимфатические узлы шеи определялись у 13 больных (30,2%). Методом УЗИ и МРТ определены признаки метастазов в лимфатические узлы шеи у всех 25 (58,1%) пациентов с неопластическим поражением лимфатических узлов шеи, что превысило возможности пальпации ($p < 0,05$). Выводы: Сонография, магнитно-резонансная томография существенно превышают возможности пальпации в выявлении метастазов в лимфатические узлы шеи при раке гортани и гортаноглотки. Сонография не уступает магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии в выявлении метастазов в лимфатические узлы шеи при раке гортани и гортаноглотки. Список литературы 1. Сперанская А.А., Черемисин В.М. Компьютерно-томографическая диагностика новообразований глотки, челюстно-лицевой области и гортани. – СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – 118 с.

Плавский Д.М., Макаревич Е.Ю.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТИМПАНОПЛАСТИКИ I ТИПА
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Хоров О.Г., д.м.н, профессор

Одной из значимых причин нарушения слуха является хронический гнойный средний отит. Стабильная и высокая заболеваемость населения данной патологией на протяжении многих лет делает актуальными поиски, направленные на повышение эффективности оказания помощи этим пациентам. Цель: проанализировать отдаленные результаты тимпаноластики I типа. Материалы и методы: Функциональные результаты оценивали по сокращению костно-воздушного интервала и увеличению количества пациентов с социально-адекватным уровнем слуха. Под нашим наблюдением находилось 68 пациентов с хроническим гнойным средним отитом, которым была произведена ТП I типа. Операция выполняли заушным доступом у 60 (88,2%) пациентов, внутриушным у 8 (11,8%) пациентов. Для восстановления целостности барабанной перепонки использовали: свободный аутоотрансплантат фасции височной мышцы и аллогенную хрящевую пластинку с насечками, выполненными по авторской методике у 49 (72,1%) пациентов, хондроперихондральный аутоотрансплантат ушной раковины или козелка с нанесенными насечками у 19 (27,9%) пациентов. Результаты: через 24 месяца после операции произошло сокращение костно-воздушный интервал с 30 дБ (30,0; 30,0) до 10 дБ (10,0; 10,0). Количество пациентов с социально-адекватным уровнем слуха достоверно возросло с дооперационных 29 (42,6%) до 45 (86,5%) человек в отдаленном периоде наблюдения. Размер эффекта в зоне низких частот составил 1,07, в зоне средних – 1,03, в зоне высоких – 0,97. Выводы: 1. В отдаленном послеоперационном периоде получен высокий и стабильный функциональный результат, что подтверждено приведенными выше данными, $p < 0,05$. 2. Достижение высокого положительного результата не зависело от размеров перфорации барабанной перепонки, а также от используемого пластического материала, $p > 0,05$.

Плавский Д.М., Прокопович Д.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИИ НАРУЖНОГО
СЛУХОВОГО ПРОХОДА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Хоров О.Г., д.м.н, профессор

Пороки развития наружного и среднего уха встречаются у 1-2 человек на 10000 населения. У мужчин их частота в 2 раза больше, чем у женщин. Среди различных врождённых аномалий развития органа слуха наиболее распространена атрезия или заращение наружного слухового прохода. При этом, как правило, она сочетается с другими дефектами формирования среднего уха и является лишь частью обширной врождённой патологии развития черепа. В нашей клинике с 2007 года мы занялись решением данной проблемы. Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения атрезии наружного слухового прохода после выполнения меатотимпано-