



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **63402** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ ДО ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

1

2

(21) u201102554

(22) 04.03.2011

(24) 10.10.2011

(46) 10.10.2011, Бюл. № 19, 2011 р.

(72) ЛЮТКЕВИЧ ОЛЕКСАНДР ВАЛЕРІЙОВИЧ,
СУПРУН ІРИНА СЕРГІЙВНА, КОВАЛЕНКО АНДРІЙ
ЄВГЕНОВИЧ, ДЕГТЯРЮК МАРИНА ВАСИЛІВНА(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЕНДОК-
РИНОЛОГІЇ ТА ОБМІНУ РЕЧОВИН ІМ. В.П. КОМІ-

САРЕНКА НАМН УКРАЇНИ"

(57) Спосіб хірургічного доступу до щитоподібної залози, що включає розтин шкіри, підшкірно-жирової клітковини, поверхневої фасції і підшкірного м'язу шиї, який **відрізняється** тим, що розтин проводять на 2-2,5 см нижче верхнього краю верхніх полюсів щитоподібної залози, а наступні етапи доступу виконують відповідно рівню цього розтину.

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема до хірургічної ендокринології і може застосовуватися при хірургічному лікуванні захворювань щитоподібної залози.

Тиреоїдна патологія як в Україні, так і в усьому світі має чітку тенденцію до зростання, чому сприяє посилення техногенного навантаження на суспільство. Нагальною проблемою на сьогоднішній день є пошук шляхів оптимізації хірургічного лікування щитоподібної залози.

Відомий загальноприйнятий доступ до щитоподібної залози за Кохером, при якому розтин шкіри проходить по передній поверхні шиї на 1,5-2 см вище яремної вирізки. Спосіб передбачає перетин в поперечному напрямі II фасції шиї разом із передніми яремними венами і лімфатичними судинами та пересічення коротких м'язів шиї (Брейдо І.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. - С/Пб: Гиппократ, 1998. - 330 с.).

Також відомі і способи модифікації хірургічного доступу до щитоподібної залози, які полягають у зміні розтину анатомічних структур (Пат. № 2285452С2 Російська Федерація, МПК А61В 17/00; Пат. № 40173 U Україна, МПК А61В 17/00, 17/12; Пат. № 67528А UA Україна, МПК А6В17/00).

Проте, всі ці способи мають недоліки, оскільки при втручанні не враховуються зміни конфігурації та об'єму залози, що призводить до збільшення частоти ускладнень.

За прототип авторами взятий спосіб оперативного доступу до щитоподібної залози, який здійснюється наступним чином: розтин довжиною 5-6 см (в залежності від величини зобу) проводять в поперечному напрямі на 1,5-2 см вище яремної вирізки груднини. Розтин має форму прямої лінії, проводиться в горизонтальному напрямі, строго

симетрично до серединної лінії шиї і перпендикулярно до поверхні шкіри. Пошарово розсікаються шкіра, підшкірна клітковина, I фасція (за Шовкуненко) шиї, а також платизма. Проводиться гемостаз. Тупфером шкірні лоскути зміщуються доверху і донизу. Друга фасція шиї разом з третьою розсікаються у поздовжньому напрямі протягом 2-3 см. По цій же лінії в поздовжньому напрямі роз'єднуються м'язи (m.sternohyoideus, m. sternothyroideus) і відводяться гачками Фарабефа в боки. Парієтальний листок IV фасції шиї розсікається вздовж і також відводиться в боки. Виділяється щитоподібна залоза. Виконують запланований об'єм оперативного втручання (Пат. 49214А UA, МПК А61В 17/00. Опубл. 16.09.2002, Бюл. № 9).

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити спосіб доступу до щитоподібної залози шляхом зміни підходу до рівня розтину шкіри, що дозволить зробити мобілізацію верхніх полюсів більш зручною, зменшити час проведення оперативного втручання, ризик кровотеч з верхніх щитоподібних судин та ризик травматизації зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі, що включає розтин шкіри, підшкірно-жирової клітковини, поверхневої фасції і підшкірного м'язу шиї, згідно з даною корисною моделлю, розтин проводять на 2-2,5 см нижче верхнього краю верхніх полюсів щитоподібної залози, а наступні етапи доступу виконують відповідно рівню цього розтину.

До даного рішення автори прийшли, досліджуючи шляхи доступу у випадках значного збільшення розмірів щитоподібної залози, особливо при багатовузловому зобі, дифузно-токсичному зобі і аутоімунному тиреоїдиті. Розтин, який вико-

(19) **UA** (11) **63402** (13) **U**

нують за прототипом втрачає анатомічну обумовленість і ускладнює мобілізацію верхніх полюсів щитоподібної залози, виявляючись занадто низьким для оптимального оперативного втручання. Збільшення об'єму залози призводить до змін конфігурації сполучнотканинних фіксуючих елементів переважно у ділянці верхніх полюсів. Нижні полюси щитоподібної залози міцно фіксовані зв'язками з хрящами гортані і трахеї і їх конфігурація мало змінюється навіть при значному збільшенні залози. При застосуванні класичного розтину мобілізація верхніх полюсів щитоподібної залози стає менш зручною і безпечною, збільшується ризик травматизації зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва, оскільки при розсіченні елементів верхньої підвішуючої зв'язки нервові волокна потрапляють у зону хірургічних маніпуляцій.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Після відповідної обробки операційного поля та анестезіологічного забезпечення виконують дугоподібний розтин за силовими лініями шкіри (лініями Лангера) довжиною 5-6 см в залежності від ступеню збільшення щитоподібної залози, на рівні 2-2,5 см нижче верхнього краю верхніх полюсів щитоподібної залози. Відповідно розсікають підшкірно-жирову клітковину, поверхневу фасцію і підшкірний м'яз шиї. Наступні етапи доступу виконують в проекції рівня, створеного цим розтином. Верхній шкірний лоскут з підшкірно-жировою клітковиною, поверхневою фасцією і підшкірним м'язом шкіри відсепаровується до верхнього краю щитоподібного хряща і фіксується. Відсепаровується, відводиться донизу і фіксується нижній лоскут. Роз'єднання другої та третьої шийної фасції проводиться у поздовжньому напрямку на протязі 2-3 см без пересічення передніх яремних вен. Претиреоїдні м'язи: грудинно-під'язичні, грудинно-щитоподібні і лопатково-під'язичні розводяться в латеральні сторони по середній лінії шиї разом з вісцеральним листком IV фасції шиї - зовнішньою капсулою щитоподібної залози. При необхідності розсікаються грудинно-щитоподібні м'язи і розводяться над щитоподібною залозою. Проводиться візуальна і пальпаторна ревізія тиреоїдної тканини, виконується оперативний прийом.

Мобілізація тканини щитоподібної залози здійснюється послідовно у декілька етапів. Після пересічення перешийка виконується мобілізація верхнього полюсу долі. Під візуальним контролем розсікається верхня підвішуюча зв'язка, виділяється зовнішня гілка верхнього гортанного нерва, розсікаються і лігуються верхні щитоподібні судини. Навіть при великому об'ємі щитоподібної залози завдяки запропонованому доступу верхня підвішуюча зв'язка завжди доступна для візуалізації, зручніше перев'язувати гілки верхніх щитоподібних судин, зменшується ризик кровотечі, попереджа-

ється травмування зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва. Наступним етапом мобілізується латеральна поверхня долі щитоподібної залози, виділяється і зберігається зворотний гортанний нерв і прищитоподібні залози. Щитоподібна залоза відводиться вгору і медіально, в результаті чого натягається її капсула і зв'язки, стає доступним для візуального контролю зворотний гортанний нерв. При наявності горбика Цукеркандля, він мобілізується і відводиться медіально, перетинається зв'язка Беррі, перев'язуються гілки нижньої щитоподібної артерії. Після мобілізації нижнього полюсу видаляється доля щитоподібної залози. Після видалення долі або всієї щитоподібної залози і гемостазу, ложе щитоподібної залози промивається розчином антисептиків, встановлюється активний дренаж, операційна рана пошарово ушивається, на шкіру накладається косметичний шов і асептична пов'язка.

Запропонованим доступом досягається найкращий косметичний ефект, оскільки забезпечуються всі умови формування оптимального рубця: по-перше, розтин проводиться за силовими лініями шкіри (лініями Лангера), тому зона заживлення практично позбавлена впливу натягу; по-друге, завдяки зручності доступу немає необхідності надмірно розтягувати краї рани гачками як при класичному способі, тому мікроциркуляція в шкірних лоскутах не порушується і кровопостачання тканин зберігається на високому рівні. При таких умовах утворюється тонкий, практично непомітний рубець.

Клінічний приклад

Хвора К. 1956 року народження, у 2010 р. була прийнята в клініку з діагнозом - дифузний токсичний зоб, тиреотоксикоз важкого ступеня тяжкості, стадія медикаментозної компенсації. За даними УЗД - щитоподібна залоза значно збільшена, об'єм 70 см³. Проведено оперативне лікування - тиреоїдектомія. Лінія розмітки розтину шкіри, підшкірно-жирової клітковини, поверхневої фасції і підшкірного м'язу шиї була проведена на 2 см нижче верхнього краю верхніх полюсів щитоподібної залози. Наступні етапи операції виконувались за стандартною методикою. Таким чином, були створені умови для зручної мобілізації щитоподібної залози, візуалізовані гортанні нерви і прищитоподібні залози. Тривалість оперативного втручання становила 2 год. Крововтрата - 70 мл. Післяопераційний період - без ускладнень. Рана зажила первинним натягом. Через 3 місяці після операції рубець тонкий і малопомітний.

Отже, даний спосіб дозволяє зберегти кровопостачання тканин та досягти хорошого косметичного ефекту з майже непомітним рубцем і рекомендується для впровадження у клінічну практику.