

экономической приемлемостью для большинства специализированных онкологических ста-

ционаров, что позволяет широко использовать его в клинической практике.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

С.Г. АФАНАСЬЕВ, А.В. АВГУСТИНОВИЧ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Опухоли средостения представляют собой один из наиболее сложных разделов в клинической онкологии. По гистологической структуре выделяются более ста различных новообразований данной локализации, которые составляют от 0,5 до 7 % всех опухолей человека. Топографо-анатомические особенности, своеобразие клинической картины затрудняют диагностику и уточнение нозологической принадлежности патологических процессов этой области; соответственно, нет достаточно четкой тактики лечения больных, с учетом современных требований онкологии. Хирургический метод остается основным в лечении большинства больных опухолями средостения. Несмотря на значительный прогресс лучевой и химиотерапии до сих пор не сформулированы принципы отбора больных в зависимости от нозологической формы и гистологической структуры опухоли средостения. В последние годы применение видеоторакоскопии (ВТС) позволяет морфологически верифицировать диагноз, определиться с операбельностью опухолевого процесса, в ряде случаев ВТС позволяет выполнить достаточный объем хирургического вмешательства.

Материал и методы. В торакоабдоминальном отделении НИИ онкологии СО РАМН (г. Томск) за период с 2002 по 2010 г. с опухолями средостения наблюдалось 33 пациента. Возраст больных колебался от 18 до 64 лет, в среднем составил 34 года. По нозологическим группам больные распределились следующим образом: тератома – 7 (21,2 %), доброкачественные тимомы – 8 (24,2 %), злокачественные тимомы – 5 (15,2 %), кисты средостения – 6 (18,1 %), лимфогранулематоз тимуса – 3 (9,1 %), невринома – 4 (12,1 %). Всем пациентам до операции проведено комплексное обследование, включающее в себя рентгенографию органов грудной клетки,

фибробронхоскопию, исследование функции внешнего дыхания, спиральную компьютерную томографию с болюсным усилением.

Результаты. Всем пациентам операцию начинали с видеоторакоскопии (ВТС) с целью более точной морфологической верификации диагноза. У 6 пациентов ВТС носила лечебно-диагностический характер, было выполнено оперативное вмешательство в объеме тотальной биопсии. В 3 случаях ВТС потребовала выполнения мини-торакотомии для обеспечения безопасного удаления новообразования и извлечения последнего из гемиторакса. У 24 больных после оценки распространенности процесса была выполнена торакотомия в связи с большими размерами опухоли, что не позволяло свободно и безопасно манипулировать в плевральной полости. Из них 5 пациентам в связи с распространением опухолевой инфильтрации на соседние органы осуществлены комбинированные вмешательства с резекцией или удалением смежных органов (перикард, лёгкое, пищевод). Послеоперационный период у 3 пациентов (9,1 %) осложнился пневмонией на стороне торакотомии. При анализе отдалённых результатов лечения больных с новообразованиями средостения в течение трёх лет мы не наблюдали ни одного местного рецидива.

Выводы. Всем пациентам с новообразованиями средостения для уменьшения количества неоправданных торакотомий, на первом этапе хирургического лечения показано проведение видеоторакоскопии. При верификации злокачественных новообразований предпочтение должно отдаваться широкой торакотомии. Хирургический этап лечения у данной группы больных должен по показаниям дополняться химиолучевой терапией.