

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Лабунец И. Н.¹, Жилко А.А.², Прохоров А. В.¹

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»²,
Минск, Республика Беларусь

В последние десятилетия в связи с созданием современной техники произошло активное развитие и внедрение в повседневную практику торакоскопических хирургических вмешательств. На этапе внедрения торакоскопия применялась в основном как диагностический метод, но в последние годы она стремительно отвоевывает позиции у «открытой хирургии» как лечебный метод. Преимущества видеоторакокопии неоспоримы: малая травматичность пособия, снижение риска инфекционных осложнений за счет сокращения продолжительности операции и размеров входных ворот, хороший косметический эффект, сокращение госпитального периода и сроков временной нетрудоспособности.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей видеоторакоскопического метода в хирургическом лечении доброкачественных новообразований органов грудной полости.

Материалом для данной работы послужили результаты выполненных 308 видеоторакоскопических вмешательств, произведенных в торакальном отделении МГКОД за период с 2008 по 2011 год. В работе был использован видеоэндоскопический комплекс и инструментарий компании «Karl Storz». Возраст оперированных пациентов составлял от 18 до 81 года.

Результаты. Диагностическая торакоскопия с целью уточнения распространенности злокачественного опухолевого процесса и его верификации выполнена у 167 пациентов (54%). Лечебные видеоторакоскопические операции по удалению доброкачественных новообразований органов грудной полости произведены у 141 больного (46%). Максимальные размеры удаленных опухолей легких достигали 3 см, средостения – 8 см. Структура лечебных торакоскопий была представлена энуклеацией опухолей легкого (32), атипичной резекцией легкого (41), удалением кист (33)

и опухолей средостения (28) и плевры (7). Наиболее часто опухоли легких были представлены хондрогамартомами (46), в 8 случаях была верифицирована лейомиома, в 7 – склерозирующая гемангиома, реже встречались солитарная фиброзная мезотелиома (5), фиброма (7). Новообразования средостения и плевры были представлены целомическими кистами перикарда (13), бронхогенной кистой (17), энтерогенной кистой (3), неинвазивными тимомами (11) и невриномами (9). В 6 случаях были диагностированы липомы и по одному наблюдению – фиброма и абберантный загрудинный зоб.

Средняя продолжительность операций составила $46 \pm 5,4$ минут, кровопотеря – до 100 мл. Средний дооперационный койко-день – $2,0 \pm 1,3$ дня, послеоперационный – $5,0 \pm 1,6$ дней.

Интраоперационная конверсия в торакотомию при удалении доброкачественных опухолей легких и средостения произошла в 6 случаях (4,3%). Причиной этому послужили: инструментально непальпируемая опухоль легкого – 3, интраоперационное кровотечение – 1, полная облитерация плевральной полости – 2.

Послеоперационные осложнения при видеоторакоскопическом удалении доброкачественных новообразований органов грудной полости отмечены у 3 пациентов (2,1%): длительный нестабильный пневмостаз – 2, послеоперационный плеврит – 1, которые были разрешены консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было.

Выводы:

1. Видеоторакоскопия является альтернативой открытым хирургическим вмешательствам при лечении доброкачественных новообразований органов грудной полости.

2. Достаточное инструментальное обеспечение делает метод безопасным, надежным, позволяет значительно сократить операционный и послеоперационный периоды, избежать многих интра- и послеоперационных осложнений, характерных для торако- и медиастинотомий.