



УКРАЇНА

(19) UA (11) 54522 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНОГО ДОСТУПУ ДО ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u201006490

(22) 28.05.2010

(24) 10.11.2010

(46) 10.11.2010, Бюл.№ 21, 2010 р.

(72) ЧЕРНИШОВ СЕРГІЙ ВІКТОРОВИЧ

(73) ЧЕРНИШОВ СЕРГІЙ ВІКТОРОВИЧ

(57) Спосіб мінімально інвазивного доступу до щитоподібної залози, який включає розріз шкіри, підшкірножирової клітковини та видалення частки

щитоподібної залози, який відрізняється тим, що розріз шкіри виконують довжиною 2,5-3,0 см по природній складці шиї в зоні проекції m.sternocleidomastoideus, подальший доступ до щитоподібної залози здійснюють з латерального краю m.sternohyoideus та m.sternothyroideus, м'язи не перетинають, а видалення частки щитоподібної залози виконують з латерального краю.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а зокрема, до хірургічної ендокринології і може бути застосована при лікуванні доброякісних новоутворень щитоподібної залози.

Відомі способи доступу до тканини щитоподібної залози базуються на розрізі, запропонованому на початку 20-го сторіччя Т. Кохером. Розріз шкіри та підшкірножирової клітковини виконується типом по шийній складці по передній поверхні між m.sternocleidomastoideus. Надалі модифікації стосуються перетину притиреоїдних м'язів, довжини розрізу по середній лінії і т.д. (UA патент № 49711 А, МПК А61В 17/00, 17/3209; UA патент № 49214А, МПК А61В 17/00). Тому косметичними недоліками цих доступів є: довжина розрізу по передній поверхні шиї для виконання мінімального за обсягом оперативного втручання (гемітиреоїдектомії) не менше 5-6 см, велика ймовірність розвитку післяопераційного набряку, нависання верхнього лоскуту, формування гіпертрофічного або келоїдного рубця.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб, описаний В.В. Хазієвим і співавт. (UA патент № 40173 У, МПК А61В17/00, 17/12). Оперативний доступ в цьому випадку здійснюється за Кохером, розтин шийної фасції та притиреоїдних м'язів проводять по середній лінії довжиною 3-5 см, підшкірні та притиреоїдні м'язи відсепаровують від поверхні щитоподібної залози та розводять, виконують субфасціальну резекцію, кукси обробляють Тахокомбом.

Недоліками цього способу можна вважати: стандартний розріз по передній поверхні шиї, ви-

конання операції резекційного об'єму, відсутність активного дренивання рани.

В основу корисної моделі поставлено завдання розробити спосіб мінімально інвазивного доступу до щитоподібної залози шляхом виконання розрізу шкіри довжиною 2,5-3,0 см в проекції m.sternocleidomastoideus з боку ураження, що дозволить підвищити косметичний ефект, уникнути набряку та формування в післяопераційному періоді келоїдних рубців.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі, який включає розріз шкіри та підшкірножирової клітковини та видалення частки щитоподібної залози, згідно з даною корисною моделлю, розріз шкіри виконують довжиною 2,5-3,0 см по природній складці шиї в зоні проекції m.sternocleidomastoideus, подальший доступ до щитоподібної залози здійснюють з латерального краю m.sternohyoideus та m.sternothyroideus, м'язи не перетинають, а видалення частки щитоподібної залози виконують з латерального краю.

За рахунок даних технічних прийомів - із мінімального доступу виконується екстрафасціальна гемітиреоїдектомія, зменшується травматизація тканин, лімфатичних та кровоносних судин, досягається найкращий косметичний ефект.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Виконується розріз шкіри та підшкірножирової клітковини довжиною до 3.0см по природній складці шиї в зоні проекції m.sternocleidomastoideus. Частково перетинається підшкірний м'яз. Відсепаровується і відводиться латерально m.sternocleidomastoideus. Виконується розтин глибокого листка власної фасції шиї латеральніше

(19) UA (11) 54522 (13) U

m.sternohyoideus та m.sternothyroideus та візуалізується щитоподібна залоза. Після цього розсікають верхню підвішуючу зв'язку та мобілізують верхній полюс частки. Верхні щитоподібну 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 приступають до виділення нижнього полюсу частки (поступово, екстрафасціалью зі збереженням нижньої прищитоподібної залози) та перев'язки 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 нерва. Лігується та пересікається поздовжня артерія. Поступово, знизу нагору та зовні досередини, 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 яку резеціюють та формують куксу. Закінчують операцію ретельним гемостазом, встановленням аспіраційного дренажу в ложе вирізаної частки і пошаровим ушиванням рани.

Клінічний приклад 1. Хвора А., 38 років, госпіталізована в клініку 21.07.2006 р. з діагнозом - правобічний вузловий зоб, еутиреоїдна форма. За даними УЗД: вузол правої частки розміром 36 мм. ТАПБ від 27.06.2006 р.: вузловий зоб.

22.07.2006 р., операція, доступ довжиною 3 см в проекції правого m.sternocleidomastoideus, у правій частці визначається вузол білісуватого кольору, щільно-еластичної консистенції розміром до 35 мм. Виконана правобічна гемітиреоїдектомія за екстрафасціалью методикою. Ліва частка по даним УЗД без особливостей. До ложа вирізаної

частки підведений вакуумний дренаж. Пошарові шви на рану. Асептична пов'язка.

ПГЗ № 158: Макро-мікрофолікулярний колоїдний зоб.

Післяопераційний період протікав без особливостей. Рана зажила на 4 добу, коли і був знятий внутрішньошкірний шов. 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. Післяопераційний рубець практично не візуалізується.

Клінічний приклад 2. Хвора Б., 38 років, поступила до клініки 14.04.2007 р., з діагнозом - правобічний вузловий зоб, еутиреоїдна форма. За даними УЗД: Вузол правої частки, діаметром 61 мм. ТАПБ від 04.04.2007 р.: кістаденома.

15.04.2007 р., операція, доступ довжиною до 3 см в проекції правого m.sternocleidomastoideus, виявлений вузол правої частки розміром до 70 мм; м'яко-еластичної консистенції, у капсулі, кістозної структури. Ліва частка за даними УЗД без ознак патології. Виконана правобічна гемітиреоїдектомія з перешийком за екстрафасціалью методикою. До ложа вирізаної частки підведений вакуумний дренаж. Пошарові шви на рану. Асептична пов'язка.

ПГЗ № 718: кіста щитоподібної залози.

Післяопераційний період без ускладнень. Рана зажила на 4 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 практично не візуалізується.

Таким чином, запропонований спосіб дозволяє мінімізувати доступ до щитоподібної залози, зменшити травматичність втручання, поліпшити косметичний ефект, та може використовуватися у хірургії щитоподібної залози.