

складку производилась после двухэтапного консервативного лечения. У 6 пациентов перед операцией консервативная терапия практически не проводилась.

ХКАТА в голосовую складку проводилась по двум методикам, в зависимости от расположения неподвижной голосовой складки во фронтальной плоскости.

В контрольную группу вошли 23 пациента, схожих по возрасту и полу, пришедших на профилактический осмотр.

До и после операции, а также не менее чем через 3 года проводилась эндоскопическая ларингоскопия, видеоларингостробоскопия, экспертная оценка охриплости, субъективная самооценка «потерянных» функций гортани по визуальной аналоговой 100 миллиметровой шкале, определение максимального времени фонации и индекса закрытия голосовой щели.

Результаты и обсуждение. Голосовая складка до ХКАТА у всех пациентов была белесовата, эскавирована, тоньше противоположной. У 15 пациентов находилась выше, у 8 — ниже симметричной складки. По положению к медианной оси, неподвижная голосовая складка была у 5 пациентов в латеральном положении, у 14 — в интермедианном и у 4 — в парамедианном положении. Хочется отметить, что у 6 пациентов не проходивших консервативного лечения до ХКАТА неподвижная голосовая складка была значительно смещена по вертикальной оси; в 4 случаях в латеральном и в 2 — интермедианном положении.

У 18 пациентов с дооперационным максимальным временем фонации (МВФ) более 9 секунд, показатели функций гортани и субъективная самооценка через три года после хирургической клеточной аутотрансплантации адипоцитов в голосовую складку достоверно не отличался от контрольной группы. У 5 пациентов с дооперационным МВФ от 4 до 9 сек. объективные и субъективные показатели значительно улучшены.

Выводы

Хирургическая клеточная аутотрансплантация адипоцитов в голосовую складку — универсальная и эффективная амбулаторная операция для восстановления функций гортани при синдроме одностороннего ограничения подвижности гортани после операции на щитовидной железе у пациентов с максимальным временем фонации более 4 сек.

М. В. ОЛИЗАРОВИЧ, А. С. КРАВЧЕНКО, Е. В. ТЕСНОВЕЦ

ИЗМЕНЕНИЕ РАЗМЕРА ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПО ДАННЫМ КТ И МРТ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»*

Неврологические проявления при поясничном остеохондрозе характеризуются ремитирующим течением. При этом величина выпячивания межпозвонкового диска не всегда отражается на клинической симптоматике. В связи с этим, только проведение КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника в динамике может верифицировать прогрессирующее формирование грыжи межпозвонкового диска.

Цель. Анализ величины выпячивания поясничных межпозвонковых дисков в динамике.

Материал и методы. Проведена оценка компьютерно-томографических заключений 40 пациентов с неврологическими проявлениями остеохондроза поясничного отдела позвоночника, лечившихся или консультированных в нейрохирургическом отделении УГОКБ за период 2008–2013 гг. Анализировался наибольший сагиттальный размер выпячивания.

В данной группе 16 (40,0 %) пациентам выполнена МРТ и 24 (60,0 %) — КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Временной интервал между исследованиями составил от 6 мес до 8 лет, средний — $2,9 \pm 1,4$ г. Оценке подлежали межпозвонковые диски LIV–LV и LV–SI.

Результаты и обсуждение. Исследованная группа состояла из 21 (77,4 %) мужчины и 19 (22,6 %) женщин в возрасте от 27 до 64 лет, средний возраст составил $44,6 \pm 7,2$ лет. Городских жителей было 29 (72,5 %) чел.

Изменение размеров выпячивания межпозвоночных дисков в позвоночный канал на уровне LIV–LV представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Динамика изменения размеров межпозвоночных грыж на уровне LIV–LV у пациентов исследуемой группы в процессе лечения.

Динамика размера грыж, мм	Уменьшение размера				Увеличение размера			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	п	%	п	%	п	%	п	%
1–2	2	5,0	4	10,0	7	17,5	1	2,5
3–4	0	0	0	0	3	7,5	0	0
5–6	0	0	3	7,5	0	0	0	0
10 и более	0	0	0	0	1	2,5	0	0

Как следует из таблицы, увеличение размеров протрузии на данном уровне с течением времени было более характерно для мужчин (11 чел. — 27,5 %). Превалировало увеличение до 2 мм. Уменьшение размера выявлено преимущественно у женщин (7 чел. — 17,5 %). Стабильная томографическая картина отмечена у 11 (27,5 %) женщин и 8 (20,0 %) мужчин.

Динамика размеров выпячивания пульпозного ядра межпозвоночного диска на уровне LV–SI представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Изменение размеров выпячивания пульпозного ядра межпозвоночного диска на уровне LV–SI

Динамика размера выпячивания пульпозного ядра, мм	Уменьшение размера				Увеличение размера			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	п	%	п	%	п	%	п	%
1–2	4	10,0	3	7,5	6	15,0	2	5,0
3–4	0	0	1	2,5	4	10,0	3	7,5
5–6	0	0	0	0	2	5,0	1	2,5
7–9	0	0	1	2,5	1	2,5	0	0

Согласно полученным данным, прогрессирование процесса чаще встретилось у мужчин (13 чел. — 32,5 %), чем у женщин (6 чел. — 15,0 %). Отсутствие динамики на этом уровне было у 8 (20,0 %) женщин и 4 (10,0 %) мужчин.

Выводы

1. На уровне LIV–LV увеличение размеров протрузии межпозвоночного диска с течением времени было наиболее характерно для мужчин. Склонность к регрессии выпячивания межпозвоночного диска наблюдалась преимущественно у женщин.

2. На уровне LV–SI уменьшение размеров выпячивания пульпозного ядра межпозвоночного диска не имело убедительного гендерного преобладания (у женщин 12,5 % против 10,0 % у мужчин).

О. А. ПАВЛЮЩЕНКО

ABC/VCN-АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ УГОКБ ЗА I ПОЛУГОДИЕ 2014 г.

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

ABC (англ. Activity Based Costing)-анализ — метод функционального учета затрат. Данный вид клинико-экономического анализа позволяет изучить структуру используемых ле-