



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3967

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ФОЛІКУЛЯРНОЇ БУДОВИ

1

2

(21) 2004042654

(22) 08.04.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. №12, 2004р.

(72) Комісаренко Ігор Васильович, Коваленко Андрій Євгенович, Люткевич Олександр Валерійович

(73) ІНСТИТУТ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ ТА ОБМІНУ РЕЧОВИН ІМ. В.П.КОМІСАРЕНКА АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування пухлин щитоподібної залози фолікулярної будови, який включає виділення, мобілізацію і видалення за екстрафас-

ціальною методикою ураженої долі та проведення експрес-гістологічного дослідження, який **відрізняється** тим, що відсепаровують протилежну не-уражену долю щитоподібної залози до зв'язки Беррі та надсікають її з подальшим закриттям рани, а при отриманні патогістологічного висновку - фолікулярна карцинома, проводять повторне хірургічне втручання - розтинають притиреоїдні м'язи з боку долі, яка залишилась, латерально від середньої лінії шиї на 2-3,5 см і проводять її видалення в напрямку від латерального до підготовленого під час первинної операції медіального краю.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, зокрема до хірургічної ендокринології та може застосовуватись при отриманні інтраопераційного заключення експрес-гістології - фолікулярна неоплазія, яка потребує подальшого патогістологічного дослідження та оперативного лікування.

Відомі способи хірургічного лікування раку щитоподібної залози, які заключаються у виконанні оперативного втручання за екстрафасціальною методикою як тиреоїдектомії, так і резекції щитоподібної залози (Пат. №35372А, Україна, МПК А61В17/00, "Спосіб гемітиреоїдектомії," 2001; Пат. №6856А, Україна, МПК А61В17/00, "Спосіб лікування раку щитовидної залози," 1993; Пат.№57521А, Україна, МПК А61В17/00, "Спосіб резекції щитоподібної залози," 2003; Пат.№55031А, Україна, МПК А61В17/00, "Спосіб резекції щитовидної залози," 2003). Усі вони направлені на досягнення онкологічної радикальності втручання та/або уникнення післяопераційного гіпаратиреозу, ушкодження зворотних гортанних нервів.

Проте всі ці методи мають недоліки. Вони можуть застосовуватись тільки у випадках якщо точно встановлений діагноз. При експрес-гістологічному заключенні - фолікулярна неоплазія вони не є оптимальними, а виконання повторного

втручання сприяє збільшенню кількості специфічних для тиреоїдної хірургії ускладнень.

Найбільш близьким до запропонованого методу є спосіб гемітиреоїдектомії (Пат.№35372, Україна, МПК А61В17/00, 2001), який заключається у видаленні частки щитоподібної залози, починаючи від перешийка, з мобілізацією долі за екстрафасціальною методикою, виділенням зв'язки Беррі та її пересіченням з метою повного видалення ураженої частки та візуалізацією гортанного нерва та прищитоподібних залоз.

Проте і даний спосіб має недоліки. Оскільки експрес-діагностика не завжди є достовірною, як це буває у випадках пухлин фолікулярної будови, то подальше проведення патогістологічного дослідження потребує 7-10 діб і при підтвердженні злоякісності пухлини виконують повторне оперативне втручання, яке ускладнюється змінами, що виникають в тканинах - рубцями та спайками. І якщо робити доступ до культі щитоподібної залози тим же шляхом, то це ускладнює операцію - тканини значно гірше розтинаються, виникає кровотеча, операційне поле перестає бути "сухим", зростає частота ускладнень (парез та параліч голосового нерву, гіпаратиреоз). Це не дозволяє досягнути

(13) U

(11) 3967

(19) UA

повного видалення тканини ураженої долі, тобто онкологічної радикальності.

В основу корисної моделі поставлено задачу розробити такий спосіб хірургічного лікування пухлин щитоподібної залози фолікулярної будови, який би шляхом розробки оптимальної техніки хірургічного втручання при первинній операції та при проведенні повторного втручання дозволив забезпечити онкологічну радикальність повторної операції, виключити можливість виникнення ускладнень - кровотечі, гіпопаратиреозу, парезу або паралічу зворотного нерва.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі, який включає виділення, мобілізацію і видалення за екстрафасціальною методикою ураженої долі та проведення експрес-гістологічного дослідження, згідно з винаходом, відсепаровують протилежну неуразену долю щитоподібної залози до зв'язки Беррі та надсікають її з подальшим закриттям рани, а при отриманні патогістологічного заключення - фолікулярна карцинома, проводять повторне хірургічне втручання - розтинають притиреоїдні м'язи на стороні долі, яка залишилась, латеральне від середньої лінії шиї на 2-3,5см, і проводять її видалення в напрямку від латерального до підготовленого під час первинної операції медіального краю.

На відміну від прототипу, при виконанні первинної операції та виявленні на експрес-гістологічному дослідженні фолікулярної неоплазії, нами запропоновано проводити мобілізацію відсепаруванням цієї долі від трахеї, без порушення кровопостачання. У разі отримання на 7-10 день остаточного патогістологічного заключення фолікулярна карцинома, запропоновано проводити видалення долі - кінцевої тиреоїдектомії. Для цього застосовують доступ через інтактні тканини, тобто через місце, де немає спайкових і рубцевих змін - на 2-3,5см латеральніше від середньої лінії шиї, і у напрямку від латерального до підготовленого під час первинної операції медіального краю долі проводять її видалення.

Операція за цією методикою значно полегшує повторне втручання, так як проводиться на інтактних тканинах, де не порушена анатомія під час первинної операції і тим, що залишена доля "підготовлена" відсепаруванням при первинному хірургічному втручанні до її видалення, забезпечує онкологічну радикальність, полегшує візуалізацію прищитоподібних залоз і зворотного гортанного нерва.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Після доступу до щитоподібної залози за Кохером, виділяють, лігують та пересікають нижні вени щитоподібної залози зі сторони ураженої долі. Накладають затискачі на тканину залози або прошивають її з країв від перешийка і створюють трималки. Відтягуючи перешийок, відділяють його від трахеї. Пірамідальну долю, якщо вона є, мобілізують таким чином, щоб вона опинилась в одному блоці з долею та перешийком і видаляють. Лінія резекції залози проходить по передньо-медіальній частині долі, яка буде залишена. Здійснюють її резекцію об'ємом до 1/4. Після цього екстрафасціальну видаляють долю з виділенням зв'язки Беррі та пересіканням її з метою повного

вирізання тканини ураженої частки з візуалізацією зворотного гортанного нерва та прищитоподібних залоз. Роблять експрес-гістологію видаленої частки і при виявленні фолікулярної неоплазії за запропонованим нами методом проводять мобілізацію долі, яку залишають. Для цього по передньо-медіальній поверхні тонким затискачем Халстеда проникають під паріетальний листок капсули залози, при цьому одна бранша затискача опиняється між паріетальним і вісцеральним листками капсули. Мобілізацію проводять вздовж трахеї до зв'язки Беррі, надсікаючи її. При проведенні мобілізації не зачіпають судини, які кровопостачають долю. Закінчують операцію ретельним гемостазом, встановленням аспіраційного дренажа в ложе вирізаної долі і пошаровим ушиванням рани.

Другий етап операції виконують у разі отримання на остаточному патогістологічному дослідженні заключення фолікулярна карцинома щитоподібної залози. Виникає необхідність в кінцевій тиреоїдектомії. Аналогічно першій операції робиться доступ до культі щитоподібної залози. На етапі розтину притиреоїдних м'язів відступають від середньої лінії шиї (первинного розтину) на 2-3,5см тобто паралельно до середньої лінії шиї в сторону культі, яка видаляється. Відстань 2-3,5см від середньої лінії є оптимальною і визначається відсутністю там рубцевих та спайкових змін. Вилучення культі йде з латеральної її сторони до підготовленого під час першої операції медіального краю, за екстрафасціальною методикою, з візуалізацією зворотного гортанного нерва та прищитоподібних залоз. Рану дрениують і зашивають.

Спосіб застосований на 7 пацієнтах, прооперованих на щитоподібній залозі з експрес-гістологічним заключенням - фолікулярна неоплазія.

Клінічний приклад:

Хвора 3. 1970 року народження, в 2003р. поступила в клініку з діагнозом - лівосторонній вузловий зоб, еутиреоз. За даними пункційної біопсії - аденоматозний вузол з вираженою проліферацією фолікулярного епітелія. Проведено оперативне лікування. Під час операції в лівій долі був виявлений вузол 2,7см у діаметрі, щільно-еластичної консистенції. Права доля без ознак патології. При експрес-гістологічному дослідженні - фолікулярна неоплазія. Виконана лівобічна гемітиреоїдектомія з вузлом, видалений перешийок і частина правої долі за екстрафасціальною методикою. Проведена мобілізація правої долі за запропонованою методикою.

При дослідженні стаціонарних препаратів отримане патогістологічне заключення - фолікулярна карцинома щитоподібної залози з інвазією у капсулу вузла. Було прийнято рішення про проведення остаточної тиреоїдектомії. Яку було виконано за запропонованою методикою - розтином притиреоїдних м'язів аналогічно первинній операції, але відступаючи від середньої лінії шиї (первинного розтину) на 3,5см паралельно середній лінії шиї у бік культі, яка видаляється і проведення операції з латерального до підготовленого при первинній операції медіального краю. Післяопераційний період - без ускладнень.

Під час операції відмічено значне зменшення травматичності доступу при видаленні культі щитоподібної залози завдяки підготовці її при первинній операції, значне зменшення кровотечі при

латеральному доступі, отримана можливість вільно орієнтуватись в анатомії рани.

Спосіб рекомендований для впровадження у клінічну практику.