



СОЮЗ СОВЕТСКИХ  
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ  
РЕСПУБЛИК

(19) **SU** (11) **1242129** **A1**

(5D) 4 A 61 B 17/00

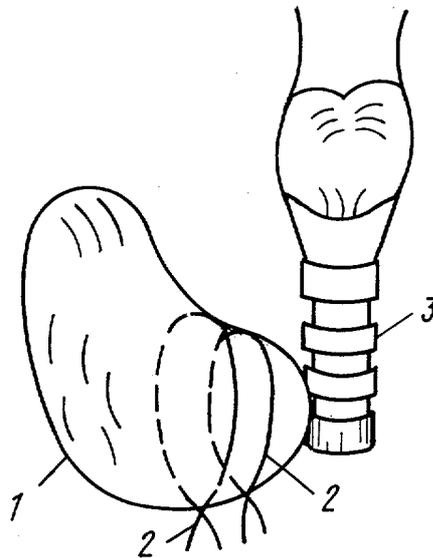
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР  
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

**ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ**  
**К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ**



(21) 3716553/28-14  
(22) 28.03.84  
(46) 07.07.86. Бюл. № 25  
(71) Киевский ордена Трудового Красного  
Знамени медицинский институт  
им. акад. А. А. Богомольца  
(72) Л. Г. Василенко  
(53) 611.441-089.87(088.8)  
(56) Заграфски С. Эндокринная хирургия.  
София, 1977, с. 107.  
Николаев О. В. К субтотальной резекции  
щитовидной железы.—Хирургия, 1951, № 1,  
с. 37—50.

(54) (57) СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ЩИТО-  
ВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, включающий субфас-  
циальное субтотальное выделение каждой  
доли с пересечением перешейка, иссечение  
с оставлением части паренхимы у задней  
поверхности железы гемостаз культи, *отли-  
чающийся* тем, что, с целью предупреждения  
интра- и послеоперационного кровотечения  
и связанных с ним осложнений, после вы-  
деления доли на оставляемую культю желе-  
зы накладывают два параллельных кисетных  
шва, которые затягивают после иссечения  
ткани железы, далее через основание культи  
с захватом кисетных швов проводят восьми-  
образные швы, при этом каждый стежок  
переплетают с предыдущим.



Фиг. 1

(19) **SU** (11) **1242129** **A1**

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, и может быть использовано в лечении заболеваний щитовидной железы.

Цель изобретения — предупреждение интра- и послеоперационного кровотечения и связанных с ним осложнений путем наложения на оставляемую культю железы переплетающихся кисетных и восьмиобразных швов.

На фиг. 1 представлено наложение кисетных швов на выделенную правую долю щитовидной железы; на фиг. 2 — резецированная доля; на фиг. 3 — схематическое изображение сети швов, переплетающихся культю доли железы.

Способ осуществляют следующим образом.

Щитовидную железу выделяют по способу Николаева. Определяют объем и место резекции правой доли 1 щитовидной железы. На 0,3—0,4 см ниже предполагаемого места резекции доли накладывают два параллельных кисетных шва 2 на расстоянии 0,2—0,5 см один от другого. Производят субкапсулярное иссечение правой доли щитовидной железы. Величину оставляемой ткани культю щитовидной железы определяют индивидуально для каждого больного в зависимости от ряда факторов (возраста, тяжести тиреотоксикоза, степени зоба, способа подготовки к операции, характера ткани щитовидной железы, степени лимфоидной инфильтрации ткани и др.). Это имеет решающее значение для профилактики гипотиреоза и рецидива тиреотоксикоза. Резекцию правой доли начинают со стороны трахеи 3. Освобожденную долю 1 захватывают щипцами и оттягивают в литеральную сторону. Сечением скальпеля, направленного лезвием от трахеи 3, слегка углубляются клиновидно. Затем щипцами долю переводят медиально. Скальпелем иссекают долю субкапсулярно-клиновидно к предыдущему разрезу. Таким образом, производят субкапсулярное иссечение правой доли щитовидной железы с оставлением 3—16 г ткани паренхимы на заднебоковой поверхности прилегающей к трахее поверхности железы. После иссечения доли остается участок ткани железы 4 в виде «лодии» с остатком капсулы в опасной зоне, в месте, где находятся паращитовидные железы, прилегают возвратные нервы. Ножку культю оставляют широкой и сохраняют в ней нижнюю щитовидную артерию для хорошей васкуляризации культю.

Во время резекции доли происходит обильное кровотечение из сосудов и паренхимы системы нижней щитовидной артерии. Для остановки кровотечения кисетные швы 2 затягивают и, сблизив «щечки» культю, завязывают. Затем культю прошивают кишечной иглой отдельными кольцевидными перекрещивающимися восьмиобразными швами 5. Кольцевидные перекрещивающиеся восьмиобразные швы накладывают поверх

обвивных кисетных, которые предупреждают их прорезание. При этом каждый последующий стежок кольцевидного перекрещивающегося восьмиобразного шва захватывает половину основания предыдущего, как бы переплетает стежок предыдущего шва, что в конечном итоге образует сеть, охватывающую всю культю.

Выделение левой доли щитовидной железы, ее субкапсулярную резекцию и обработку производят в той же последовательности, что и справа. После обработки культю левой доли щитовидной железы полностью удаляют пирамидальный отросток.

Операционную рану тщательно промывают раствором новокаина. К культю подводят тонкие резиновые полоски. Рану послеойно зашивают. Дренажи выводят через углы операционной раны.

Клинический пример. Больная К., 43 лет, поступила в клинику 02.01.82 г. Диагноз: диффузный токсический зоб IV степени. Жалобы на повышенную раздраженность, вспыльчивость, сердцебиение, боли в области сердца, одышку, наличие зоба. Болеет 2 года. Лечилась амбулаторно и стационарно анти-тиреоидными препаратами. За последний год потеряла в весе 10 кг.

Объективно: телосложение правильное, питание пониженное (вес 56 кг, рост 165 см). Кожные покровы бледно-розовые, влажные. Выражен тремор век и пальцев кистей, умеренный экзофтальм, положительный симптом Мебиуса, Грефе, Кохера. Пульс 160 уд/мин, мерцательная аритмия. Артериальное давление 130/75 мм рт. ст. Границы сердца расширены во все стороны, на верхушке прослушивается систолический шум. При небольшой физической нагрузке выражена одышка. Печень увеличена, слегка болезненна при пальпации, выступает на 5 см из-под реберной дуги. Умеренные отеки голеней и стоп. Щитовидная железа диффузно увеличена, мягкой консистенции, смещается при глотании. Шейные вены переполнены кровью, определяется видимая пульсация.

В предоперационной подготовке больная получила мерказолил, дийодтирозин, резерпин, сердечные препараты (дигоксин, коргликон), мочегонные, внутривенные вливания растворов глюкозы, инсулин, аскорбиновую кислоту, комплекс витаминов группы В. Предоперационная подготовка продолжалась 34 дня. Состояние больной значительно улучшилось, явления тиреотоксикоза полностью прошли. Больная прибавила в весе 8 кг, пульс стал 78 уд./мин, исчезла аритмия и отеки на нижних конечностях, печень уменьшилась в размерах.

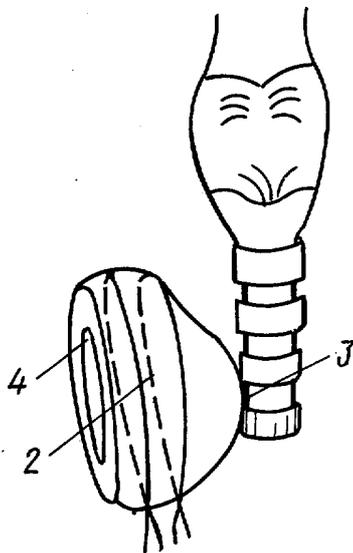
27.02.82 г. под местной новокаиновой анестезией произведена операция: субтотальная резекция щитовидной железы с обработкой культю щитовидной железы по предлагаемому способу.

Щитовидная железа выделена по способу Николаева. Наложены два обвивных шва вокруг предполагаемых культей долей щитовидной железы. Произведена интракапсулярная клиновидная резекция долей щитовидной железы. Из паренхимы культей и ее сосудов во время резекции образовалось кровотечение, заливающее операционное поле. Для остановки кровотечения обвивные швы затянуты и завязаны. Для окончательного гемостаза наложены восьмиобразные швы через основание культей поверх ранее наложенных обвивных швов, которые предупредили их прорезывание. Операционная рана промыта раствором новокаина, дренирована и послойно зашита.

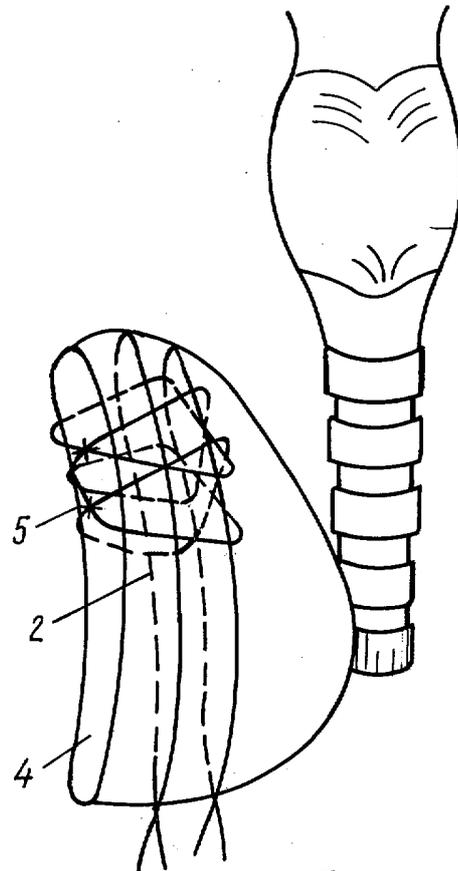
Послеоперационное течение гладкое. В удовлетворительном состоянии выписана на реабилитационное лечение в поликлинику.

05.04.82 г. больная осмотрена в клинике. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Трудится по дому.

27.02.83 г. произведен повторный осмотр. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Функция щитовидной железы эутиреоидная.



Фиг. 2



Фиг. 3

Предлагаемый способ уменьшает кровотечение из сосудов и паренхимы культей щитовидной железы во время ее резекции путем предварительного прошивания через капсулу и доли щитовидной железы двумя кетгутowymi нитями в участках предполагаемых культей в виде обвивных швов на равном расстоянии одна от другой, затягивание и завязывание обвивных швов после интракапсулярной клиновидной резекции долей.

Кроме того, способ предупреждает прорезывание восьмиобразных швов, наложенных на культи поверх обвивных швов, которые служат надежной опорой для восьмиобразных швов, чем достигается надежный гемостаз и исключаются такие осложнения как попутное повреждение проходящих рядом образований, вторичные послеоперационные кровотечения из культей.

Предлагаемым способом прооперировано 60 больных диффузным токсическим зобом. Явлений интра- и послеоперационного кровотечения, гипотиреозов, гипопаратиреозов не наблюдалось.

Срок наблюдения от 0,3 до 3 лет.

Способ рекомендован в хирургическую практику.

Редактор А. Козориз  
Заказ 3637/7

Составитель Т. Шахматова  
Техред И. Верес  
Тираж 660

Корректор М. Пожо  
Подписное

ВНИИПИ Государственного комитета СССР  
по делам изобретений и открытий  
113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д. 4/5  
Филиал ППП «Патент», г. Ужгород, ул. Проектная, 4