

возраста продолжили трудовую деятельность без значимых ограничений.

Вывод

У пациентов с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности при варикозной болезни выполнение полного стриппинга большой подкожной вены в комбинации с надфасциальной перевязкой перфорантных вен и проведение короткого стриппинга БПВ с аналогичным устранением горизонтального рефлюкса не имеют статистически значимых отличий по своей эффективности в ближайшем после-

операционном периоде и через год после проведения операций. Однако после выполнения полного стриппинга БПВ у определенного числа пациентов (25,5% в нашем исследовании) развиваются симптомы нейропатии п. saphenous, доставляющие дискомфорт пациентам в некоторых случаях (19,1%). В силу полученных результатов мы полагаем, что короткий стриппинг большой подкожной вены в сочетании с надфасциальной перевязкой несостоятельных перфорантных вен, можно считать операцией выбора для пациентов с варикозной болезнью в стадии трофических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая ангиология: руководство // под ред. А.В. Покровского. — В двух томах. — Т. 2. — М.: Медицина, 2004. — 888 с.
2. Богачев В. Ю. Материалы V конференции Ассоциации флебологов России / В.Ю. Богачев // М., 2004. — С. 19-23.
3. Jawien A. The Influence of Environmental Factors in Chronic Venous Insufficiency // Angiology. — 2003. — Vol. 54, suppl. L. — P. 19-31.

4. Allegra C. Chronic venous insufficiency: the effects of health-care reforms on the cost of treatment and hospitalization — an Italian perspective // Current Medical Research and Opinion. — 2003. — Vol. 19, № 8. — P. 761-9.
5. Boudourogrou D., Kakkos S.K., Geroulakos G. Adjuvant medical therapy to deep venous reconstruction // Phlebology. — 2004. — Vol. 19, № 1. — P. 4-6.

УДК 616.441/.447-089.8

Применение видеоассистированных операций при заболеваниях щитовидной и паращитовидных желез

Л.Е. СЛАВИН, М.М. ХАСАНШИН, И.В. ФЕДОРОВ, А.Н. ЧУГУНОВ, А.Ф. ГАЛИМЗЯНОВ, Р.Т. ЗИМАГУЛОВ

Казанская государственная медицинская академия
Межрегиональный клинико-диагностический центр МЗ РТ

Славин Лев Ефимович

доктор медицинских наук, профессор кафедры эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии
420029, г. Казань, ул. Сибирский Тракт, д. 23, кв. 65,
тел. 8-917-391-53-45, e-mail: Lev.s@rambler.ru

В статье представлен опыт проведения операций на щитовидной и паращитовидных железах при помощи видеоассистенций. С 2010 по 2012 год всего было прооперировано 9 женщин и 1 мужчина. Средняя продолжительность вмешательства составила 75 (60-95) мин. при гемитиреоидэктомии и 60 (45-70) мин. при удалении аденомы паращитовидной железы. В 9 случаях был достигнут ожидаемый эффект от оперативного вмешательства. Средний послеоперационный койко-день составил 4.

Ключевые слова: узловый зоб, первичный гиперпаратиреоз, видеоассистированная тиреоидэктомия, видеоассистированная паратиреоидэктомия.

Application of video assisted operations at diseases of thyroid and parathyroid glands

L.E. SLAVIN, M.M. KHASANSHIN, I.V. FEDOROV, A.N. CHUGUNOV, A.F. GALIMZYNOV, R.T. ZIMAGULOV

Kazan State Medical Academy
Interregional Clinical Diagnostic Center of MH of RT



The article presents the experience of the operations on the thyroid and parathyroid glands using video-assisted. From 2010 to 2012 all were operated 9 women and 1 man. The average duration of the intervention was 75 (60-95) minutes at hemithyroidectomy and 60 (45-70) minutes while removing parathyroid adenoma. In 9 cases the desired effect has been achieved by surgical intervention. The average postoperative hospital stay was 4.

Key words: nodular struma, primary hyperparathyroidism, videoassisted thyroidectomy, videoassisted parathyroidectomy.

Сложное топографо-анатомическое положение и специфика физиологических механизмов функционирования щитовидной и паращитовидных желез вызывают значительные трудности как при обследовании, так и при лечении больных с патологией данных органов. Это в полной мере касается и оперативного вмешательства, которое в нашей стране является основным методом лечения большинства пациентов с хирургической патологией щитовидной и паращитовидных желез. Основными осложнениями при операциях на эндокринных органах шеи являются повреждение возвратного гортанного нерва и удаление паращитовидных желез. Односторонний парез голосовых связок ведет к изменению тембра голоса, а двухстороннее повреждение возвратного нерва требует выполнения сложных реконструктивных вмешательств на связочном аппарате гортани и нередко ведет к стойкой инвалидизации пациентов. Гипофункция околощитовидной железы вызывает повышение нервно-мышечной возбудимости, ухудшение сократительной способности миокарда, судороги в связи с недостатком кальция в крови.

С целью сведения к минимуму осложнений в послеоперационном периоде при операциях на щитовидной и околощитовидных железах, как правило, требуется использование достаточно широкого открытого хирургического доступа, использование бинокулярных очков [1, 2]. При этом стандартный доступ несет за собой косметический дискомфорт (особенно у молодых женщин), длительные боли, гипопаратиреоз, парестезии, ощущение инородного тела. Таким образом, минимально инвазивная хирургия была предложена в качестве менее инвазивной, альтернативой операции [3]. Метод мини-инвазивной операции с применением видеоассистенции (MIVAT) был разработан с целью уменьшения протяженности послеоперационного рубца, боли в послеоперационном периоде, снижения сроков пребывания пациента в клинике, в сравнении с традиционной методикой. Эндоскопические операции и минимально инвазивные методы на протяжении последних лет значительно эволюционировали, чтобы свести к минимуму травмы от значительного разреза при стандартном доступе [2].

В настоящее время появилась возможность точной топической диагностики аденом паращитовидных желез (экспертное ультразвуковое исследование, сцинтиграфия), в связи с чем, расширились возможности применения видеоассистированных методик, поскольку нет необходимости в ревизии всех паращитовидных желез.

Мы описываем опыт применения видеоассистированных операций при заболеваниях щитовидной и паращитовидных желез в Межрегиональном клинко-диагностическом центре (г. Казань).

Материалы и методы

С 2010 по 2012 год всего прооперированы с использованием видеоподдержки 10 больных: из них с заболеваниями щитовидной железы — 3 и с заболеваниями паращитовидных желез — 7. Для тиреоидэктомии по-

казаниями к операции были: узловой зоб до 2,0 см в диаметре с ростом узла; при этом объем узла менее 20,0 мл; объем доли щитовидной железы <30 мм по данным УЗИ. Для паратиреоидэктомии показаниями к операции были: первичный гиперпаратиреоз — 5 случаев и третичный гиперпаратиреоз — 2 случая.

Мы использовали прямой метод видеоассистированной операции, который описывается Микколи и др., с использованием ультразвукового скальпеля (Hagmonik). Интраоперационно после пересечения нижней щитовидной артерии удалось визуализировать возвратный гортанный нерв по предложенным ранее анатомическим ориентирам: трахеоэзофагеальная борозда, бугорок Zuckerkandle, связка Berry, околощитовидные железы, нижний рог щитовидного хряща. В послеоперационном периоде проводился мониторинг оперированных пациентов, с помощью оценки клинически проходящих изменений голоса и путем определения гормонов паращитовидных желез.

Результаты

Всего было прооперировано 9 женщин и 1 мужчина. Средняя продолжительность вмешательств составила 75 (60-95) мин. при гемитиреоидэктомии и 60 (45-70) мин. при удалении аденомы паращитовидной железы. Все разрезы были ≤3 см. Один пациент подвергся расширению разреза до 4 см, в связи с недооценкой размеров железы для извлечения последней. В 9 случаях был достигнут ожидаемый эффект от оперативного вмешательства. В 1 случае результат операции (по поводу первичного гиперпаратиреоза) рассматривали как неудовлетворительный, поскольку в послеоперационном периоде не наблюдалось снижения уровня паратгормона и морфологическое исследование показало, что была удалена ткань щитовидной железы. Поскольку во всех случаях вмешательства выполнялись прецизионно, дренирования раны не требовалось. Средний послеоперационный койко-день составил 4. Осложнений со стороны раны, парезов голосовых связок не наблюдали.

Обсуждение

Первая процедура MIVAT была выполнена в 1990-х годах, но не нашла широкого распространения в связи с хорошими результатами, достигнутыми открытой хирургией. В опытных руках открытые тиреоидэктомии могут осуществляться посредством 4–6-сантиметрового разреза и длиться менее 90 минут с отличными косметическими результатами. Тем не менее несколько центров опубликовали обнадеживающие результаты MIVAT, защищая ее использования у отдельных пациентов. Частота осложнений при выполнении видеоассистированных операций такая же, как и при традиционных вмешательствах [1–3, 5]. Это было дополнительно подтверждено в крупных сравнительных исследованиях [5, 7]. Более того, значительно лучшие результаты при применении малоинвазивных вмешательств на шее наблюдались по таким параметрам как длина разреза, кровопотеря, продолжительность пребывания в

стационаре, послеоперационные боли и косметические результаты. Более того, на наш взгляд использование эндовидеохирургического комплекса может способствовать снижению частоты осложнений за счет лучшей визуализации операционного поля [8, 9].

Выводы

Применение видеоассистированной тиреоидэктомии и паратиреоидэктомии показано пациентам, у которых

сопоставимы травматичность доступа и основного этапа операции. При хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза необходимо интраоперационное морфологическое подтверждение адекватности оперативного пособия во всех случаях, в том числе при доказанном до операции доброкачественном характере заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Henry J.F. Minimally invasive thyroid and parathyroid surgery is not a question of length of the incision // *Langenbecks Arch Surg.* — 2008. — Vol. 393. — P. 621–6.
2. Miccoli P., Minuto M.N., Ugolini C., Pisano R., Fosso A., Berti P. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy for benign thyroid disease: an evidence-based review // *World J Surg.* — 2008. — Vol. 32. — P. 1333–40.
3. Miccoli P., Berti P., Raffaelli M., Materazzi G., Baldacci S., Rossi G. Comparison between minimally invasive video-assisted thyroidectomy and conventional thyroidectomy: a prospective randomized study // *Surgery.* — 2001. — Vol. 130. — P. 1039–43.
4. Henry J.F. Minimally invasive surgery of the thyroid and parathyroid glands // *Br J Surg.* 2006. — Vol. 93. — P. 1–2.

5. Ohgami M., Ishii S., Arisawa Y., Ohmori T., Noga K. et al. Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* — 2000. — Vol. 10. — P. 1–4.
6. Ikeda Y., Takami H., Tajima G., Sasaki Y., Takayama J. et al. Total endoscopic thyroidectomy: axillary or anterior chest approach // *Biomed Pharmacother.* — 2002. — Vol. 56 (Suppl 1). — P. 72–8.
7. Miccoli P., Berti P., Frustaci G.L., Ambrosini C.E., Materazzi G. Videoassisted thyroidectomy: indications and results // *Langenbecks Arch Surg.* — 2006. — Vol. 391. — P. 68–71.
8. Surgery of thyroid and parathyroid glands / AF Romanchishen, 2009.
9. Egiev V. Problems and Prospects of Assisted Surgery interventions for thyroid nodules / B. N. Egiev etc. // *Surgery. Journal them. Pirogov.* — 2004. — № 6. — P. 59–62.

УДК 616.441-006-076

Формирование показаний для тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии при субсантиметровых узлах щитовидной железы

Е.И. СОКОЛОВА, Е.Д. СЕРГЕЕВА, Ю.К. АЛЕКСАНДРОВ

Ярославская государственная медицинская академия

Соколова Екатерина Игоревна

аспирант кафедры хирургических болезней

педиатрического факультета

150054, г. Ярославль, ул. Углическая, д. 27а, кв. 8

тел. 8-960-542-44-08, e-mail: yarmini@yandex.ru

В статье представлены результаты тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии под контролем УЗИ в группе 153 пациентов с субсантиметровыми узлами щитовидной железы. Всем больным при выявлении «малых» очаговых образований щитовидной железы независимо от размера узла необходимо проводить тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию под контролем УЗИ, что позволяет своевременно выявлять злокачественный процесс и формировать группы больных, подлежащих наблюдению и хирургическому лечению.

Ключевые слова: щитовидная железа, узловой зоб, микрокарцинома, тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАПБ), ультразвуковое исследование (УЗИ).

The formation of indications for fine-needle aspiration puncture biopsy at subsantimetric thyroid nodules

E.I. SOKOLOVA, E.D. SERGEEVA, Y.K. ALEXANDROV

Yaroslavl State Medical Academy

The results of fine-needle aspiration biopsy under ultrasound control of 153 patients with subcentimetric thyroid nodules are presented in the article. All patients with "small" thyroid nodules regardless of the size of nodule need necessary to carry out fine-needle aspiration biopsy under ultrasound control. It allows to reveal malignant process and to form groups of the patients who are need to supervision and surgical treatment.

Key words: thyroid gland, nodular goiter, microcarcinoma, fine-needle aspiration biopsy (FNAB), ultrasound investigation (USI).