

Invenția se referă la medicină, în special la oncologie și poate fi folosită pentru efectuarea tiroidectomiei în caz de tumoare malignă răspândită pe țesuturile moi ale părții anterioare a gâtului, pe trahee și cartilajul tiroid, mai sus de istmul glandei tiroide.

Este cunoscută metoda de rezecție a glandei tiroide care constă în aceea că se efectuează incizia ei după Kocher. În direcție transversală se excizează fascia cu venele jugulare superficiale, mușchii sternohioidieni și sternotiroidieni cu deschiderea plăgii sub fascia a patra a gâtului după Șevcunenco. Foița parietală a fasciei se deschide în plan longitudinal și transversal, după necesitate, pentru accesul spre părțile laterale ale lobilor glandei. Apoi se efectuează revizia glandei tiroide. Se efectuează incizia lamei pretraheale, care unește capătul superior și inferior al istmului cu traheea și, după necesitate, se separă apofiza piramidală a glandei. Pe sub istm se introduce pensa Bilrot, se desprinde istmul de trahee și se excizează. Apoi lobul se ia cu un fir de ață și se trage în direcție laterală și se excizează foița fascială dintre lobul glandei tiroide și trahee. După care, prin introducerea pensei în spațiul interfascial se separă polul superior al lobului de la trahee și nervul laringian superior, separând astfel artera tiroidiană superioară de la nervul laringian superior. Pe etape se aplică pense pe marginea lobului pe ramurile arterei tiroidiene superioare și pe vene, în limitele foiței viscerale a fasciei patra a gâtului. Astfel se separă polul inferior al lobului de la nervul recurent. Apoi se aplică pense pe foița fasciei dintre glandă și trahee, se efectuează hemostaza și se separă lobul de la trahee. Apoi, după înlăturarea primului lob se efectuează aceleași manipulații pentru al doilea lob și apofiza piramidală. După care se efectuează hemostaza definitivă, se drenează și se suturează tegumentele pe straturi [1].

Dezavantajul metodei date constă în aceea că nu poate fi înlăturat complet procesul tumoral din cauza răspândirii lui pe țesuturile moi de pe partea anterioară a gâtului, trahee și cartilajului tiroid mai sus de istmul glandei tiroide și conduce la apariția recidivelor locale și a metastazelor la distanță într-o perioadă scurtă de timp.

Problema pe care o rezolvă invenția constă în elaborarea unei metode de a efectua înlăturarea glandei tiroide afectate de un proces canceromatos cu răspândire pe țesuturile moi ale părții anterioare a gâtului, trahee și cartilajul tiroid mai sus de istmul glandei tiroide, de a înlătura tumoarea în bloc și de a preîntâmpina apariția recidivelor.

Esența invenției constă în aceea că se efectuează o incizie a pielii și țesutului subcutanat în formă de arc la nivelul treimii medii a gâtului, apoi pe marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian în jos până incizura jugulară și cu excizia zonei de piele afectate deasupra tumorii. După care se deschid tecile musculare ale mușchilor sternocleidomastoidieni cu separarea lor, se rezecă la nivelul inferior al glandei tiroide fascia a treia a gâtului (aponevroza cervicală Richet) și mușchii sternotiroidian, tiroidohioidian și sternohioidian. Apoi se efectuează revizia tumorii pentru determinarea gradului de răspândire, se efectuează mobilizarea lobului glandei tiroide clinic neafectat, se ligaturează și se excizează artera tiroidiană superioară, medie și inferioară. Se mobilizează nervul laringian recurent, după care se înlătură în bloc lobul neafectat al glandei tiroide, mușchii anteriori ai gâtului, țesutul celular paratraheal, inelele traheale afectate și porțiunea afectată a nervului laringian recurent, care apoi se suturează și se restabilește continuitatea lui, apoi se efectuează separarea și înlăturarea blocului lobului afectat, după care se efectuează hemostaza definitivă, drenarea, restabilirea țesuturilor neafectate și suturarea tegumentelor pe straturi în caz dacă defectul nu este mare, iar în cazul unui defect masiv, se efectuează plastia cutanată.

Rezultatul invenției constă în înlăturarea tumorii cu răspândire pe țesuturile moi ale părții anterioare a gâtului, trahee și cartilajul tiroid mai sus de istmul glandei tiroide, de a înlătura tumoarea în bloc și de a preîntâmpina apariția recidivelor. Indicații pentru efectuarea unei astfel de intervenții chirurgicale este răspândirea procesului tumoral pe țesuturile moi pe partea anterioară a gâtului, trahee și cartilajul tiroid mai sus de istmul glandei tiroide.

Metoda se efectuează în modul următor.

La internare pacientul este supus investigațiilor prin metode clinice și paraclinice și se stabilește diagnosticul. Apoi, el este pregătit pentru intervenție chirurgicală. În timpul operației se efectuează o incizie a pielii și țesutului subcutanat în formă de arc, care începe de la nivelul treimii medii a gâtului, apoi pe marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian în jos până la nivelul incizurii jugulare și se excizează zona de piele afectată deasupra tumorii. Se deschid tecile musculare ale mușchilor sternocleidomastoidieni cu separarea lor, apoi se rezecă la nivelul inferior al glandei tiroide fascia a treia (aponevroza cervicală Richet) și mușchii sternotiroidian, tiroidohioidian și sternohioidian. Apoi se efectuează revizia tumorii pentru determinarea gradului de răspândire, se efectuează mobilizarea lobului glandei clinic neafectat, se ligaturează și se excizează artera tiroidiană superioară, medie și inferioară. După efectuarea hemostazei se mobilizează nervul laringian recurent, după care se înlătură în bloc lobul glandei tiroide neafectat, mușchii anteriori ai gâtului, țesutul celular paratraheal, inelele traheale afectate și porțiunea afectată a nervului laringian recurent, care apoi se suturează și se restabilește, după înlăturarea blocului lobului clinic neafectat se efectuează separarea și înlăturarea blocului lobului afectat, apoi se efectuează hemostaza definitivă, drenarea, restabilirea țesuturilor neafectate și suturarea tegumentelor pe straturi în caz dacă defectul nu este mare, iar la un defect masiv se efectuează plastia cutanată.

Metoda dată a fost utilizată la 68 de pacienți.

Exemplu

Pacientul M., 61 ani, a fost internat cu diagnosticul de cancer al glandei tiroide, gr. IIIa, T₄N₀ M₀. La internare acuză durere în regiunea gâtului, tusă cu eliminări cu strii de sânge, periodic dificultăți în timpul respirației. Prin palpate se determină o tumoare neregulată, care concrește cu pielea, dureroasă la palpate cu dimensiunea de 7 cm în diametru. Ganglionii limfatici regionali la palpate nu se determină. La scanarea glandei tiroide se determină o zonă "rece". După efectuarea puncției s-a constatat un cancer al glandei tiroide. La tomografie s-a determinat mărirea ganglionilor limfatici

paratraheali, traheea la nivelul D₁...D₂ este comprimată și deplasată în stânga, iar lumenul primului semiinel este îngustat.

S-a efectuat intervenția chirurgicală conform invenției revendicate. Rezultatul histologic – cancer medular al ambelor lobi ai glandei tiroide cu invazia în primul inel al traheii. În unul din ganglionii limfatici s-a depistat prezența metastazelor. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Plaga s-a cicatrizat per primum. După efectuarea operației s-a indicat o cură de radioterapie.