

3. Atallah I., Dupret A., Carpentier A. et al. Role of intraoperative neuromonitoring of the recurrent laryngeal nerve in high-risk thyroid surgery // J. Otolaryngol. Head Neck. Surg. – 2009; 38 (6): 613–8.
4. Barczyński M., Konturek A., Hubalewska-Dydejczyk A. et al. Randomized clinical trial of bilateral subtotal thyroidectomy versus total thyroidectomy for Graves' disease with a 5-year follow-up // Br. J. Surg. – 2012; 99 (4): 515–22.
5. Cernea C., Brandão L., Hojaij F. et al. Negative and positive predictive values of nerve monitoring in thyroidectomy // Head Neck. – 2012; 34 (2): 175–9.
6. Feliciano D., Lyons J. Thyroidectomy is optimal treatment for Graves' disease // J. Am. Coll. Surg. – 2011; 212 (4): 714–20.
7. Giannopoulos G., Kang S., Jeong J. et al. Robotic thyroidectomy for benign thyroid diseases: a stepwise strategy to the adoption of robotic thyroidectomy (gasless, transaxillary approach) // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2013; 23 (3): 312–5.
8. Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis: Management Guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. THYROID Volume 21, Number 6, 2011 Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/thy.2010.0417 55 c.
9. Jamski J., Jamska A., Graca M., et al. Recurrent laryngeal nerve injury following thyroid surgery // Przegl. Lek. – 2004; 61 (1): 13–6.
10. Karamanakis S., Markou K., Panagopoulos K. et al. Complications and risk factors related to the extent of surgery in thyroidectomy. Results from 2,043 procedures // Hormones (Athens). – 2010; 9 (4): 318–25.
11. Koulouris C., Papavramidis T., Pliakos I. et al. Intraoperative stimulation neuromonitoring versus intraoperative continuous electromyographic neuromonitoring in total thyroidectomy: identifying laryngeal complications // Am. J. Surg. – 2012; 204 (1): 49–53.

RISK FACTORS FOR POSTOPERATIVE LARYNGEAL PARALYSIS IN TOXIC GOITER

Professor **E. Ilyicheva**¹, MD; **I. Tarnueva**¹; **V. Makhutov**², Candidate of Medical Sciences

¹Research Center for Reconstructive and Restorative Surgery, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences, Irkutsk
²Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk

By analyzing the results of surgical treatment in patients with diffuse and multinodular toxic goiter, the authors consider the risk factors for laryngeal paralysis, which include the annual number of operations associated with the exposure of recurrent laryngeal nerves and the presence of hypocalcemia in late postoperative periods.

Key words: diffuse toxic goiter, Graves' disease, multinodular toxic goiter, thyroidectomy, maximum subtotal resection, postoperative laryngeal paralysis.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ НА УХЕ

З. Камалова, кандидат медицинских наук
 Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, РКБ им. Г.Г. Куватова
E-mail: 999box@mail.ru

Представлены варианты хирургического лечения больных, перенесших радикальную операцию на ухе. Восстановить естественную архитектуру наружного уха позволяет реконструкция старой радикальной полости с тимпанопластикой.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, радикальная операция на ухе, реконструкция старой радикальной полости, тимпанопластика.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) остается одной из актуальнейших проблем оториноларингологии. Особое место среди больных ХГСО занимают пациенты, перенесшие радикальную операцию (РО) на ухе. Наличие трепанационной полости обязывает этих пациентов всю жизнь беречь оперированное ухо от воды, а также периодически (1 раз в 6 мес) посещать отоларинголога для проведения туалета полости. Несоблюдение этих условий может приводить к инфицированию эпидемизированной полости и периодической оторее.

Кроме того, у ряда больных санирующий эффект после РО (синонимы – общеполостная операция, санирующая операция открытого типа) оказывается нестойким, у них сохраняются жалобы на тугоухость, выделения из уха, ушной шум, головную боль, вестибулярные расстройства. Этот комплекс симптомов сходен с симптоматикой ХГСО, что свидетельствует о несовершенстве РО, являющейся по существу ампутацией среднего уха. Ю.П. Толстов (1995) предложил называть такой симптомокомплекс болезнью оперированного уха (БОУ).

По данным К.В. Еремеевой [3], каждого 2–3-го пациента, перенесшего РО на среднем ухе, беспокоит гноетечение из послеоперационной полости. Выделения из уха [5] наблюдались у 29,2% пациентов с БОУ, ушной шум и головная боль – у 32,7%, вестибулярные расстройства – у 50,4%, снижение слуха – у 100% [5].

По данным В.Е. Кузюкова [4], при ХГСО качество жизни достоверно ниже, чем у здоровых трудоспособного возраста, и ухудшается с усилением выраженности симптомов заболевания. Наиболее низкие показатели качества жизни у пациентов, страдающих БОУ, несколько выше – при мезо- и эпитимпаните.

Ведение пациентов с БОУ вызывает бурные дискуссии. До недавнего времени приоритетным считался консервативный подход, который часто не позволял добиться стойкой ремиссии. При таком подходе затраты на лечение «ошеломляющие» [3], принимая во внимание частые визиты к врачу для проведения туалета уха, использование большого количества топических препаратов для лечения, периоды временной нетрудоспособности, повторное стационарное лечение, ограничение в выборе профессии, снижение качества жизни, а иногда – инвалидизация пациента.

Хирургическое лечение при БОУ, как правило, ограничивалось ревизией трепанационной полости с удалением грануляций, полипов, холестеатомы и т.п. Постепенно отношение к повторной операции стало кардинально меняться [1, 2, 6], однако единого мнения среди отохирургов о показаниях и тактике хирургической реабилитации при БОУ нет. Одни авторы считают, что повторная операция должна включать только saniрующий этап, направленный на элиминацию патологического процесса и устранение недостатков первичного хирургического вмешательства (высокой шпоры, костных навесов), по мнению других, одной санации недостаточно – необходимо восстановить архитектуру среднего уха (реконструктивный этап), тем самым устранить предрасполагающие к воспалению условия [3].

Мы считаем необходимым добиться реабилитации пациента, т.е. устранить оторею, снять ограничения на мытье в душе и купания, избавить пациента от необходимости регулярных ЛОР-осмотров, улучшить или восстановить у него слух. Для реализации этой цели в ЛОР-отделении РКБ им. Г.Г Куватова мы выполняем:

- плановые saniрующие операции при эпитимпаните в большинстве случаев с реконструкцией задней стенки наружного слухового прохода (НСП) и одномоментной тимпанопластикой. Исключением являются случаи, когда реконструкция противопоказана;
- при наличии полости после РО в зависимости от мотивации пациента может быть выполнена либо вторичная тимпаноластика в полости после РО (трепанационная полость остается), либо реконструкция старой радикальной полости с тимпанопластикой.

Вторичная тимпаноластика в полости после РО выполняется в случаях, когда полость небольшая, эпидермизированная, морфологически состоятельная. Основной мотивацией пациента является улучшение слуха. Пациент согласен мириться с наличием полости после РО, в том числе с необходимостью беречь ухо от воды и наблюдаться у отоларинголога. «Плюсы» операции: она относительно несложная, непродолжительная, выполняется под местной анестезией (возможность контроля слуха на операционном столе).

В 2012 г. вторичная тимпаноластика в полости после РО выполнена у 14 больных (8 – мужского и 6 – женского пола). Заживление (эпидермизация полости после РО, восстановление целостности барабанной перепонки) наступило к 14–18-му дню после операции. Для ossiculoplastики в зависимости от ситуации (наличие или отсутствие суперструктур стремени) были использованы частичные (PORP) или тотальные (TORP) титановые протезы (соответственно у 9 и 5 больных).

Для характеристики состояния слуха до операции и функциональных результатов после вмешательства оценивали средние пороги воздушного звукопроводения (СПВЗ) и костно-воздушный интервал (КВИ) в речевом диапазоне частот (500, 1000, 2000, 4000 Гц). Результаты представлены в виде $M \pm m$, где M – средняя арифметическая, m – ее стандартная ошибка. Показатели слуха до операции и функциональные результаты в исследуемой группе приведены в табл. 1.

Реконструкция старой радикальной полости с тимпанопластикой выполняется при наличии «плохой» полости, полости больших размеров, полости с недостатками первичного хирургического вмешательства, а также в случаях, когда пациент мотивирован на кардинальное решение своей

проблемы: устранение отореи, снятие ограничений на мытье в душе и купания, отсутствие необходимости наблюдения ЛОР-врача, улучшение или восстановление слуха. Методика реконструкции старой радикальной полости преследует цель восстановить естественную архитектуру НСП, его резонансных характеристик. Кроме того, при сочетании с тимпанопластикой возможны достижение хорошего функционального результата и снятие ограничений на мытье в душе и купания, что означает полную реабилитацию этой категории больных. Реконструкция старой радикальной полости подразумевает ревизию, деэпидермизацию мастоидального сегмента с шлифовкой костных стенок, восстановление задней стенки НСП, облитерацию мастоидального сегмента послеоперационной полости, а также тимпаноластику. Для реконструкции задней стенки НСП и облитерации мастоидального сегмента сосцевидного отростка мы используем реберный хрящ «Аллоплант».

Недостатки операции: она технически сложная, продолжительная (до 3,5–4 ч), выполняется под наркозом (нет возможности контроля слуха на операционном столе), иногда может быть выполнена только в 2 этапа (обычно – в 1 этап). Реконструкция старой радикальной полости с тимпанопластикой в 2012 г. выполнена у 7 больных (4 – мужского и 3 – женского пола). Заживление (нормальный контур и эпидермизация наружного слухового прохода, восстановление целостности барабанной перепонки) наступало к 20–22-му дню после операции. На рисунке представлена эндофото-

Таблица 1
Показатели слуха до операции и функциональные результаты в исследуемой группе ($M \pm m$)

Показатель, дБ	Тимпаноластика	
	протезом PORP (n=9)	протезом TORP (n=5)
До операции		
СПВЗ	36,25±11,65	45,05±5,46
КВИ	28,75±6,84	32,92±6,75
После операции		
СПВЗ	20,94±4,82	30,42±4,25
КВИ	14,69±3,45	19,25±4,51



Эндофотограмма отоскопической картины пациента через 21 день после операции

Таблица 2
Показатели слуха и функциональные результаты в группе после реконструкции старой радикальной полости (M±m)

Показатель, дБ	Тимпаноластика	
	протезом PORP (n=5)	протезом TORP (n=2)
До операции		
СПВЗ	48,75±10,52	42,50±9,25
КВИ	32,92±8,44	28,75±7,56
После операции		
СПВЗ	23,58±6,26	19,50±5,34
КВИ	10,69±5,51	9,25±4,29

грамма отоскопической картины пациента через 21 день после операции. Протезы PORP для оссиклопластики использованы у 5 пациентов, протезы TORP – у 2. Показатели слуха до операции и функциональные результаты, полученные у пациентов исследуемой группы, приведены в табл. 2.

Таким образом, данная методика может быть использована отоларингами для реконструкции старой радикальной полости с тимпанопластикой у больных, перенесших РО (санирующую операцию открытого типа) на среднем ухе. Методика позволяет добиться реабилитации пациентов, перенесших РО на среднем ухе, т.е. восстановить естественную архитектуру наружного уха, избавить больных от необходимости быть под постоянным наблюдением отоларинголога, позволяет улучшить слух и сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

Литература

1. Аабд Н.А. Реконструктивная мастоидопластика у больных, перенесших радикальную операцию уха. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2000.
2. Аникин И.А. Хирургическое лечение больных, перенесших радикальную операцию уха. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Оренбург, 2000.
3. Еремеева К.В. Хирургическая реабилитация больных, перенесших общеполостную операцию на ухе. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010; 24.
4. Кузовков В.Е. Оценка качества жизни больных хроническим гнойным средним отитом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003; 22 с.
5. Толстов Ю.П., Аникин И.А. О клиническом значении трепанационной полости у больных, перенесших радикальную операцию на среднем ухе // Вестн. оториноларингол. – 1999; 1: 44–6.
6. Федосеев В.И., Косяков С.Я., Дмитриев Н.С. Реоперации уха при хроническом гнойном среднем отите // Нов. оториноларингол. и логопатол. – 1999; 3: 63–5.

SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS UNDERGOING RADICAL EAR SURGERY

Z. Kamalova, Candidate of Medical Sciences
Bashkir State Medical University, Ufa

The paper describes the variants of surgical treatment in patients who have undergone radical ear surgery. Old radical cavity reconstruction with tympanoplasty can restore the natural architectonics of the external ear.

Key words: chronic suppurative otitis media, radical ear surgery, old radical cavity reconstruction, tympanoplasty.

ОЦЕНКА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М. Абрамович, А. Плоскирева
ЦНИИ эпидемиологии, Москва
E-mail: abramovich@regpharm.com

Представлены методики оценки гематологических показателей при проведении клинических исследований в педиатрии. Показаны преимущества использования интегральных показателей – лейкоцитарных индексов; освещены основные проблемы, возникающие при применении подобных алгоритмов, намечены пути их решения.

Ключевые слова: клинические исследования, эффективность и переносимость, оценка результатов, лейкоцитарная формула.

Клинические исследования – неотъемлемая часть оценки эффективности, переносимости и безопасности использования новых лекарственных средств (ЛС), в том числе предназначенных для применения в педиатрии.

Общие методические принципы проведения клинических исследований и анализа полученных данных закреплены рядом международных директив [1–3]. Однако на практике предусмотренные протоколами клинических исследований механизмы оценки эффективности и безопасности изучаемой терапии существенно различаются, что затрудняет сопоставление данных, полученных в разных исследованиях, а также у детей различных возрастных групп. Поэтому разработка стандартных методик интерпретации результатов клинических исследований является актуальной задачей, решение которой позволило бы оптимизировать оценку клинического значения проведенных испытаний. Подобные методики должны базироваться на объективных данных, быть воспроизводимыми в условиях рутинной медицинской практики и использовать методы обследования, которые не представляли бы избыточной нагрузки для пациентов, особенно детей, а также не зависели бы от возраста пациентов.

В большей части клинических исследований определяют лабораторные показатели – как минимум, в начале и в конце курса терапии. Наиболее часто используемым лабораторным тестом является клинический анализ крови, включающий в себя определение уровня гемоглобина (Hb), содержания эритроцитов и лейкоцитов, СОЭ, а также расчет лейкоцитарной формулы. При этом разнонаправленность изменений показателей гемограммы у детей разного возраста и при разных заболеваниях не всегда позволяет оценить динамику и выраженность патологического процесса с помощью единого алгоритма.

В настоящее время в клинических исследованиях применяются следующие подходы к оценке гематологических показателей:

- сравнение с референсными значениями; наиболее часто этот метод используется для выявления побочных действий ЛС и других нежелательных явлений;