

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Фролов А.В.

*ГБУЗ МО «Московский областной
научно-исследовательский клинический
институт им. М.Ф. Владимирского»,
г. Москва, Россия*

РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ТИМОМТИМЭКТОМИЙ.

Актуальность исследования. Оценка непосредственных и отдаленных результатов видеоторакоскопических тимомтимэктомий.

Материалы и методы. В 1996-2014 гг. проведено лечение 143 больным опухолями и кистами вилочковой железы. Средний возраст - 44,3 года. Было 62 (43,4%) женщины. Во всех случаях была выполнена тимомтимэктомия: торакотомным доступом - в 53,8% (77) случаев, стернотомным – 19,6% (28), видеоторакоскопическим – 26,6% (38). По нозологии больные распределились следующим образом:

тимомы – 111, лимфома тимуса – 11, киста вилочковой железы – 10, тимолипома – 7, тератома тимуса – 4. По классификации Masaoka тимомы распределились следующим образом: 1-я стадия (неинвазивная тимома) – 45, 2-я стадия (инвазия клетчатки средостения или медиастинальной плевры) – 55, 3-я стадия (инвазия соседних органов) – 11.

Результаты. Интраоперационные кровотечения наблюдались в 5 (3,8%) случаях. В 2-х случаях они привели к конверсии в миниторакотомный доступ; в 2-х – к реторакотомии. Умерли 2 (2,7%) больных, оперированных торакотомным доступом. Причиной смерти в обоих случаях был некомпенсированный миастенический криз.

Средняя продолжительность операций: 115 ± 5 , 149 ± 10 и 119 ± 9 минут торакотомным, стернотомным и видеоторакоскопическим доступами соответственно. Длительность нахождения в реанимации составила 0-3 суток и зависела от выраженности миастении. После видеоторакоскопических операций только в одном случае была необходимость нахождения больной в отделении реанимации (2 суток) при явлениях выраженной миастении. Послеоперационный койко-день $12 \pm 1,2$, $14 \pm 1,6$ и 7 ± 1 соответственно. Отдаленные результаты не отличались в зависимости от доступа. Признаки миастении сохранялись у 3 из 58 больных (5,2%).

Заключение. Сравнение хирургических критериев тимомтимэктомии из видео-торакоскопического и «открытых» доступов демонстрирует его существенные преимущества, которые реализуются легким течением послеоперационного периода, хорошей переносимостью операции пациентами, минимальным риском интраоперационных осложнений. Радикальность операции не отличалась в зависимости от доступа.