



(19) KG (11) 615 (13) C1

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО ПО НАУКЕ И (51)<sup>7</sup> А61B 17/00  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ  
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

## (12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

---

---

(21) 20020061.1

(22) 12.06.2002

(46) 30.01.2004, Бюл. №1

(71) (73) Чынгышпаев Ш.М. (KG)

(72) Чынгышпаев Ш.М., Бебезов Х.С., Акылбеков И.К. (KG)

(56) Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы. - М.: Медицина, 1984. - С. 222-223

(54) Способ экстрафасциальной резекции щитовидной железы при узловых формах зоба

(57) Изобретение относится к медицине, а именно, хирургии и может быть использовано в экстрафасциальной резекции щитовидной железы при узловых формах зоба. Задача изобретения - упрощение сложности способа, исключение послеоперационных осложнений. Задача решается тем, что поиск и мобилизацию возвратных нервов осуществляют широким отделением платизмы от прещитовидных и кивательных мышц разъединением их по средней линии, отсепаровкой нижнего кожно-фасциального лоскута книзу до яремной вырезки и оттягиванием каудально двумя лигатурами, причем верхний лоскут оттягивают крациальнно за основание, а поиск возвратных нервов ведут визуально в подщитовидном пространстве длиной 1.5-2.0 см от нижнего полюса железы до вырезки грудины, после чего ствол нижней щитовидной артерии и ее ветви перевязывают. 1 п. ф-лы, 1 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно хирургии, и может быть использовано в экстрафасциональной резекции щитовидной железы при узловых формах зоба.

Известен способ хирургического лечения щитовидной железы, где на основе поиска возвратных нервов определяют масштаб хирургического вмешательства. Это достигалось превентивным выделением общей сонной артерии и внутренней яремной вены из дополнительного бокового доступа с вывихиванием доли щитовидной железы из ложа. Обязательным в методике считалось выделение ствола нижней щитовидной артерии на определенном протяжении, поиск и мобилизацию возвратных нервов (Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы. - М.: Медицина, 1984. -С. 222-223).

Недостатками данного способа являются сложность и травматичность хирургического вмешательства по удалению доли щитовидной железы в одном или

двустороннем варианте при узловой форме зоба, поиску и визуальному отслеживанию возвратных нервов, с которыми железа контактирует, особенно в области задне-верхней поверхности щитовидной железы. Данная методика усложняет операционное вмешательство при узловом зобе, не исключает рубцовых поражений нервов в послеоперационном периоде.

Задачей изобретения является упрощение сложности способа, исключение послеоперационных осложнений.

Задача решается тем, что объем оперативного вмешательства создают широким отделением платизмы от прещитовидных и кивательных мышц путем разъединения их по средней линии, отсепаровкой нижнего кожно-фасциального лоскута книзу до яремной вырезки и оттягивания каудально двумя лигатурами, причем верхний лоскут оттягивают крациальному за основание, затем проводят поиск возвратных нервов визуально в подщитовидном пространстве длиной 1.5-2.0 см от нижнего полюса железы до вырезки грудины, после чего ствол нижней щитовидной артерии и ее ветви перевязывают. Поиск возвратных нервов именно в этой анатомической области приводит к исключительному визуальному отслеживанию нервных стволов, в результате чего исключается их прямая травма и нарушение кровоснабжения.

Способ осуществляется следующим образом. Для работы в подщитовидном пространстве, а затем и с долями щитовидной железы создают достаточный объем операционного поля путем широкого отделения платизмы от прещитовидных мышц и от кивательных мышц с использованием дисекции тупферами, пальцем и ножницами. Прещитовидные мышцы разъединяют по средней линии, нижний кожно-фасциальный лоскут раны отсепаровывают книзу до яремной вырезки и оттягивают каудально двумя толстыми лигатурами-держалками, прошитыми за подкожную мышцу у основания глубины раны. Аналогичные две лигатуры-держалки оттягивают крациальному за основание верхнего лоскута. В результате этого обеспечивается хороший обзор и комфортные условия для оперативного вмешательства. Данный способ использует крючки, эндоподсветку и электрохирургические ножи с образованием доступа длиной 1.5-2.0 см по нижнему краю щитовидной железы.

Дальнейшее их визуальное отслеживание в крациальному направлении по мере мобилизации нижнего полюса железы и тракции ее кверху не представляет сложности, даже при сохраненной покрывающих их фасциальной пластинки. Видя возвратный нерв, ствол нижней щитовидной артерии и ее ветви перевязывают.

Блокирование (перевязка и элекротокоагуляция) подходящих к доле щитовидной железы сосудов выполняется непосредственно тотчас на наружной поверхности ее собственной капсулы. Это достигается тем, что после вскрытия на передней поверхности шеи, оформленного фасциального листка, именуемого собственно фасцией или висцеральным листком IV фасции шеи, межкапсулальная клетчатка тупо и остро отодвигается в сторону собственной фасции вместе с околощитовидными железами. Собственная капсула щитовидной железы удаляется вместе с долей, существенно уменьшая кровопотерю.

Пример. Больная Ш., 45 лет, поступила в отделение общей хирургии РКБ 23.11.2001 с жалобами на опухолевидное образование на поверхности шеи в проекции щитовидной железы.

Обратилась за медицинской помощью к эндокринологу. Назначено лечение - тиреостатиками (мерказолил, анаприлин, верошипирон и т.д.). Чувствовала себя удовлетворительно до октября 2001 года, однако опухоль ее беспокоила, и она обратилась к хирургу-эндокринологу. Госпитализирована 23.11.01 для оперативного лечения.

Состояние удовлетворительное. АД 130-80 мм рт.ст., пульс 84 в 1 мин, щитовидная железа увеличена в размере до III степени за счет обеих долей, плотно-эластической консистенции, не спаяна с кожей, безболезненна.

Диагноз: Узловой зоб. Анализ крови, мочи - норма. Т3 - 2.0 ммоль/л, Т4 - 85

ммоль/л, ТТГ - 1.12. Протромбиновый индекс -100 %, протромбиновое время – 16", фибриноген - 18 г/л, хлориды - 102 ммоль/л. УЗИ - левая доля щитовидной железы - 2.8x4.0 см, гомогенная, правая доля -2.5x2.0 см.

Проведена операция по предложенному способу. После операции, в течение первых суток больной отмечалась болезненность при движении головой и пальпации щитовидной железы. При выписке сделано УЗИ - железа не увеличена.

При осмотре через год после операции жалоб не предъявляла, щитовидная железа не пальпируется, Т3, Т4, ТТГ - в пределах нормы.

Предложенный способ показал хорошие результаты, в большинстве случаев не наблюдались такие осложнения, как парез голосовых связок и паратиреодная недостаточность. Выбранное подщитовидное пространство явилось наиболее благоприятным местом для предварительного нахождения возвратных нервов. Строгое следование фасциальным структурам шеи и широкая визуализация возвратных нервов при операции, сохранение околощитовидных желез дает малую кровопотерю и меньшую травматичность при операциях узлового зоба.

### **Формула изобретения**

Способ экстрафасциальной резекции щитовидной железы при узловых формах зоба, включающий создание объема оперативного вмешательства, поиск и мобилизацию возвратных нервов, отличающийся тем, что осуществляют широкое отделение платизмы от прещитовидных и кивательных мышц путем разъединения их по средней линии, отсепаровкой нижнего кожно-фасциального лоскута книзу до яремной вырезки и оттягивания каудально двумя лигатурами, причем верхний лоскут оттягивают краинально за основание, а поиск возвратных нервов ведут визуально в подщитовидном пространстве длиной 1.5-2.0 см от нижнего полюса железы до вырезки грудины, после чего ствол нижней щитовидной артерии и ее ветви перевязывают.

Составитель описания  
Ответственный за выпуск

Грунина И.Ф.  
Арипов С.К.

---

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41, факс: (312) 68 17 03