



УКРАЇНА

(19) UA (11) 54521 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ ДО ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u201006489

(22) 28.05.2010

(24) 10.11.2010

(46) 10.11.2010, Бюл.№ 21, 2010 р.

(72) ЧЕРНИШОВ СЕРГІЙ ВІКТОРОВИЧ, ШЛЯХ-
ТИЧ СЕРГІЙ ЛЕОНОВИЧ

(73) ЧЕРНИШОВ СЕРГІЙ ВІКТОРОВИЧ, ШЛЯХ-
ТИЧ СЕРГІЙ ЛЕОНОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного доступу до щитоподібної залози, який включає розтин шкіри, підшкірножирової клітковини, топографоанатомічних структур

над щитоподібною залозою та видалення обох її часток, який **відрізняється** тим, що доступ до щитоподібної залози здійснюють через розріз в 5-6 см власної фасції шиї між m.sternocleidomastoideus, m.sternohyoideus та m.sternothyrodeus з обох боків, при цьому не перетинають короткі м'язи та не перев'язують передні яремні вени, а видалення часток щитоподібної залози виконують з латерального краю з обох боків.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а зокрема, до хірургічної ендокринології і може застосовуватись при лікуванні як доброякісних, так і злоякісних новоутворень щитоподібної залози.

До теперішнього часу найчастіше хірургами використовується доступ до щитоподібної залози за Кохером, який полягає у перетині в поперечному напрямку II фасції шиї разом із передніми яремними венами та лімфатичними судинами, а також пересічення притиреоїдних м'язів. Модифікації цього доступу стосуються перев'язки передніх яремних вен або розтину коротких м'язів шиї (RU патент № 2285452 C2, МПК А61В 17/00; UA патент № 40173 U, МПК А61В 17/00, 17/12). Проте, розтин II фасції шиї разом із передніми яремними венами та лімфатичними судинами може призводити до довготривалого післяопераційного набряку верхнього лоскуту шкіри, який, в свою чергу, призводить до формування грубих спайок та негативних відчуттів у пацієнтів при ковтанні.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб, описаний І.Ю. Полянським і співавт. (UA патент № 49214 А, МПК А61В17/00). Оперативний доступ в цьому випадку здійснюється по Кохеру, розтин другої та третьої шийної фасції проводять у поздовжньому напрямку розрізом в 2-3 см, притиреоїдні м'язи по цій же лінії роз'єднують і відводять в боки, парієтальний листок IV фасції шиї розсікають повздовж і також відводять в боки, виконують оперативний прийом на залозі.

Проте, треба зазначити, що у випадках, коли надмірно розвинуті передні яремні вени, виникає необхідність їх перев'язки, що призводить до післяопераційного набряку, формуванню спайок та викликає дискомфорт при ковтанні; при анатомічних особливостях будови зони коротких м'язів неможливо визначитися з розташуванням середньої лінії, що потребує проводити розріз через притиреоїдні м'язи, що також спричиняє виникнення вищезгаданих ускладнень.

В основу корисної моделі поставлено завдання удосконалити спосіб доступу до щитоподібної залози, шляхом доступу до тканини залози з латерального краю m.sternohyoideus та m.sternothyrodeus з обох боків, що дозволить підвищити косметичний ефект та уникнути набряку та формування в післяопераційному періоді виразних спайок.

Поставлене завдання вирішується тим, що в спосіб, який включає розтин шкіри, підшкірножирової клітковини, топографоанатомічних структур над щитоподібною залозою та видалення обох її часток, згідно з даною корисною моделлю, доступ до щитоподібної залози здійснюють через розріз в 5-6 см власної фасції шиї між m.sternocleidomastoideus, m.sternohyoideus та m.sternothyrodeus з обох боків, при цьому не перетинають короткі м'язи та не перев'язують передні яремні вени, а видалення часток щитоподібної залози виконують з латерального краю з обох боків.

(13) U

(11) 54521

(19) UA

За рахунок даних технічних прийомів через стандартний шкіряний розріз, без зайвої травмизації тканин, лімфатичних та кровоносних судин, розташованих у притиреоїдних м'язах, виконується адекватний оперативний прийом та досягається найкращий косметичний ефект.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Виконують розріз шкіри та підшкірножирової клітковини за Кохером. Розсікається підшкірний м'яз. Шкірні лоскути зміщують доверху і донизу. Проводиться гемостаз. Відсепаровується і відводиться латерально *m.sternocleidomastoideus* з одного боку. Виконується розтин глибокого листка власної фасції шиї латеральніше *m.sternohyoideus* та *m.sternothyroideus* повздовж довжиною 5-6 см, та візуалізується частка щитоподібної залози. 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 порціонно 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'язці нижньої щитоподібної артерії та її гілок. Частку щитоподібної залози ротують медіально. Ретельно оцінюються анатомічні особливості будови задньої поверхні частки на наявність горбика Цукеркандля та розташування прищитоподібних залоз та зворотного нерву. Лігується та пересікається повздовжня артерія. Поступово, знизу вгору та зовні досередини, залишаючи зворотний нерв нижче оперативного прийому, перетинають фасцію щитоподібної залози та зв'язку Беррі. Потім, просуваючись по бічній поверхні трахеї вгору, відділяють частку щитоподібної залози та перешийок від трахеї у напрямку до протилежної частки, де з другого боку виконують розтин глибокого листка власної фасції шиї латеральніше *m.sternohyoideus* та *m.sternothyroideus* та описаним способом видаляють протилежну частку. Закінчують операцію ретельним гемостазом, встановленням аспіраційного дренажа в ложе щитоподібної залози і пошаровим ушиванням рани.

Клінічний приклад 1.

Хвора І., 66 років, госпіталізована до клініки 29.03.2004 р. з діагнозом - багатовузловий зоб, еутиреоїдна форма. За даними УЗД: вузол правої частки розміром 46 мм, вузли лівої частки в кілько-

сті 4 розміром від 15 до 37 мм. ТАПБ (тонкоголкова аспіраційна біопсія) від 27.03.2004 р.: вузловий зоб.

8.04.2004 р., під час операції у щитоподібній залозі виявляють до 8 новоутворень розмірами від 20 до 50 мм щільно-еластичної консистенції. Виконана тиреоїдектомія за екстрафасціалью методикою. До ложа залози підведений вакуумний дренаж. Пошарові шви на рану. Асептична пов'язка.

ПГЗ № 98: Багатовузловий макро-мікрофолікулярний колоїдний зоб.

Післяопераційний період - без особливостей. Рана зажила на 6 добу, коли і був знятий внутрішньошкірний шов. В подальшому, пацієнтка отримує L-тироксин у дозі 100 мкг/добу. Обстежена через 3 міс, 1 рік та 3 роки після операції. Ознак рецидиву не виявлено. За результатами гормональних досліджень - зберігається еутиреоїдний стан. Післяопераційний рубець в задовільному стані. Жалоб на дискомфорт при ковтанні нема.

Клінічний приклад 2. Хвора З., 58 років, госпіталізована до клініки 13.10.2006 р., з діагнозом - багатовузловий зоб, еутиреоїдна форма. За даними УЗД: вузол правої частки розміром 42 мм, вузол лівої - 15 мм. ТАПБ від 13.10.2006 р.: вузловий зоб з кістоподібною дегенерацією.

16.10.2006 р., під час операції виявлено вузол правої частки розміром 46мм щільно-еластичної консистенції, у капсулі, білісуватого кольору, паренхіматозної структури. В лівій частці виявлено вузол розміром 19 мм аналогічної будови. Виконана правобічна гемітиреоїдектомія з вузлом, перешийком та 1/2 об'єму лівої частки з вузлом. До ложа вирізанної частки підведений вакуумний дренаж. Пошарові шви на рану. Асептична пов'язка.

ПГЗ № 735: Багатовузловий макрофолікулярний зоб.

Післяопераційний період без ускладнень. Рана зажила на 5 добу, коли і був знятий внутрішньошкірний шов. 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. Післяопераційний рубець в задовільному стані. Жалоб на дискомфорт при ковтанні нема.

Таким чином, запропонований спосіб дозволяє зменшити травматичність втручання при операціях на щитоподібній залозі, поліпшити косметичний ефект, та може використовуватися у хірургії щитоподібної залози.