



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **90201** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2014 00401</p> <p>(22) Дата подання заявки: 17.01.2014</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.05.2014</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.05.2014, Бюл.№ 9</p>	<p>(72) Винахідник(и): Ляховський Віталій Іванович (UA), Ковальов Олександр Павлович (UA), Люлька Олександр Миколайович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): Ляховський Віталій Іванович, пров. Кустарний, 10-а, кв. 42, м. Полтава, 36008 (UA), Ковальов Олександр Павлович, вул. Монастирська, 7-а, м. Полтава, 36003 (UA), Люлька Олександр Миколайович, бул. Нестерова, 18, корп. 1, кв. 66, м. Полтава, 36009 (UA)</p>
---	---

(54) СПОСІБ ЕКСТРАФАСЦІАЛЬНОЇ ТИРЕОЇДЕКТОМІЇ ПРИ ШИЙНО-ЗАГРУДНИННІЙ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ЗОБА

(57) Реферат:

Спосіб екстрафасціальної тиреоїдектомії при шийно-загруднинній локалізації зоба включає мобілізацію зоба з шийного доступу у напрямку зверху-донизу. Видалення зоба відбувається шляхом виведенням спочатку шийної, а потім загруднинної частини з урахуванням особливостей фіксуючих сполучних утворень щитоподібної залози.

UA 90201 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при операціях з приводу зоба.

Спосіб екстрафасціальної тиреоїдектомії, запропонований Теодором Кохером більше ста років тому, був у подальшому детально розроблений і висвітлений у літературі (Брейдо І.С. 1970, Черенко М.П. 1977, Бондаренко В.О., 1994) і, на сьогодні, є найпоширенішим. Але, у випадку шийно-загрудинної локалізації зоба, виконання операції має деякі особливості, недотримання яких може призвести до небезпечних ускладнень: загрозливої кровотечі, пошкодження верхнього або нижнього гортанного нервів, травмування паращитоподібних залоз.

Найбільш близьким до заявленого є спосіб хірургічного лікування захворювань щитоподібної залози (Долидзе Д.Д. Особенности хирургического лечения больных с заболеваниями щитовидной железы /Долидзе Д.Д., Мумладзе Р.Б., Вартанян К.Ф. и др. //Анналы хирургии. - 2009. - № 3. - С. 24-28.). Але, цей спосіб має суттєві недоліки: не враховуються особливості зв'язуючого апарату щитоподібної залози, не приділяється достатня увага запобіганню пошкодженню верхнього гортанного нерва, не підкреслюється значимість бугорка Цукеркандля для ідентифікації нижнього гортанного нерва, не деталізована методика виведення загрудинної частки з загрудинного простору при кістозних вузлах великих розмірів.

В основу корисної моделі поставлена задача розробити методику екстрафасціальної тиреоїдектомії у хворих з шийно-загрудинною локалізацією зоба з урахуванням особливостей його розташування.

Поставлена задача вирішується тим, що розробка алгоритму дій хірурга при виконанні екстрафасціальної тиреоїдектомії при шийно-загрудинній локалізації зоба, що включає мобілізацію зоба з шийного доступу у напрямку зверху-донизу, відрізняється тим, що видалення зоба відбувається шляхом виведенням спочатку шийної, а потім загрудинної частини з урахуванням особливостей фіксуючих сполучних утворень щитоподібної залози.

Методика виконання способу полягає у наступному.

Операція виконується під ендотрахеальним наркозом. Шийний доступ за Кохером з перетинанням претиреоїдних м'язів для адекватної експозиції щитоподібної залози з візуальною і пальпаторною ревізією розмірів, консистенції, конфігурації, глибини занурення нижніх полюсів часток, їх рухомість та ступінь стиснення в апертурі грудної клітки, наявність девіації трахеї.

Алгоритм видалення шийної частини зоба.

- Пересічення в продольному напрямку перешийка щитоподібної залози з перев'язкою (прошиванням) його кукс, відокремлення від трахеї за допомогою електроножа.

- Мобілізація верхнього полюсу бокової частки починається з розсічення у косопродольному напрямку (або перфорації гемостатичним затискачем) верхньої підвішуючої зв'язки щитоподібної залози у межах її внутрішньої безсудинної частини (між верхньою судинною ніжкою щитоподібної залози і гортанню). Заведений у створений отвір кінчик вказівного пальця відтиснює ззовні верхню судинну ніжку щитоподібної залози, відокремлюючи її від розташованої поряд зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва, що дозволяє, у більшості випадків, запобігти його пошкодженню ("закритий" попереджувачий засіб). Ця маніпуляція також відкриває доступ до перснещитоподібного простору і дає змогу чітко візуалізувати зовнішню гілку верхнього гортанного нерва, який розташований на поверхні щитовидно-персневидного м'яза безпосередньо під лінією прикріплення груднинно-щитоподібного м'яза до щитоподібного хряща. Судини верхньої ніжки щитоподібної залози розділяються та лігуються окремо з метою профілактики травмування зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва у випадку її низького відходження від верхнього гортанного нерва.

- Мобілізація латеральних ділянок долі починається з перев'язки та перетинання середньої тиреоїдної вени, після чого візуалізується каротидний футляр. Перед повною мобілізацією верхнього полюсу відокремлюється верхня паращитоподібна залоза. Під час тракції верхнього полюсу донизу і вперед та звільнення його від оточуючої сполучної тканини, візуалізується кінцевий відділ нижнього гортанного нерва у вигляді біло-сірої звивистої смужки з тонкою повздовжньою судиною на поверхні біля входу його у гортань одразу позаду сполучення нижнього рогу щитоподібного хряща з перснеподібним хрящем

- При тракції щитоподібної залози у медіальному напрямку візуалізуються та поетапно перетинаються та перев'язуються гілки нижньої щитоподібної артерії. На цьому етапі виконується також експозиція продовження стовбура нижнього гортанного нерва, який має напрямок знизу доверху та ззовні досередини, проходячи позаду або скрізь третину трахеощитоподібної зв'язки (зв'язка Бері). При наявності заднього виросту долі (бугорка Цукеркандля) для візуалізації стовбура нижнього гортанного нерва необхідно відвести бугорок у медіальному напрямку.

- Перетинанням зв'язки Бері поблизу капсули щитоподібної залози, досягається остаточна мобілізація фіксованої сполучною тканиною і зв'язками шийної частини зоба.

Алгоритм видалення загрудинної частини зоба.

5 - Загрудинна частина зоба, найчастіше у вигляді поодинокого вузла або ланцюга вузлів, після пересічення фіксуєчих зв'язок має здатність вивільнюватись у надгрудинний простір під час тракції доверху та поступовому звільненні її від оточуючих тканин. Під час мобілізації нижнього полюсу долі візуалізується проксимальний відділ нижнього гортанного нерву та нижня паращитоподібна залоза, які відокремлюються від щитоподібної залози.

10 - У випадку зануреного нижнього полюсу з колоїдним або кістозним вузлом великих розмірів, виведення якого в надгрудинний простір неможливе за звичайною методикою, застосовується модифікований спосіб Lahey. Суть його у наступному: верхня частина зануреного вузла перфорується затискачем, в утворений отвір вводиться гостра ложечка і частково вичерпується вміст для зменшення об'єму колоїдного вузла. У випадку кісти - використовується електровідсмоктувач. Усередину створеної порожнини вводиться вказівний палець, зігнувши який, поступово виводиться у шийний розріз занурена частина зоба. Проводиться її обережна
15 мобілізація з ідентифікацією продовження нижнього гортанного нерва та нижньої паращитоподібної залози. Дренування ложа видаленої щитоподібної залози проводиться двома хлорвініловими трубочками за допомогою активної аспірації. Дренажі видаляються на другу
20 добу.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

25 Спосіб екстрафасціальної тиреоїдектомії при шийно-загрудинній локалізації зоба, що включає мобілізацію зоба з шийного доступу у напрямку зверху-донизу, який **відрізняється** тим, що видалення зоба відбувається шляхом виведенням спочатку шийної, а потім загрудинної частини з урахуванням особливостей фіксуєчих сполучних утворень щитоподібної залози.

Комп'ютерна верстка О. Рябко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601