

**РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ТИМЭКТОМИИ ИЗ ИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО И
ТРАНССТЕРНАЛЬНОГО ДОСТУПОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МИАСТЕНИЕЙ**

А.В.КОНДРАТЬЕВ

Медико-санитарная часть № 60. Москва. 125424, Сходненский тупик д.1/6

Н.Д.КИСЛЫЙ

Кафедра госпитальной терапии РУДН. Москва. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д.8.

Медицинский факультет

С 2002 по 2005 гг. тимэктомии посредством эндохирургической техники выполнили 26 больным генерализованной миастенией с неопухолевым поражением вилочковой железы.

Для сравнительной оценки эффективности видеоторакоскопической тимэктомии мы взяли контрольную группу, включающую 37 больных генерализованной миастенией, которым в период с 2002 по 2005 гг. тимэктомии выполняли из срединного стернотомического доступа. Обе группы были близки по большинству показателей (пол, возраст, длительность заболевания, степень миастенических нарушений, длительность консервативного лечения; наличие сопутствующих заболеваний и т.д.)

Анализ результатов тимэктомии из различных доступов проводили по ряду критериев. Средняя длительность тимэктомии из видеоторакоскопического доступа была в среднем на 40% больше по сравнению с открытыми операциями. Следует отметить, что операция посредством открытой техники выполняется на протяжении длительного периода времени и хорошо отработана как в методологическом, так и техническом плане. История же видеоторакоскопической тимэктомии не насчитывает и десяти лет, а случаи ее выполнения все еще остаются единичными в мировой и отечественной практике. Поэтому по мере накопления опыта, совершенствования методологических подходов при выполнении эндохирургической тимэктомии, внедрения нового инструментария, время операции будет прогрессивно уменьшаться и приближаться к таковому при открытых операциях. Оптимизм по этому поводу вселяет тот факт, что время последних пяти операций составило около 100 мин., что практически равно времени открытой операции.

Интраоперационная кровопотеря при выполнении тимэктомии из видеоторакоскопического доступа была не более 10 мл, что объясняется принципами миниинвазивности эндохирургических операций. Традиционный доступ предполагает выполнение стернотомии, что делает рутинной кровопотерю около 200 мл.

Субфебрилитет у пациентов, перенесших видеоторакоскопическую тимэктомию, отмечали не более одних суток, тогда как после традиционной операции температура тела оставалась повышенной на протяжении 3-5 дней.

Всех больных, перенесших удаление вилочковой железы посредством миниинвазивной техники, на 2-е сутки после операции переводили из реанимации в отделение, их активизировали. Пациенты после стернотомии находились в реанимации не менее 2-3 суток, только после этого их переводили в отделение и разрешали вставать.

Операционная травма определяла выраженность болевого синдрома после стернотомии, поэтому наркотические анальгетики назначали в течение 3-4 суток после операции. После торакоскопической операции обезболивание производили только дважды в течение первых суток после операции.

После открытой операции дренаж из средостения удаляли на 2-3-е сутки послеоперационного периода. Пациентам, перенесшим торакоскопическую тимэктомию, дренаж из плевральной полости удаляли на вторые сутки после операции. Обязательно выполняли контрольную рентгенографию легких.

Ранняя активизация больных и минимальная операционная травма, перенесших видеоторакоскопическую тимэктомию, позволила начать пероральный прием жидкости и пищи в более ранние сроки по сравнению с пациентами после стернотомии.

Учитывая тот факт, что большинство больных генерализованной миастенией женщины, косметический эффект имеет не последнее значение. В этом аспекте преимущества видеоторакоскопической операции неоспоримы.

Длительность нахождения больных в стационаре при неосложненном течении послеоперационного периода была различной: после открытой операции от 10 до 12 суток, после эндохирургической -- от 5 до 7 суток.

Анализируя структуру интраоперационных осложнений, можно отметить, что они распределились примерно одинаково при традиционной и эндохирургической операции: 8,1 % и 7,7 % соответственно. При открытой операции в одном случае была вскрыта полость перикарда, и у двух пациентов случайно была повреждена медиастинальная плевро. При выполнении видеоторакоскопической операции в одном случае был поврежден левый диафрагмальный нерв, и у этого же больного была нарушена целостность плевры с контрлатеральной стороны. Пациент был оперирован через два года после проведения лучевой терапии на область тимуса, поэтому выполнение операции затрудняло наличие достаточно выраженного фиброза ткани вилочковой железы и клетчатки средостения. Несмотря на это, послеоперационный период у данного пациента протекал без каких-либо осложнений.

У одной пациентки на третьи сутки после видеоторакоскопической операции на фоне пришедших не в срок Мс развилась клиника смешанного криза, потребовавшая проведения реанимационных мероприятий, включая ИВЛ в течение 6 суток. После открытой операции в одном случае наблюдали миастенический криз, купированный реанимационными мероприятиями в условиях ИВЛ через трахеостому.

В наших исследованиях мы проследили результаты хирургического лечения до двух лет после операции. Улучшение (эффекты А, В и С по схеме А.Кейпес) после открытой тимэктомии отмечено в 89,2% случаев, а после торакоскопической операции -- 88,5%.

Таким образом, тимэктомия из видеоторакоскопического левостороннего трансплеврального доступа, при одинаково высокой эффективности по сравнению с традиционной операцией, является современным, безопасным методом хирургического лечения больных с генерализованной миастенией, хорошо переносится пациентами и обеспечивает более быструю их реабилитацию.

Проведение дальнейших исследований в этой области позволит расширить показания к выполнению видеоторакоскопической тимэктомии и более широко внедрять ее в хирургическую практику.

COMPARISON OF VIDEOTHORACOSCOPIC AND TRANSSTERNAL (OPEN) THYMECTOMY IN PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS

A.V.KONDRATIEV

Medico-sanitary unit № 60. Moscow. 125424. Schodnenskiy tupik 1/6

N.D. KISLIY

Department of Hospital Therapy RPFU. Moscow. 117198. M-Maklaya st 8. Medical faculty

Authors compare the complications of 26 videothoracoscopic and 37 transsternal (open) thymectomy in patients with myasthenia gravis