

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра


Д.Л. Шиневич
«06» / 2014г.

Регистрационный № 189-1113

**МЕТОД МИНИИНВАЗИВНОЙ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ**

(инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр радиационной
медицины и экологии человека», Государственное учреждение
образования «Белорусская медицинская академия последипломного
образования

Авторы: к.м.н., доцент Величко А.В., д.м.н., профессор Гончар А.А.,
Слепцова Е.А.

Гомель, 2014

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
06.06.2014

Регистрационный № 189-1113

**МЕТОД МИНИИНВАЗИВНОЙ ПАРАТИРЕОИДЕКТОМИИ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. А.В. Величко, д-р мед. наук, проф. А.А. Гончар,
Е.А. Слепцова

Гомель 2014

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) раскрывает технологию паратиреоидэктомии из минидоступа с применением усовершенствованного способа топической диагностики солитарной аденомы паращитовидной железы. Метод, изложенный в настоящей инструкции, предназначен для врачей-хирургов, врачей ультразвуковой диагностики.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Общехирургический набор для паратиреоидэктомии.
2. Цифровой ультразвуковой диагностический аппарат.
3. Линейный электронный датчик с частотой 6–12 МГц шириной сканирующей поверхности 35–60 мм.
4. Стерильный чехол для ультразвукового датчика.
5. Стерильный гель для ультразвукового исследования.
6. Раствор антисептика.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Аденома паращитовидной железы (D35.1).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1. Пациента укладывают на спину в положение с запрокинутой головой.
2. Выполняют интубацию.
3. Шею пациента обрабатывают раствором антисептика.
4. Ультразвуковое исследование проводят на ультразвуковых аппаратах с использованием линейных электронных датчиков частотой 6–12 МГц, перед исследованием на датчик наносят стерильный гель и надевают стерильный чехол.
5. Последовательно выполняют поперечное и продольное сканирование справа и слева в следующих областях: над верхним полюсом доли щитовидной железы; на уровне верхнего, среднего и нижнего сегментов доли, по ее задней поверхности; под нижним полюсом щитовидной железы; затем исследуют паратрахеальную и паравазальную области с обеих сторон, а также область верхнего средостения доступную осмотру в режиме серой шкалы; выявляют аденому, которая лоцируется как образование округлой или овальной формы, с четким ровным контуром, пониженной эхогенности, с однородной или неоднородной (за счет участков кистозной дегенерации или фиброза) структурой (рисунок 1).

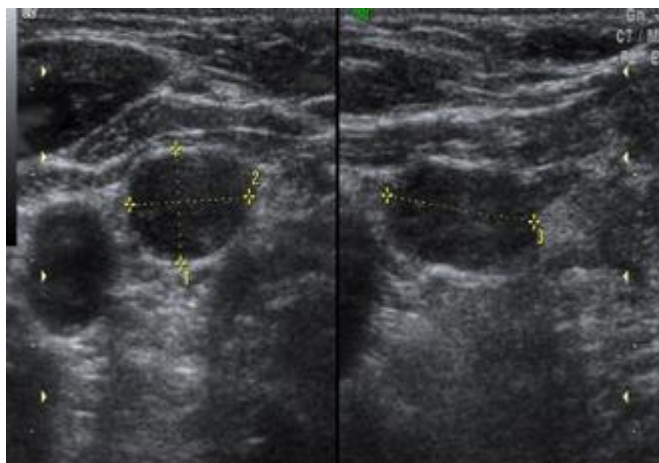


Рисунок 1 — Интраоперационное УЗИ, аденома нижней правой паращитовидной железы (поперечное и продольное сканирование в В-режиме)

6. После определения точного расположения измененной паращитовидной железы проводят исследование в режиме доплеровского картирования для оценки характера васкуляризации опухоли и выявления афферентной артерии; кровоток в аденоме определяется или по периферии образования, или в центральных отделах, или носит смешанный характер; приносящая артерия лоцируется в проекции одного из полюсов аденомы (рисунок 2), ее визуализация позволяет избежать травмы сосудов.

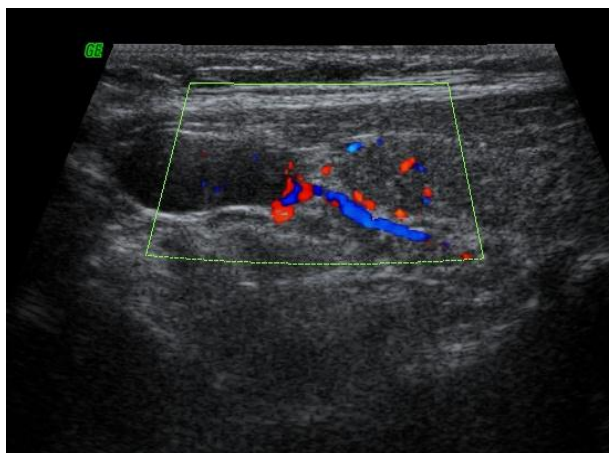


Рисунок 2 — Интраоперационное УЗИ, аденома нижней правой паращитовидной железы продольное сканирование в режиме цветового доплеровского картирования (лоцируется приносящая артерия)

7. После уточнения локализации измененной ПЩЖ и оценки ее кровотока выполняется мини-доступ (1,5 см) на шее в проекции выявленной аденомы. При верхних аденомах выполняется доступ вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Последняя сдвигается кнаружи, далее при диссекции латерально отводится внутренняя яремная вена и общая сонная артерия. Щитовидная железа при этом отводится кнутри, обнажается ретротиреоидное пространство, в котором тупым путем выделяется аденома. Диссекция аденомы

проводится бескровно, учитывая ее кровоснабжение единственным сосудом. После лигирования и пересечения сосудов «ножки» опухоль удаляется. Очень важно диссекцию проводить с визуализацией возвратного гортанного нерва во избежание его повреждения.

8. Через 20 мин после удаления аденомы исследуется уровень паратгормона венозной крови, показатель которого должен снизиться не менее чем в 2,5 раза от исходного. В противном случае следует продолжить ревизию шеи.

9. Удаление передненижней аденомы выполняется из поперечного доступа над измененной ПЩЖ на стороне поражения. Остальные этапы операции идентичны с верхней аденомэктомией.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

При правильном использовании метода ошибки в оценке результатов исключены.