

- 123 с.
3. К вопросу обеспечения мониторинга гормонального статуса женщин / В. В. Каминский, С. И. Жук, Н. А. Си-ненко [и др.] // Репродуктивное здо-ровье женщины. - 2008. - № 2 (36).
- С. 49-52.
4. Проскурякова О. В. Ультразвуковое исследование венозных сосудов не-измененных внутренних половых органов женщины // О.В. Проску-рякова, С.Э. Лесюк // Эхография. - 2000. - Т.1, № 1. - С. 115-122.
5. Суховатых Б. С. Патогенетическое обо-снование миниинвазивного лече-ния варикозной болезни вен малого таза / Б.С. Суховатых // Новости хирургии. - 2012. - № 1. - С. 54-61.

Булавенко О.В., Григоренко А.Н., Сливка Э.В.

ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛУТЕИНОВОЙ ФАЗЫ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Резюме. В статье приведены результаты проведения комплексной двухэтапной терапии у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы и варикозным расширением вен репродуктивных органов малого таза с выбором способа лечения НЛФ с учетом локализации варикозной дилатации тазовых венозных коллекторов, анатомических характеристик яичниковых вен, позволяет в большинстве случаев добиться улучшения гормонального фона, способствует не только сохранению фертильности у женщин репродуктивного возраста, но и позволяет значительно повысить качество жизни больных и их социальную активность.

Ключевые слова: недостаточность лютеиновой фазы, варикозное расширение вен репродуктивных органов, комплексное лечение, лапароскопическая резекция гонадных вен.

Bulavenko O.V., Grigorenko A.M., Slyvka E.V.

TREATMENT OF LUTEAL PHASE DEFICIENCY IN WOMEN WITH VARICOSE VEINS OF REPRODUCTIVE ORGANS OF THE PELVIS

Summary. The article presents the results of a comprehensive-step therapy in women with LPD and varicose veins of reproductive pelvic organs with the choice of method of treatment based on localization of varicose dilatation of pelvic venous reservoirs, anatomical characteristics of ovarian veins, allowing in most cases to achieve improved hormonal background, contributing not only to preserve to fertility in women of reproductive age, but also significantly improve the quality of life of patients and their social activity.

Key words: LPD, varicose veins of reproductive organs, complex treatment, laparoscopic resection of gonadal veins.

Рецензент - д.мед.н., проф. Проценко О.О.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2015 р.

Булавенко Ольга Василівна - д.м.н., проф., зав. кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медично-го університету імені М.І Пирогова; +38 067 623-16-71; remedivin@gmail.com

Григоренко Андрій Миколайович - д.м.н., доц., зав. курсу онкогінекології та оперативної гінекології на базі кафедри акушер-ства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І Пирогова; +38 067 430-22-63; ahryhorenko@gmail.com

Сливка Єліна Валеріївна - асистент кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного універси-тету імені М.І. Пирогова (курс онкогінекології та оперативної гінекології); +38 097 722-83-45; elina_slivka@mail.ru

© Грубнік В.В., Парфентьев Р.С., Кресюн М.С.

УДК: 616.441-006-089-0.72.1

Грубнік В.В., Парфентьев Р.С., Кресюн М.С.

Одеський державний медичний університет, кафедра хірургії №1, Одеська обласна клінічна лікарня (вул. акад. Заболот-ного, 26/32, м. Одеса, Україна, 65025)

МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВОГО ЗОБУ

Резюме. Мета дослідження - покращити якість хірургічного лікування хворих з вузловим зобом. З 2005 по 2015 рр. в клініці виконано 109 відеоендоскопічних втручань на ШЗ у пацієнтів вузловими формами зобу: доброякісні вузли, фолікуляр-на неоплазія. Використані дві методики оперативних втручань. Тривалість операції у I групі була 79±12 хв., у II групі - 52±10 хв. При ендоскопічних втручаннях у II групі не трапилося жодного випадку гіпопаратиреозу, в той час як у I групі у 10 пацієнтів (9,2%) спостерігалася клініка транзитного гіпопаратиреозу. Пошкодження поворотного нерва спостерігалася в 3 випад-ках (2,8%) у пацієнтів I групи. В II групі випадків пошкодження поворотного нерва не відмічалася (p<0,05). Середній ліжко-день склав 2,0±0,5 дня.

Ключові слова: вузловий зоб, ендоскопічна тиреоїдна хірургія.

Вступ

Вузловий зоб є самою частою тиреоїдною патоло-гією, яка охоплює до 5-7 % населення країни та збері-гає тенденцію до зростання. Це відбувається не тільки завдяки збільшенню частоти даної патології серед на-селення, але і завдяки підвищенню рівня її виявлення. Однак невирішеними є багато питань щодо підходів до лікування даної патології [1], що призводить до крайно-

стей, починаючи від пропозиції оперувати усі вузли щи-товидної залози, кінчаючи напрямком хворих на опера-цію тільки коли показання до неї вже очевидні. Крім того відомо, що, традиційно, гемітиреоїдектомія є мінімальним об'ємом оперативного втручання при вуз-ловому зобі. Після гемітиреоїдектомії гіпотиреоз роз-вивається в 50-60% прооперованих пацієнтів, що в свою

чергу потребує постійного прийому замісної терапії та робить даних пацієнтів залежними від прийому препаратів [2, 6]. Впровадження тонкогілкової аспіраційної біопсії щитоподібної залози (ТАПБ) дозволило вирішити багато питань, однак дані про діагностичну точність методу за різними авторами дуже розбіжні, і у середньому знаходяться у межах 70-85%. Також невирішеним залишається питання так званої фолікулярної неоплазії, що дотепер призводить до виконання марних операцій [1].

Відеоендоскопічні втручання на щитоподібній залозі в певній мірі змінили підходи до хірургічного лікування тиреоїдної патології, однак досі чітко не визначено показання до подібних втручань. На даний момент лише визначені протипоказання: вузли більш 3-4 см, злоякісні утворення щитовидної залози, тиреоїдит, багатовузловий зоб, рецидивний зоб, що потребує ретельного відбору пацієнтів для даного оперативного втручання [3, 4, 5, 7]. Проте методики ендоскопічних втручань на щитоподібній залозі (ЩЗ) продовжують безупинно удосконалюватися, що в майбутньому може змінити дану ситуацію.

Мета дослідження - покращити якість хірургічного лікування хворих з вузловим зобом.

Матеріали та методи

З 2005 по 2015 рр. в клініці виконано 109 відеоендоскопічних втручань на ЩЗ у пацієнтів вузловими формами зобу. Чоловіків - 20, жінок - 89. Вік пацієнтів - від 24 до 69 років. Середній вік - $38,3 \pm 7,8$ років. Всім хворим було виконане стандартне обстеження: УЗД, сцинтиграфія (в разі необхідності), визначення рівня гормонів ЩЗ, тонкогілкова пункційна аспіраційна біопсія вузлів ЩЗ під контролем УЗД. У 10 пацієнтів була симптоматика у вигляді захриплості голосу, першіння в горлі, відчуття здавлення. У 8 пацієнтів була клінічна картина гіпертиреозу, підтвердженого лабораторно, при сцинтиграфії у цих хворих визначалися вузли з підвищеною функціональною активністю. За даними ТАПБ вузли були доброякісними, або була виявлена фолікулярна неоплазія. Нами були використані дві методики оперативних втручань. У I групі пацієнтів (84 хворих) застосовувалася методика відеоасистенції, яка полягала в тому, що над яремною вирізкою груднини проводився міні-розріз (до 2-2,5 см), розтиналася *m. plathysma*, розводилися передні м'язи шиї, після чого в рану вводився ендоскоп діаметром 4 мм й інструменти (дисектор, москити, коагуляційний пінцет). Виділяли пірамідальну частку ЩЗ, проводили дисекцію ураженої частки, починаючи з верхнього полюса. Проводилося кліпування верхньої щитоподібної артерії і вени. Потім проводилася дисекція і кліпування нижньої щитоподібної артерії якомога ближче до тканини щитовидної залози. При цьому виділявся поворотний нерв. Відеоасистенція дозволяла краще диференціювати нерв від артерії. Проводилася візуалізація і прищитоподібних за-

лоз від капсули ЩЗ, з метою їх збереження. Потім залозу від трахеї, виділена частка видалялася через розріз. У II групі (25 пацієнтів) також виконували відеоасистовану операцію, але при цьому видалявся тільки вузол із залишенням частини частки щитоподібної залози. Основна частина пацієнтів цієї групи мали висновок ТАПБ про фолікулярну неоплазію або мікрофолікулярний зоб, тобто передбачалась висока вірогідність, що процес у залозі доброякісний. При резекції частки використовували біполярний коагулятор, що дозволило виключити кровотечу, травму прищитоподібних залоз та зворотного нерву.

Результати. Обговорення

Тривалість операції у I групі була 79 ± 12 хв., у II групі - 52 ± 10 хв. У деяких випадках, коли розмір частки перевищував довжину розрізу, вдавалося виконати видалення частки після її фрагментації. Іноді все ж таки доводилося розширювати розріз до 3-3,5 см. У деяких пацієнтів під час інтраопераційного експрес-гістологічного дослідження була виявлена папілярна карцинома, у зв'язку з чим у них з цього ж доступу була виконана тотальна екстрафасціальна тиреоїдектомія, після чого ці пацієнти були виведені з групи спостереження, в загальну кількість групи вони не увійшли, результати їх лікування нами не враховувалися. Нагноєння не спостерігалися. При ендоскопічних втручаннях у II групі не трапилося жодного випадку гіпопаратиреозу, в той час як у I групі у 10 пацієнтів (9,2 %) спостерігалася клініка транзитного гіпопаратиреозу, тривалістю від 5 до 20 діб. Пошкодження поворотного нерва спостерігалось в 3 випадках (2,8 %) у пацієнтів з I групи, в одному з яких - без відновлення функції, в решті двох випадках голос відновився через 2-3 місяці. В II групі випадків пошкодження поворотного нерва не відмічалось ($p < 0,05$). Середній ліжко-день склав $2,0 \pm 0,5$ дня. Віддаленні результати (від 6 місяців до 5 років) були простежені у 87 (79,8%) пацієнтів. Всі пацієнти були дуже задоволені естетичним ефектом. У 54,8 % (46 пацієнтів) випадків при гемітиреоїдектомії пацієнти потребували тривалого (декілька років чи постійно) прийому L-Тироксину в дозі 50-100 мкг на добу. В II групі тільки 2 пацієнтам знадобився прийом L-Тироксину в дозі 50 мкг на добу ($p < 0,05$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Відеоендоскопічні операції на щитовидній залозі є малоінвазивними втручаннями, дають гарний косметичний ефект, дозволяють ретельно виділити поворотний нерв і прищитоподібні залози, скорочують терміни перебування хворих у стаціонарі, а також терміни трудової реабілітації, однак мають деякі обмеження в застосуванні. При оперативних втручаннях з приводу вузлового зобу, якщо пухлина не є злоякісною, а вузол не займає всієї долі щитоподібної залози, можливим є видалення частини частки щитовидної залози, що в

свою чергу дозволяє звести до мінімуму кількість ускладнень, таких, як травма нервових структур і після-

пераційний гіпопаратиреоз та запобігти післяопераційному гіпотиреозу.

Список літератури

1. Follicular variant of papillary thyroid carcinoma: accuracy of FNA diagnosis and implications for patient management / B. Ustun, D. Chhieng, M.L. Prasad [et al.] // *Endocr Pathol.* - 2014. - № 3, Vol. 25. - P. 257-264.
2. Is hemithyroidectomy a rational management for benign nodular goitre? A Multicentre Retrospective Single Group Study / W. Attaallah, S. Erel, N.Z. Canturk [et al.] // *Neth. J. Med.* - 2015. - № 1, Vol. 73. - P. 17-22.
3. Minimal-access video-assisted thyroidectomy for benign disease: a retrospective analysis of risk factors for postoperative complications / F. Billmann, T. Bokor-Billmann, H. Lapshyn [et al.] // *Int. J. Surg.* - 2014. - № 12. - P. 1306-1309.
4. Minimally invasive thyroid surgery for single nodules: an evidence-based review of the lateral mini-incision technique / R. Alvarado, T. McMullen, S.B. Sidhu, [et al.] // *World J. Surg.* - 2008. - № 7, Vol. 32. - P. 1341-1348.
5. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: an analysis of results and a revision of indications / M.N. Minuto, P. Berti, M. Miccoli [et al.] // *Surg. Endosc.* - 2012. - Vol. 26. - P. 818-822.
6. Prediction of thyroid hormone supplementation after thyroid lobectomy / D.Y. Lee, J. Seok, W.J. Jeong, S.H. Ahn // *J. Surg. Res.* - 2015. - № 1, Vol. 193. - P. 273-278.
7. Takami H. E. Minimally invasive thyroidectomy / H.E. Takami, Y. Ikeda // *Curr Opin. Oncol.* - 2006. - № 1, Vol. 18. - P. 43-47.

Грубник В.В., Парфентьев Р.С., Кресюн М.С.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА

Резюме. Цель исследования - улучшить качество хирургического лечения больных с узловым зобом. С 2005 по 2015 г. в клинике выполнено 109 видеоэндоскопических вмешательств на ШЖ у пациентов с узловыми формами зоба: доброкачественные узлы, фолликулярная неоплазия. Использованы две методики оперативных вмешательств. Продолжительность операции в I группе была 79 ± 12 мин., во II группе - 52 ± 10 мин. При эндоскопических вмешательствах во II группе не было ни одного случая гипопаратиреоза, в то время как в I группе у 10 пациентов (9,2%) наблюдалась клиника транзиторного гипопаратиреоза. Повреждение возвратного нерва наблюдалось в 3 случаях (2,8%) у пациентов с I группы. Во II группе случаев повреждения возвратного нерва не отмечалось ($p < 0,05$). Средний койко-день составил $2,0 \pm 0,5$ дня.

Ключевые слова: узловой зоб, эндоскопическая тиреоидная хирургия.

Hrubnik V.V., Parfentyev R.S., Kresyun M.S.

POSSIBILITIES ENDOSCOPIC TREATMENT OF NODULAR GOITER

Summary. The aim was to improve the quality of surgical treatment of patients with nodular goiter. From 2005 to 2015 109 videoendoscopic interventions for nodal forms of goiter have been performed. Nodes were benign, or follicular neoplasias have been detected. We have used two methods of surgery. Duration of surgery was 79 ± 12 min in Group I, and 52 ± 10 min - in Group II. In Group II a single case of hypoparathyroidism has been detected, while in Group I the transient hypoparathyroidism have been observed in 10 patients (9.2%). Damage of recurrent nerve has been observed in 3 cases (2.8%) in Group I. In Group II, nerve damage has not been observed ($p < 0,05$). Average hospital stay was $2,0 \pm 0,5$ days.

Key words: Nodular goiter, Endoscopic thyroid surgery.

Рецензент - д.мед.н, проф. Ткаченко О.І.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2015 р.

Грубник Володимир Володимирович - д.м.н., проф., зав. кафедрою хірургії №1 ОНМедУ, з.д.н.т. України, лауреат державних премій, член правління Європейської асоціації ендоскопічних хірургів (EAES); +38 050 391-21-96; +38 094 947-28-29; algrub@te.net.ua

Парфентьев Роман Сергійович - к.м.н., доц. кафедри хірургії №1 ОНМедУ; +38 094 953-42-74; rommul@mail.ru

Кресюн Марина Сергіївна - аспірант кафедри хірургії №1 ОНМедУ; +38 067 71-57-094; kresyun.marina@mail.ru

© Грубник В.В., Тронина Е.Ю., Шипулин П.П., Байдан В.В., Байдан В.И., Кирилюк А.А., Севергин В.Е., Агеев С.В., Козяр О.Н., Целиков М.Ю.

УДК: 617.54-089.85-072.1

Грубник В.В., Тронина Е.Ю., Шипулин П.П., Байдан В.В., Байдан В.И., Кирилюк А.А., Севергин В.Е., Агеев С.В., Козяр О.Н., Целиков М.Ю.

Одесский государственный медицинский университет, кафедра хирургии № 1, Одесская областная клиническая больница (ул. акад. Заболотного, 26/32, г. Одесса, Украина, 65025)

РОЛЬ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В СОВРЕМЕННОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Резюме. Приведен анализ применения VATS операций у 173 больных с хирургической патологией органов грудной клетки с использованием различных малоинвазивных хирургических технологий. В результате проведенных с помощью VATS оперативных вмешательств 171 больной был выписан из стационара. Летальный исход отмечен у 2 (1,1%) пациентов с раком легкого IV стадии. VATS операции сочетают в себе малую травматичность видеоторакоскопии и удобство стандартных торакальных операций, а выполнение миниторакотомии существенно не утяжеляет течение послеопераци-