

торакоскопии. Как наиболее сложные для удаления любым из доступов рассматриваются нейрогенные опухоли, растущие по типу «песочных часов» с внедрением в спинномозговой канал и компрессией спинного мозга.

**Цель исследования.** Оценить результаты лечения пациентов с доброкачественными опухолями заднего средостения, оперированных торакоскопически и с использованием комбинированных доступов.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 62 пациентов, оперированных по поводу доброкачественных опухолей заднего средостения в период с 1997 по 2015 год в РНПЦ ОиМР им. Н.Н. Александрова. Мужчин оперировано 23 (37%), женщин 39 (63%), средний возраст 46,9 (19-81) лет. Торакоскопические операции (59 случаев) выполнялись при опухолях не распространявшихся в спинномозговой канал и производились в положении на боку либо на животе. Определяющим фактором была локализация опухоли. В случае расположения опухоли на уровне корня легкого операция выполнялась в положении на животе для лучшей экспозиции операционного поля. Операции комбинированным доступом (3 случая) выполнялись при нейрогенных опухолях, внедрявшихся в межпозвонковые отверстия и спинномозговой канал по типу «песочных часов». Выполнялась торакоскопическая мобилизация внутригрудного компонента опухоли и мобилизация интраспинального компонента из минидоступа со спины с резекцией дужек соответствующего позвонка. Положение пациента на операционном столе менялось с положения на боку к положению на животе или наоборот.

**Результаты.** Планируемый объем операции выполнен в 61 случае (98,4%) - в одном случае комбинированный доступ не понадобился и операция выполнена полностью торакоскопически. Конверсий к торакотомии не было. Средняя продолжительность торакоскопических операций составила 56 минут (от 25 до 205). Операции комбинированным доступом в среднем продолжались 135 минут. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Дренажи в плевральной полости устанавливались только у 56 пациентов из 59, оперированных торакоскопически. Продолжительность послеоперационного дренирования в среднем равнялась 1,4 суток (от 1 до 2). Послеоперационное осложнение (кровотечение из межреберной артерии) зарегистрировано в 1 случае торакоскопического удаления опухоли (1,7%).

**Выводы.** Торакоскопия – эффективный и безопасный метод удаления доброкачественных опухолей заднего средостения. При доброкачественных опухолях, распространяющихся интраспинально, оправдано применение комбинированного доступа, включающего торакоскопию и минидоступ со стороны спины с резекцией дужки (дужек) позвонков или ламинэктомией.

**Куль А.В.<sup>1</sup>, Жарков В.В., Подобед А.В.<sup>2</sup>,  
Бабкин А.В.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Минский городской клинический онкологический диспансер, г.Минск

<sup>2</sup>Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, г. Минск

<sup>3</sup>Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии, г.Минск

## **ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ И ОПЕРАЦИИ КОМБИНИРОВАННЫМ ДОСТУПОМ ПРИ УДАЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ.**

**Введение.** Опухоли заднего средостения в основной своей массе являются доброкачественными и нейрогенными. Приблизительно в равном количестве встречаются опухоли исходящие из структур межреберных нервов и парасимпатических ганглиев, менее значимую часть доброкачественных опухолей заднего средостения составляют редкие опухоли, такие как гемангиомы или лимфангиомы. Анатомия заднего средостения позволяет в большинстве случаев удалять опухоли торакоскопически. Однако, некоторые варианты расположения и роста опухолей серьезно ограничивают оперативные возможности