



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **54520** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ГЕМІТИРЕОЇДЕКТОМІЇ**

1

2

(21) u201006488

(22) 28.05.2010

(24) 10.11.2010

(46) 10.11.2010, Бюл.№ 21, 2010 р.

(72) ШЛЯХТИЧ СЕРГІЙ ЛЕОНОВИЧ, ЧЕРНИШОВ
СЕРГІЙ ВІКТОРОВИЧ(73) ШЛЯХТИЧ СЕРГІЙ ЛЕОНОВИЧ, ЧЕРНИШОВ
СЕРГІЙ ВІКТОРОВИЧ(57) Спосіб гемітиреоїдектомії, який включає дос-
туп до щитоподібної залози та видалення її частки

за екстрафасціальною методикою, який **відрізня-
ється** тим, що спочатку мобілізують верхній по-
люс, потім нижній, після цього частку ротують у
медіальному напрямку, оцінюють анатомічні особ-
ливості будови задньої поверхні частки - розташу-
вання горбика Цукеркандля, прищитоподібних за-
лоз, зворотного нерва та проводять
екстрафасціальну гемітиреоїдектомію.

Корисна модель відноситься до галузі меди-
цини, а зокрема, до хірургічної ендокринології, і
може застосовуватись при лікуванні доброякісних
новоутворень щитоподібної залози.

Відомі чисельні методи оперативних втручань
при доброякісних захворюваннях щитоподібної
залози, різноманітні за обсягом: від резекції до
гемітиреоїдектомії (SU патент №1528455 A1, МПК
A61B17/00; RU патент №2147839 CI, МІЖ
A61B17/00).

Враховуючи вірогідність діагностування
злоякісної пухлини щитоподібної залози лише на
постопераційному етапі, мінімальним за обсягом
оперативним втручанням на щитоподібній залозі,
який забезпечує онкологічну радикальність, може
бути тільки гемітиреоїдектомія. Тому операції
резекційного обсягу не можуть бути застосовані на
щитоподібній залозі.

Найбільш близьким до запропонованого є
спосіб гемітиреоїдектомії, описаний
І.В.Комісаренко і співавт. (UA патент №35372 A,
МПК A61B17/00). Операція в цьому випадку
здійснюється шляхом виділення однієї частки
щитоподібної залози, починаючи від перешийка,
мобілізацію проводять за екстрафасціальною ме-
тодикою з виділенням зв'язки Беррі та
пересіканням її, при візуалізації зворотного гор-
танного нерва та прищитоподібних залоз.

Проте, за даним способом не враховується
можлива наявність так званого горбика Цукер-
кандля - виросту з задніх відділів щитоподібної
залози, який у 28-34 % випадків може бути розта-

шований глибше зв'язки Беррі. Тому, видалення
частки щитоподібної залози від трахеї,
орієнтуючись на зв'язку Беррі, може у випадку роз-
ташування горбика Цукеркандля позаду стравохо-
ду призвести до пошкодження зворотного нерва
або, у випадку розташування горбика Цукеркандля
позаду трахеї - до неповного видалення
ушкодженої тканини залози.

В основу корисної моделі поставлено завдан-
ня удосконалити спосіб гемітиреоїдектомії шляхом
проведення операції на частці щитоподібної зало-
зи, починаючи з верхньо-латерального краю, ре-
тельно оцінюючи анатомічні особливості будови
задньої поверхні частки, що дозволить підвищити
ефективність лікування патології щитоподібної
залози.

Поставлене завдання вирішується таким чи-
ном, що в способі, який включає доступ до
щитоподібної залози та видалення її частки за
екстрафасціальною методикою, згідно з даною
корисною моделлю, спочатку мобілізують верхній
полюс, потім нижній, після цього частку ротують у
медіальному напрямку, оцінюють анатомічні
особливості будови задньої поверхні частки - роз-
ташування горбика Цукеркандля,
прищитоподібних залоз, зворотного нерва та про-
водять екстрафасціальну гемітиреоїдектомію.

За рахунок даних технічних прийомів
досягається більш ретельне видалення частки
щитоподібної залози зі збереженням
прищитоподібних залоз та зворотного нерва, що

(13) **U**
(11) **54520**
(19) **UA**

поліпшує радикальність гемітиреоїдектомії та дозволяє уникнути ускладнень.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Після доступу до щитоподібної залози за Кохером розсікають верхню підвішуючу зв'язку та мобілізують верхній полюс частки. Верхні щитовидну артерію і вену перев'язують і пересікають окремо під візуальним контролем, що забезпечує цілісність верхнього гортанного нерва. Поступово порціонне пересікають зв'язку уздовж перстнеподібного хряща, лігують гілки верхньої щитоподібної артерії до місця розташування верхньої прищитоподібної залози. Потім переходять до нижніх вен щитоподібної залози, які лігують та пересікають. Після цього поступово, екстрафасціалью зі збереженням нижньої прищитоподібної залози приступають до виділення нижнього полюсу частки та перев'язують нижню щитоподібну артерію та її гілки. Частку щитоподібної залози ротують медіальне. Ретельно оцінюються анатомічні особливості будови задньої поверхні частки на наявність горбика Цукеркандля та розташування прищитоподібних залоз та зворотного нерва. Лігується та пересікається поздовжня артерія. Поступово, знизу нагору та зовні до середини, залишаючи зворотний нерв нижче оперативного прийому, перетинають фасцію щитоподібної залози та зв'язку Беррі. Потім, просуваючись по бічній поверхні трахеї нагору, відділяють частку щитоподібної залози та перешийок від трахеї у напрямку до протилежної частки, 1/4 частину якої резекують та формують куксу. Закінчують операцію ретельним гемостазом, встановленням аспіраційного дренажу в ложе вирізаної частки і пошаровим ушиванням рани.

Клінічний приклад 1. Хвора Ж., 36 років, поступила до клініки 26.04.2004 р. з діагнозом - правобічний вузловий зоб, еутиреоїдна форма. За даними УЗД: вузол правої частки розміром 46 мм. ТАПБ від 27.04.2004 р.: вузловий зоб 28.04.2004 р., під час операції, у правій частці виявляється вузол синюватого кольору, щільно-еластичної консистенції розміром до 50 мм. Виконана правобічна гемітиреоїдектомія за екстрафасціалью методикою. Ліва частка без

особливостей. До ложа вирізаної частки підведений вакуумний дренаж. Пошарові шви на рану. Асептична пов'язка.

ПГЗ № 132: Макро-мікрофолікулярний колоїдний зоб.

Післяопераційний період протікав без особливостей. В подальшому, протягом 3-х місяців пацієнтка отримувала L-тироксин у дозі 75 мкг/добу, після чого препарат поступово відмінили. Обстежена через 3 міс., 1 рік, 2 роки та 3 роки після операції. Ознак рецидиву не виявлено. За результатами гормональних досліджень - зберігається еутиреоїдний стан.

Клінічний приклад 2. Хвора Ч., 48 років, поступила до клініки 17.11.2007 р., з діагнозом - правобічний вузловий зоб, еутиреоїдна форма. За даними УЗД: Вузол правої частки розміром 31 мм. ТАПБ від 14.11.2007 р.: пухлина мікрофолікулярної будови.

18.11.2007 р., під час операції виявлено вузол правої частки розміром 30 мм; щільно-еластичної консистенції, у капсулі, білісуватого кольору, паренхіматозної структури. Ліва частка без ознак патології. Виконана правобічна гемітиреоїдектомія з вузлом, перешийком та 1/4 об'єму лівої частки, що прилягає до трахеї, за екстрафасціалью методикою. Експрес-гістологічне дослідження: фолікулярна неоплазія. До ложа вирізаної частки підведений вакуумний дренаж. Пошарові шви на рану. Асептична пов'язка.

ПГЗ № 718: фолікулярна аденома щитоподібної залози.

Післяопераційний період без ускладнень. В подальшому, протягом 3-х місяців пацієнтка отримувала L-тироксин у дозі 100 мкг/добу, після чого препарат поступово відмінили. Обстежена через 3 міс., 1 рік, 2 роки після операції. Ознак рецидиву не виявлено. За результатами гормональних досліджень - зберігається еутиреоїдний стан.

Таким чином, запропонований спосіб гемітиреоїдектомії дозволяє поліпшити радикальність гемітиреоїдектомії та уникнути ускладнень і може використовуватися у хірургії щитоподібної залози.