



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 57521

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕЗЕКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) 2002129590

(22) 02 12 2002

(24) 16 06 2003

(46) 16 06 2003, Бюл. № 6, 2003 р.

(72) Дейкало Ігор Миколайович, Шидловський
Віктор Олександрович(73) ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО(57) Спосіб резекції щитоподібної залози, який
включає виконання послідовних етапів хірургічного

доступу, оперативних маніпуляцій з висікання і
екстирпації окремих частин залози і наступного
відновлення анатомічної цілісності залишеної час-
тини ендокринного органу, який відрізняється
тим, що після виконання етапу хірургічного досту-
пу здійснюють мобілізацію залози шляхом
послідовного пересічення всіх структурних еле-
ментів тканинної фіксації, після чого приступають
до виконання наступних етапів хірургічного
лікування

Винахід відноситься до медицини, зокрема хі-
рургії, і може бути використаний при хірургічному
лікуванні хворих на патологію щитоподібної залози

Відомий спосіб резекції щитоподібної залози,
який включає послідовне виконання етапів хірургі-
чного доступу, оперативних маніпуляцій з висікан-
ня і екстирпації окремих частин залози і наступно-
го відновлення анатомічної цілісності залишеної
частини ендокринного органу [1]

Недоліком відомого способу є недостатній рі-
вень методичного забезпечення оперативного
втручання, оскільки маніпулювання на фіксованій
залозі пов'язано із надзвичайно високим ризиком
інтраопераційних ускладнень. Так, входження до
елементів фіксації залози таких життєво важливих
компонентів як верхні щитоподібні артерія і вена,
непарна щитоподібна артерія та непарне венозне
сплетіння, нижня щитоподібна артерія, вени Кохе-
ра, особливо при врахуванні інших анатомічних
елементів, зокрема таких, як зв'язки щитоподібної
залози та ін. пояснює досить часті ускладнення в
ході оперативного втручання у вигляді кровотечі,
травми гортанних нервів, при щитоподібних залоз
та ін.

В основу винаходу поставлено завдання вдос-
коналити відомий спосіб, в якому шляхом вико-
нання додаткових технологічних етапів хірургічно-
го втручання на щитоподібній залозі, спрямованих
на зниження ризику інтраопераційних ускладнень,
досягають підвищення ефективності хірургічного
способу

Поставлене завдання вирішують тим, що у ві-

домому способі резекції щитоподібної залози, який
включає виконання послідовних етапів хірургічного
доступу, оперативних маніпуляцій з висікання і
екстирпації окремих частин залози і наступного
відновлення анатомічної цілісності залишеної час-
тини ендокринного органу, відповідно до винаходу
після виконання етапу хірургічного доступу здійс-
нюють мобілізацію залози шляхом послідовного
пересічення всіх структурних елементів тканинної
фіксації, після чого приступають до виконання на-
ступних етапів хірургічного лікування, причому
послідовність прийомів хірургічної мобілізації щи-
топодібної залози і методику їх оперативного ви-
конання визначають за критеріями хірургічної до-
цільності і досягнення оптимальної клінічної
ефективності

Спосіб здійснюють таким чином. Після вико-
нання етапу типового хірургічного доступу та
ревізії приступають до мобілізації щитоподібної
залози. Для цього спочатку пересікають переший-
ок, звільняють верхній полюс, послідовно пе-
ресікають основні зв'язки, вени Кохера, гілки ниж-
ньої щитоподібної артерії лівої долі. При наявності
пірамідальної долі останню видаляють. Після цього
здійснюють резекцію долі або ж її видалення.
Аналогічно мобілізують праву долю щитоподібної
залози, після чого здійснюють її резекцію і
відновлюють анатомічну цілісність тканин.

Приклад 1. Хвора С., 42 роки, поступила в
хірургічну клініку з діагнозом: дифузний токсичний
зоб IV ступеню, тяжка форма, висцеропатична
стадія, тиреотоксичне серце.

В ході оперативного втручання виконали типо-

(13) A

(11) 57521

(19) UA

вий поперечний доступ по нижній шийній складці. При ревізії виявили великих розмірів дифузне збільшену, головним чином за рахунок правої долі, залозу із вираженою васкуляризацією. Перешийок потовщений, вузлоподібний. Від перешийки в напрямку до під'язикової кістки пірамідальна доля стовщена, довжиною до 4 і товщиною - 1,5 см. Пірамідальну долю поетапно видалили, пересікли та перев'язали артеріальну гілку по верхньому краю перешийки. З допомогою затискача сформували верхню частину тунелю між перешийком і трахеєю. По нижньому краю перешийки пересікли і перев'язали 4 (до 0,6 мм товщини) венозних стовбурів. Після цього сформували тунель між перешийком і щитоподібною залозою у напрямку знизу вверх. Бранші затискача розвели і між ними розікли перешийок з допомогою діатермокоагуляції. Культю перешийки від лівої долі захопили щипцями Мюзо, відтягнули вверх і вліво, пересікли фасціальні пучки між перешийком і трахеєю аж до внутрішнього краю долі і бокової поверхні перешийки. Шляхом поетапного пересічення і перев'язування гілок верхньої щитоподібної артерії, верхній полюс мобілізували і вивели в рану. Після цього, перешийок і верхній полюс вивели назовні, пересікли зв'язку, що з'єднує залозу з трахеєю, після чого суб-

фасціально пересікли вени Кохера і гілки нижньої щитоподібної артерії. Далі звільнили і вивели в рану нижній полюс лівої долі. Візуально визначили межі резекції. На верхній і нижній полюси залишеної частки наклали шви-трималки. Аналогічним чином операцію виконали при мобілізації та резекції правої долі залози. До залишених кукс залози підвели два гумових дренажі, які видалили на другий день. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом.

Приклад 2. Запропонованим способом проведено хірургічне лікування 59 хворих на дифузний токсичний зоб і 9 хворих із гіпертрофічною формою тиреоїдиту Хашімото. У хворих на дифузний токсичний зоб виконано субтотальну резекцію, а при тиреоїдиті Хашімото-тиреоїдектомію. В жодному з випадків інтраопераційних і ранніх післяопераційних ускладнень, зокрема, у вигляді порушень функції паращитоподібних залоз і ознак травми гортанних нервів не відмічено. Контролем була група хворих на дифузний токсичний зоб і тиреоїдит Хашімото, яким проводили хірургічне втручання за традиційним способом-прототипом. Порівняльна характеристика ефективності способів резекції щитоподібної залози наведена в таблиці.

Таблиця

Частота ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на дифузний токсичний зоб і тиреоїдит Хашімото

Групи оперованих хворих		кількість хворих	Характер ускладнень		
			Кровотеча	Травма гортанного нерва	Гіпопаратиреоз
За способом-прототипом	ДТЗ*	116	1	1	1
	ТХ	16	-	1	-
Запропонованим способом	ДТЗ	59	-	-	-
	ТХ	9	-	-	-

Примітка * ДТЗ - дифузний токсичний зоб, ТХ - тиреоїдит Хашімото

Із наведених в таблиці даних видно, що у групі хворих, порівняно із контрольною групою, ускладнень у ранньому післяопераційному періоді не виявлено, тоді як при оперативному втручанні за способом-прототипом ускладнення мали місце сумарно в 3,00%, у тому числі при дифузному зобі - в 2,58%, а при зобі Хашімото - 6,25% випадків.

Таким чином, запропонований спосіб хірургічного втручання забезпечує вищий порівняно із способом-прототипом, рівень методичного забез-

печення, що позитивно позначається на виконанні операції, знижує рівень травматизації тканини, частоту інтраопераційних та ранніх ускладнень, а отже - забезпечує підвищення ефективності хірургічного лікування в цілому.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги

1. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы // Медицина, 1979 - 237 с.