

- of patients with distal colorectal carcinoma: analysis of factors influencing long-term outcome / A.M. Gevers, E. Macken, M. Hiele [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* - 2000. - Vol. 51. - P. 580-5.
13. Endoscopic transanal decompression with a drainage tube for acute colonic obstruction: clinical aspects of preoperative treatment / T. Tanaka, A. Furukawa, K. Murata, T. Sakamoto // *Dis. Colon. Rectum.* - 2001. - Vol. 44 (3). - P. 418-22.
14. Factors associated with mortality risk for malignant colonic obstruction in elderly patients / M.G. Guo, Y. Feng, J.Z. Liu [et al.] // *BMC Gastroenterol.* - 2014. - Vol. 14. - P. 76.
15. Laparoscopic management for acute malignant colonic obstruction / F.M. Chen, T.C. Yin, W.C. Fan [et al.] // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* - 2012. - Vol. 22 (3). - P. 210-4.
16. New procedure for the treatment of colorectal neoplastic obstructions / E. Tejero, A. Mainar, L. Fernandez [et al.] // *Dis. Colon. Rectum.* - 1994. - Vol. 37. - P. 1158-9.
17. Palliative and curative electrocoagulation for rectal cancer. Experience and results / H.J. Hoekstra, R.C. Verschueren, J. Oldhoff, E. van der Ploeg // *Cancer.* - 1985. - Vol. 55 (1). - P. 210-3.
18. Photodynamic therapy for colorectal disease / H. Barr, S.G. Bown, N. Krasner, P.B. Boulos // *Int. J. Colorectal. Dis.* - 1989. - № 4 (1). - С. 15-9.
19. Stone J. M. Transendoscopic balloon dilatation of complete colonic obstruction / J.M. Stone, R.J. Bloom // *Dis. Colon. Rectum.* - 1989. - Vol. 32 (5). - P. 429-31.
20. The efficacy of self-expanding metal stents for malignant colorectal obstruction by noncolonic malignancy with peritoneal carcinomatosis / J.H. Kim, Y.S. Ku, T.J. Jeon, [et al.] // *Dis. Colon. Rectum.* - 2013. - Vol. 56 (11). - P. 1228-32.

**Бойко В.В., Грома В.Г., Моисеенко А.С., Гончаренко Л.И., Саріан І.В.**

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

**Резюме.** В статье представлен опыт применения колоректального стентирования при лечении острой обтурационной непроходимости толстой кишки, который позволяет добиться снижения количества осложнений. Результатом применения стентирующих малоинвазивных вмешательств, позволило снизить послеоперационную летальность и частоту осложнений. Кроме того, технология позволяет значительно снизить послеоперационный койко-день, имеющая существенный экономический эффект.

**Ключевые слова:** острая обтурационная непроходимость толстой кишки, колоректальный рак, колоректальное стентирование.

**Boiko V.V., Groma V.G., Moiseyenko A.S., Goncharenko L.Y., Sarian I.V.**

**MINIMALLY INVASIVE INTERVENTION ENDOSURGICAL FOR ACUTE OBSTRUCTIVE COLON OBSTRUCTION**

**Summary.** The article presents the experience of colorectal stenting in the treatment of obstructive acute obstruction of the colon, which can achieve reduction in the number of complications. The result of the application of minimally invasive surgery stenting to reduce the frequency of postoperative mortality and complications. In addition, the technology can significantly reduce postoperative day berth that has a significant economic impact.

**Key words:** obstructive acute obstruction of the colon, colorectal cancer, colorectal stenting.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Замятин П.М.**

Стаття надійшла до редакції 04.12.2015р.

*Бойко Валерій Володимирович* - д.мед.н., проф., директор ДУ "ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ"; завідувач кафедри хірургії №1 Харківського національного медичного університету

*Грома Василь Григорович* - д.мед.н., доц., зав. відділенням оперативної ендоскопії ДУ "ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ"; +38 050 790-68-35; dr.groma@mail.ru

*Моисеенко Антон Сергійович* - мол.наук.співроб. відділення невідкладної хірургії органів черевної порожнини ДУ "ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ"; +38 050 663-80-60; toxabios@mail.ru

*Гончаренко Людмила Йосипівна* - к.мед.н., доц., доцент кафедри хірургії №1 Харківського національного медичного університету

*Саріан Ігор Валентинович* - к.мед.н., лікар відділення оперативної ендоскопії ДУ "ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ"; +38 050 323-13-16

© Булавенко О.В., Григоренко А.М., Сливка Е.В.

УДК: 618.11-008.64: 616.146-007.64

**Булавенко О.В., Григоренко А.М., Сливка Е.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

**ЛІКУВАННЯ НЕДОСТАТНОСТІ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ У ЖІНОК З  
ВАРИКОЗНИМ РОЗШИРЕННЯМ ВЕН РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ  
МАЛОГО ТАЗУ**

**Резюме.** В статті наведені результати проведеної комплексної двохетапної терапії у жінок з недостатністю лютеїнової фази та варикозним розширенням вен репродуктивних органів малого тазу з вибором способу лікування НЛФ з урахуванням локалізації варикозної дилатації тазових венозних колекторів, анатомічних характеристик яєчникових вен, що дозволяє в переважній більшості випадків досягти покращення гормонального фону, що сприяє не тільки збереженню фертильності у жінок репродуктивного віку, але і дозволяє значно підвищити якість життя хворих та їх соціальну активність.

**Ключові слова:** недостатність лютеїнової фази, варикозне розширення вен репродуктивних органів, комплексне лікування, лапароскопічна резекція гонадних вен.

### Вступ

Кількість патологічних станів в організмі жінок репродуктивного віку, що пов'язані з недостатнім синтезом прогестерону та недостатньою секреторною трансформацією ендометрію в лютеїнову фазу циклу обумовлює не лише медичну, але і соціальну актуальність даної проблеми [1, 2]. Дане порушення гормонального гомеостазу в організмі жінки може розвиватись на фоні варикозного розширення вен репродуктивної системи, що розглядається частіше за все як супутні зміни при захворюваннях жіночої статеві сфери. Однак, хронічний застій крові у венах може бути причинним фактором яєчничкової дисфункції з подальшим розвитком дисгормональних порушень, органічної патології репродуктивної системи ендокринного ґенезу та непліддя, яке являє собою соціальну проблему. Даний факт значно розширює погляд на патогенез варикозу тазових вен, який може бути не тільки ускладненням захворювань жіночих статевих органів та призводити до порушень менструального циклу, але і ускладнювати лікування цих захворювань [3, 5].

Враховуючи вагому роль ендокринної патології у розвитку невиношування вагітності та непліддя, зокрема яєчничкової недостатності, одним з проявів якої є НЛФ, необхідним є комплексне вивчення даної патології з урахуванням всіх патогенетичних ланок, в тому числі впливу судинного фактору на функцію яєчників. Актуальним є вдосконалення методів діагностики і тактики диференційованого підходу до лікування недостатності лютеїнової фази на тлі тазового варикозу [4]. Тому, метою нашої роботи було: підвищення ефективності лікування недостатності лютеїнової фази у жінок з варикозним розширенням вен репродуктивних органів малого тазу шляхом двохетапного лікування.

### Матеріали та методи

На етапі формування груп та відбору пацієнток нами було проведено ретроспективний аналіз 380 амбулаторних карток жінок репродуктивного віку з непліддям (232 карток) та звичним невиношуванням в анамнезі (148 картки). На основі аналізу клінічних даних, вмісту прогестерону в сироватці крові в лютеїнову фазу циклу та ультразвукової оцінки стану ендометрію протягом трьох менструальних циклів у 124 жінок було підтверджено діагноз недостатності лютеїнової фази циклу, які в подальшому підлягали проспективному дослідженню та для порівняльного аналізу були розподілені на 3 групи: основна група - 73 жінки з недостатністю лютеїнової фази на фоні варикозного розширення вен органів малого тазу, група порівняння - 51 жінка з недостатністю лютеїнової фази без структурних змін венозних колекторів малого тазу.

Враховуючи мультифакторну природу виникнення недостатності лютеїнової фази менструального циклу на фоні варикозного розширення вен органів малого

тазу, етіопатогенетичні механізми, клінічні особливості, гормональний статус, зміни функціонального стану яєчників, морфофункціональні зміни в ендометрії та особливості гемодинаміки ми розробили та впровадили діагностично-лікувальний алгоритм дій при даній патології у жінок репродуктивного віку, який складався з декількох етапів.

Перший етап полягав у впливі на варикозну дилатацію тазових венозних колекторів, як фактора виникнення оваріальної дисфункції у вигляді НЛФ, з визначенням показів до консервативного та хірургічного методів лікування, які розроблені за результатами клінічних та інструментальних досліджень.

Комплекс консервативного лікування варикозної дилатації тазових вен, який спрямований на нормалізацію венозного тону, венозної гемодинаміки, кровотоку лімфо відтоку та покращення трофічних процесів в тканинах малого тазу, призначався на першому етапі лікування всім жінкам з недостатністю лютеїнової фази та варикозним розширенням вен тазу.

В якості флеботропної терапії ми використовували діосмін - високоефективний препарат з групи флавоноїдів, який володіє флеботонізуючою дією, а саме зменшує розтягнення вен, підвищує їх тонус, зменшує венозний застій. Крім цього, препарат значно покращує лімфатичний дренаж - підвищує тонус та частоту скорочення лімфатичних капілярів, збільшує їх функціональну щільність та знижує лімфатичний тиск. Діосмін регулює функцію ендотелію за рахунок зменшення адгезії лейкоцитів до венозної стінки та їх міграцію в паравенозні тканини, покращує дифузію кисню та перфузію його в тканини, володіє протизапальною, антикоагуляційною та ангіопротективною дією, блокує вироблення вільних радикалів, синтез простагландинів та тромбоксану, посилює судинозвужувальну дію адреналіну та норадреналіну. Таким чином, діосмін нормалізує венозний тонус та регіонарну гемодинаміку малого тазу. Після прийому внутрішньо дія препарату триває протягом доби та направлена на кожен з трьох судинних компонентів, які залучені в патогенез хвороби вен: вени, лімфатичні судини та система мікроциркуляції. Препарат діосмін використовували по 1 таблетці (600 мг) в ранці до їжі протягом 6 місяців.

Крім цього, для нормалізації судинного тону, ліквідації вторинних змін з боку судинної системи ми застосовували ультразвукову терапію з гелем актовегін внутрішньовагінально протягом 10 днів в I фазу менструального циклу (з 5-го по 15-й день) три менструальних цикли. Механізм дії ультразвуку в лікуванні гемодинамічних розладів оснований на рефлекторних реакціях організму, має анальгезуючий, десенсибілізуючий та фібринолітичний ефекти, посилює обмінні процеси в тканинах, позитивно впливає на нормаліза-

цію судинного тону органів малого тазу, поліпшує місцевий кровоток, мікроциркуляцію, сприяє посиленню крові й лімфовідтоку, розкриттю резервних капілярів, активує внутрішньоклітинні процеси біосинтезу білка та ферментативні реакції, і як наслідок - підвищується гормонсинтезуюча функція яєчників та експресія рецепторного апарату матки. Під впливом препарату актовегін покращується поглинання кисню тканинами, що сприяє активації процесів аеробного окислення та збільшенню енергетичного потенціалу клітини. Доведено, що ефект актовегіну найбільш виражений при гіпоксичному характері пошкодження тканин, в зв'язку з чим актовегін є оптимальним засобом, який покращує перфузію і доставку кисню до клітин, що знаходяться в стані кисневої та метаболічної недостатності.

Наявність варикозного розширення оваріальної вени з патологічним нирково-яєчковим рефлюксом крові у пацієнок з недостатністю лютеїнової фази було показом до проведення хірургічного втручання у вигляді лапароскопічної резекції яєчникових вен. Досягнення лікувального ефекту при цьому пов'язано з виключенням яєчникової вени з судинного рено-кавального шунта, що припиняє патологічний рефлюкс крові в венозні сплетення малого тазу з усуненням тазового венозного повнокрів'я.

Другий етап комплексного лікування недостатності лютеїнової фази у жінок з варикозним розширенням вен органів малого тазу представлений регуляцією гормонального балансу за рахунок усунення гіпоестрагенемії шляхом призначення препарату сухого екстракту плодів прутняка звичайного (*Agnus castus*) по 1 таблетці вранці протягом 6 місяців.

### Результати. Обговорення

Ефективність проведеного лікування оцінювали за динамікою основних клінічних симптомів під час лікування (3, 6, 12 місяців) та через 3 місяці після відміни всіх препаратів. Так, на симптоми дисменореї через 3 місяці лікування скаржилися 10 (13,7%) жінок, через 6 місяців - 6 (8,2%), через 12 місяців лікування - 3 (4,1%), тоді як через 3 місяці після відміни терапевтичного комплексу скарги на болючість та вегетативні розлади під час місячних пред'являла 1 (1,7%) пацієнтка. Передмен-

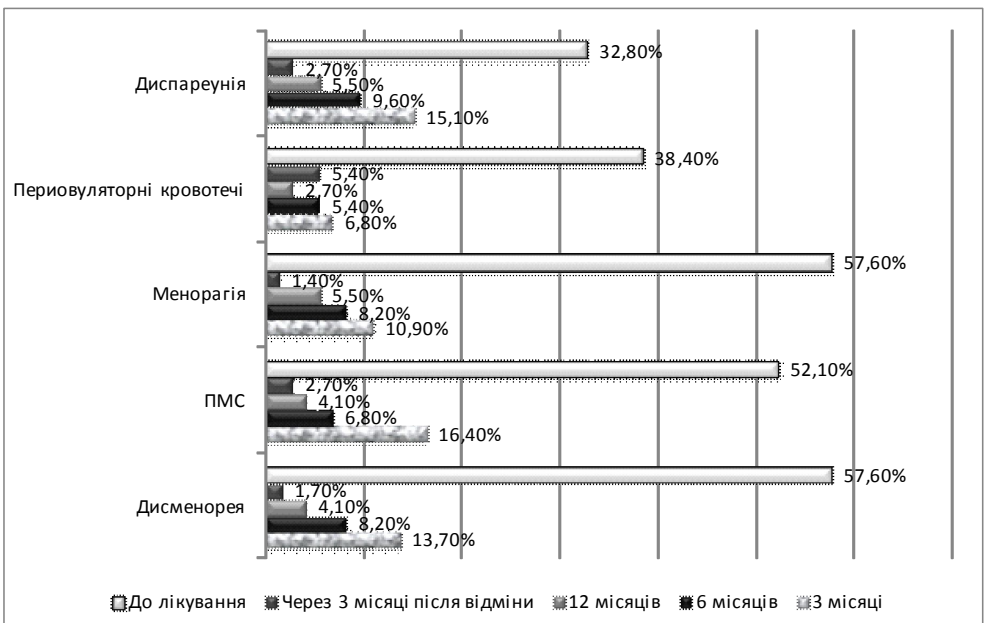


Рис. 1. Динаміка клінічних проявів дисгормональних порушень під час та після лікування (n=73).

струальні розлади зберігалися у 12 (16,4%) жінок протягом 3 місяців лікування, через 6 місяців - у 5 (6,8%), через 12 місяців терапії скарги на передменструальні розлади пред'являли 3 (4,1%) пацієнтки, через 3 місяці після відміни лікування - 2 (2,7%). Лише в 5 випадках через 3 місяців після відміни лікування спостерігалися дисфункційні маткові кровотечі у вигляді менорагій - 1 (1,4%), периовуляторних кровотеч - 4 (5,4%), 8 (10,9%) пацієнок вказували на появу менорагій протягом 3 місяців лікування, 5 (6,8%) - на наявність периовуляторних кровотеч. Диспареунію відмічали 11 (15,1%) пацієнок протягом 3 місяців лікування, 7 (9,6%) - через 6 місяців лікування, 4 (5,5%) - через 12 місяців та 2 (2,7%) через 3 місяці після відміни терапевтичного комплексу.

Для об'єктивної оцінки змін гормонального профілю жінок через 3 місяців після проведеного лікування було проаналізовано вміст основних стероїдних гормонів в сироватці крові в фолікулінову та лютеїнову фази менструального циклу.

Так, концентрація ФСГ в фолікулінову фазу менструального циклу у жінок з варикозним розширенням вен малого тазу через 3 місяців після відміни терапевтичного комплексу становила  $4,38 \pm 1,04$  мМО/мл, що було статистично вірогідно меншим в порівнянні з початковим показником -  $9,6 \pm 2,64$  мМО/мл. Рівні естрадіолу та прогестерону також нормалізувалися після комплексної терапії та становили  $72,9 \pm 7,03$  пг/мл проти  $40,12 \pm 3,41$  пг/мл відносно естрадіолу та  $3,52 \pm 0,71$  нг/мл проти  $1,91 \pm 0,21$  нг/мл відносно прогестерону, крім цього мало місце зниження співвідношення ФСГ/ЛГ до 1,1, що свідчить про покращення функції яєчкового стероїдогенезу.

Щодо концентрації гормонів в лютеїнові фазу мен-

**Таблиця 1.** Рівень концентрації гормонів у фолікулінову фазу менструального циклу після проведеного лікування (n=73).

Показник	Рівень концентрації гормонів	
	До лікування	Після лікування
ФСГ, мМО/мл	9,6 ± 2,64*	4,38 ± 1,04
ЛГ, мМО/мл	3,86 ± 0,29	3,87 ± 1,09
Естрадіол, пг/мл	40,12 ± 3,41*	72,9 ± 7,03
Прогестерон, нг/мл	1,91 ± 0,21 *	3,52 ± 0,71
ФСГ/ЛГ	2,5	1,1

**Примітка.** \* - до лікування/після лікування (p<0,05).

**Таблиця 2.** Рівень концентрації гормонів в лютеїнову фазу менструального циклу після проведеного лікування (n=73).

Показник	Рівень концентрації гормонів	
	До лікування	Після лікування
ФСГ, мМО/мл	4,73± 1,86	4,65 ± 2,04
ЛГ, мМО/мл	10,98 ± 2,34	12,87 ± 1,09
Естрадіол, пг/мл	37,32 ± 3,21 *	58,12 ± 2,13
Прогестерон, нг/мл	5,23 ± 2,36 *	15,58 ± 1,71

**Примітка.** \* - до лікування/ після лікування (p<0,05).

струального циклу, то концентрації естрадіолу та прогестерону статистично вірогідно зростали після комплексної терапії та становили 58,12 ± 2,13 пг/мл проти 37,32 ± 3,21 пг/мл відносно естрадіолу та 15,58 ± 1,71 нг/мл проти 5,23 ± 2,36 нг/мл відносно прогестерону.

Ефективність терапевтичного комплексу також досліджували шляхом оцінки перифолікулярного кровотоку в різні фази менструального циклу та гемодинаміки в венозному басейні малого тазу. Так, після проведеного лікування у жінок основної групи спостерігалося статистично вірогідне збільшення показників максимальної систолічної швидкості перифолікулярного кровотоку 12,45 ± 1,19 см/с на фоні зменшення індексу резистентності - 0,54 ± 0,03 в ранню фолікулінову фазу проти показників до лікування.

Щодо перифолікулярного кровотоку в периовуляторну фазу, то у жінок основної групи після відміни лікування також спостерігалося збільшення систолічної швидкості 17,32 ± 0,021 см/с на фоні зниження периферійного опору судин - 0,41 ± 0,001 з статистично вірогідною різницею показників.

Показники перифолікулярного кровотоку в лютеїнові фази циклу після відміни комплексного лікування у жінок основної групи характеризувалися посиленням максимальної систолічної швидкості кровотоку в порівнянні з показниками до лікування - 18,21 ± 0,002 см/с на фоні відносно стабільних показників індексу резистентності - 0,51 ± 0,002.

Вивчаючи середню систолічну швидкість кровотоку в венах малого тазу жінок через 3 місяців після прове-

деного лікування встановлено статистично вірогідне прискорення кровотоку в усіх венозних тазових колекторах. Так, середня швидкість кровотоку в матковій вені справа до лікування становила 1,8 ± 0,04 см/с, зліва 1,4 ± 0,05 см/с, в внутрішній здухвинній вені справа - 2,1 ± 0,01 см/с та 1,9 ± 0,05 см/с зліва, в яєчниковій артерії справа 0,8 ± 0,01 см/с та зліва - 0,7 ± 0,05 см/с, тоді як після проведеної комплексної терапії середня систолічна швидкість кровотоку в матковій артерії справа дорівнювала 7,31 ± 0,06 см/с, зліва - 7,42 ± 0,04 см/с, у внутрішній здухвинній вені справа - 7,3 ± 0,11 см/с справа та 7,1 ± 0,05 см/с зліва, в яєчниковій вені справа 7,2 ± 0,12 см/с та зліва - 7,8 ± 0,12 см/с.

Щодо рефлюксу крові, то після проведеного оперативного втручання лише у 1 (1,4%) жінки спостерігався нетривалий здухвинно-парієтальний рефлюкс.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Після проведеної комплексної двохетапної терапії у жінок з недостатністю лютеїнової фази та варикозним розширенням вен репродуктивних органів малого тазу має місце нормалізація гемодинаміки в малому тазу за рахунок збільшення середньої швидкості кровотоку в венозних колекторах та оптимізація перифолікулярного кровотоку протягом менструального циклу за рахунок поступового збільшення максимальної систолічної швидкості зі зниженням периферійного опору судин, що призводить до формування повноцінного жовтого тіла та адекватного яєчникового стероїдогенезу.

2. Отримані клінічні, лабораторні та інструментальні дані дозволяють стверджувати, що запропоновані методики індивідуальної корекції недостатності лютеїнової фази на фоні варикозного розширення вен малого тазу є високоефективними. Вибір способу лікування НЛФ з урахуванням локалізації варикозної дилатації тазових венозних колекторів, анатомічних характеристик яєчникових вен дозволяє в переважній більшості випадків добитися покращення гормонального фону, що сприяє не тільки збереженню фертильності у жінок репродуктивного віку, але і дозволяє значно підвищити якість життя хворих та їх соціальну активність.

Проведений аналіз результатів лікування є свідченням того, що важливою умовою досягнення стійкого клінічного ефекту в лікування НЛФ є етіопатогенетична корекція чинних факторів, зокрема варикозного розширення вен органів малого тазу.

Запропонований двохетапний алгоритм терапевтичної корекції недостатності лютеїнової фази на фоні варикозної трансформації тазових венозних колекторів є ефективною, безпечною і толерантною не лише для відновлення функції репродуктивної системи, але й для нормального функціонування усього організму в цілому.

### Список літератури

1. Йен С. С. К. Репродуктивная эндокринология / С. С. К. Йен, Р. Б. Джаффе. - М. : Медицина, 1998. - Т. 1. - 701 с.
2. Бакулева Л. П. Альгодисменорея / Л.П. Бакулева, З.А. Базина. - М., 1988.

- 123 с.
3. К вопросу обеспечения мониторинга гормонального статуса женщин / В. В. Каминский, С. И. Жук, Н. А. Сиенко [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. - 2008. - № 2 (36).
- С. 49-52.
4. Проскурякова О. В. Ультразвуковое исследование венозных сосудов неизмененных внутренних половых органов женщины // О.В. Проскурякова, С.Э. Лесюк // Эхография. - 2000. - Т.1, № 1. - С. 115-122.
5. Суховатых Б. С. Патогенетическое обоснование миниинвазивного лечения 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 медичного 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 акушерства 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 університету 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. Заболотного, 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, фолікулярна неоплазія. Використані дві методики оперативних втручань. Тривалість операції у I групі була  $79 \pm 12$  хв., у II групі -  $52 \pm 10$  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 випадках (2,8%) у пацієнтів I групи. В II групі випадків пошкодження поворотного нерва не відмічалось ( $p < 0,05$ ). Середній ліжко-день склав  $2,0 \pm 0,5$  днів.

**Ключові слова:** вузловий зоб, ендоскопічна тиреоїдна хірургія.

#### Вступ

Вузловий зоб є самою частою тиреоїдною патологією, яка охоплює до 5-7 % населення країни та зберігає тенденцію до зростання. Це відбувається не тільки завдяки збільшенню частоти даної патології серед населення, 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 щитовидної залози, кінчаючи напрямком хворих на операцію тільки коли показання до неї вже очевидні. Крім того відомо, що, традиційно, гемітиреоїдектомія є мінімальним об'ємом оперативного втручання при вузловому зобі. Після гемітиреоїдектомії гіпотиреоз розвивається в 50-60% прооперованих пацієнтів, що в свою