

Винахід відноситься до розділу медицини, а саме до хірургії і може бути використаний при лікуванні доброякісних солітарних вузлів щитовидної залози.

Відомі способи хірургічного лікування вузлового зобу, які включають резекцію щитовидної залози разом з вузлом, або склерозування вузлів щитовидної залози [1, 2].

Недоліками цих способів є велика травматичність, косметичний дефект, у випадку резекції щитовидної залози та часте рецидивування при склерозуванні вузлів щитовидної залози.

Найближчого аналогу не виявлено.

Задачею винаходу є розробка такого способу хірургічного лікування вузлового зобу, який за рахунок використання криодеструкції забезпечував би зниження травматичності, усунення косметичного дефекту та рецидивування.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування вузлового зобу виконують розріз шкіри довжиною до 3-х мм в проекції вузла щитовидної залози через який під контролем УЗД у вузол вводять голкоподібний криоаплікатор і виконують криодеструкцію з утворенням зони замороження більшою за вузол до 5-й мм в діаметрі, при цьому цикл заморожування-розтанення повторюють тричі.

Виконання розрізу шкіри довжиною до 3-х мм в проекції вузла щитовидної залози, через який під контролем УЗД у вузол вводять голкоподібний криоаплікатор, дозволяє усунути косметичний дефект так як після оперативного втручання не накладають швів та не залишається післяопераційного рубця.

Криодеструкція з утворенням зони замороження більшою за вузол до 5-й мм в діаметрі, дозволяє виконати повну девіталізацію вузла щитовидної залози з мінімальною травматизацією, так як не потрібно виконувати резекцію щитовидної залози, а дякуючи трьохкратному циклу замороження-розтанення, рецидивування зводиться до мінімуму.

Вказані у формулі винаходу величина розрізу шкіри довжиною до 3-х мм та зона криодеструкції більша за вузол до 5мм в діаметрі, вибрані на підставі експериментальних досліджень на десяти кроликах.

Спосіб виконують наступним чином.

На догоспітальному етапі пацієнту проводять повне загальноклінічне обстеження, включаючи діагностичну тонкоглову аспіраційну пункційну біопсію (ТАПБ) вузла щитовидної залози під контролем УЗД. Після паталогістологічної верифікації доброякісної природи солітарних вузлів щитовидної залози, пацієнта госпіталізують в спеціалізовану клініку. Оперативне втручання проводять під ендотрахеальним наркозом з класичною укладкою пацієнта на операційному столі. Після обробки операційного поля антисептиками виконують розріз шкіри довжиною до 3-х мм в проекції вузла щитовидної залози. Виконують гемостаз, використовуючи електрокоагулятор. За допомогою УЗД знаходять вузол щитовидної залози та, не забираючи датчика, під контролем УЗД, через розріз на шкірі у вузол щитовидної залози вводять стерильний голкоподібний криоаплікатор діаметром 2-4мм з трубкою-провідником на ньому, з'єднаний з універсальною криохірургічною установкою (УКУ) з холодним агентом - рідкий азот (температура кипіння: -196°C). Переводять УКУ в режим "охолодження" та доводять температуру на робочій поверхні криоаплікатора до максимально низької.

На моніторі ультразвукового апарата контролюють зону утворення криодеструкції, коли вона стає більшою за вузол на 5мм переводять УКУ в режим "відігрівання", не виймаючи криоаплікатор з вузла щитовидної залози та не забираючи датчика ультразвукового апарата. Після повного розтанення вузла щитовидної залози знову УКУ переводять в режим "охолодження". Процедуру замороження-розтанення проводять тричі. Потім обережно виймають криоаплікатор, залишаючи при цьому трубку-провідник в щитовидній залозі, по якій в зону оперативного втручання доставляють гемостатик. Розріз на шкірі заклеюють стерильною клейкою стрічкою. Асептична пов'язка на рану.

Приклад.

Хворий К. Історія хвороби №913/32 поступив в клініку 12.06.02. з діагнозом: нетоксичний одновузловий лівобічний зоб I ступеню.

На догоспітальному етапі пацієнту провели повне загальноклінічне обстеження, включаючи діагностичну ТАПБ вузла щитовидної залози під контролем УЗД. Після паталогістологічної верифікації доброякісної природи солітарного вузла щитовидної залози, пацієнта госпіталізували в спеціалізовану клініку. Оперативне втручання проводили під ендотрахеальним наркозом, з класичною укладкою пацієнта на операційному столі. Після обробки операційного поля антисептиками виконали розріз шкіри довжиною 3-й мм в проекції вузла щитовидної залози. Використовуючи електрокоагулятор, виконали гемостаз. За допомогою ультразвукового апарата SIEMENS SONOLAIN SIENA знайшли вузол щитовидної залози та, не забираючи датчика, під контролем УЗД, через розріз на шкірі у вузол щитовидної залози ввели стерильний голкоподібний криоаплікатор діаметром 4-и мм з трубкою-провідником на ньому, з'єднаний з УКУ "Кріопульс" з холодним агентом - рідкий азот (температура кипіння: -196°C). Перевели УКУ "Кріопульс" в режим "охолодження" та довели температуру на робочій поверхні криоаплікатора до -180°C .

На моніторі ультразвукового апарата SIEMENS SONOLAIN SIENA контролювали зону утворення криодеструкції, коли вона стала більшою за вузол на 4-й мм перевели УКУ "Кріопульс" в режим "відігрівання", не виймаючи криоаплікатор з вузла щитовидної залози та не забираючи датчика ультразвукового апарата. Після повного розтанення вузла щитовидної залози знову УКУ "Кріопульс" перевели в режим "охолодження". Процедуру замороження-розтанення проводили тричі. Потім обережно вийняли криоаплікатор, залишаючи при цьому трубку-провідник в щитовидній залозі, по якій в зону оперативного втручання доставили гемостатик TACHOKOMB. Розріз на шкірі заклеїли стерильною клейкою стрічкою "STRIP". Асептична пов'язка на рану.

По запропонованому способу пролікували троє хворих. У всіх відмічали мінімальну травматичність у зв'язку з відсутністю резекції, та відсутній косметичний дефект, так як розріз шкіри мінімальний - до 3мм. В той час, як у всіх трьох хворих, пролікованих відомими способами хірургічного лікування була виконана резекція щитовидної залози з послідовним накладанням шкірних швів.

Таким чином використання запропонованого способу дозволяє знизити травматичність, рецидивування та усунути косметичний дефект.

Джерела інформації:

1. Зорграфски С., //Эндокринная хирургия. Медицина и физкультура, София 1997, с.95-109.
2. Martino E., Murtas M., Loviselli A., Piga M., Petrini L., Miccoli P., Pacini E., Percutaneous intranodular ethanol injection: a new treatment of autonomous thyroid adenoma.//Endocrinol invest 1992, №15, p.353-362.