

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ТИМЭКТОМИЯ ПРИ МИАСТЕНИИ У ДЕТЕЙ

Митупов З.Б.¹, Разумовский А.Ю.^{1,2}, Чумакова Г.Ю.¹

¹ Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. Основными методами лечения миастении в настоящее время являются: прием компенсирующих средств (антихолинэстеразные препараты, гормональная терапия), иммуносупрессивные средства, цитостатические препараты, плазмофорез и тимэктомия. В настоящее время в связи с развитием эндохирургии стало возможным выполнение тимэктомии торакоскопическим (ТС) способом.

Цель: улучшение результатов лечения миастении у детей.

Материалы и методы. С 2010 года по настоящее время в нашей клинике находилось на лечении 42 пациента с миастенией в возрасте от 5 до 17 лет (средний возраст $13,3 \pm 3$ лет). Подавляющее большинство составили девочки — 31 (81 %, а мальчиков было 11 (19 %). Продолжительность заболевания у детей варьировала от 6 до 24 месяцев составляя, в среднем, 13,3–4 месяца. Тяжесть клинических проявлений миастении оценивалась по пятибалльной шкале, согласно Международной клинической классификации. Больные до оперативного лечения имели тяжесть состояния от 2Б до 4Б, то есть у всех больных была генерализованная форма миастении с бульбарными нарушениями. Учитывая наличие нарушений дыхания и глотания, пациентов получали глюкокортикоидные препараты (метипред или преднизолон), а также антихолинэстеразные средства и препараты калия. Всем больным выполнена ТС-тимэктомия. При этом использовали общую сбалансированную анестезию галотаном и кислородом с использованием однологочной вентиляции. Положение больных на спине с приподнятым левым (правым) боком в зависимости от доступа. Первый троакар устанавливали в V межреберье по среднеподмышечной линии, второй троакар — в III межреберье по среднеподмышечной линии, третий троакар в VII межреберье по переднеподмышечной линии и четвертый троакар устанавливали в VIII–IX межреберье по заднеподмышечной линии. Мобилизацию вилочковой железы выполняли при помощи монополярной коагуляции и эндоскопического тупфера. Выполняли мобилизацию обеих долей тимуса через одну плевральную полость. Необходимо удаление непосредственно прилегающей жировой ткани.

Вилочковую железу извлекали из плевральной полости с обязательным использованием эндоконтейнера.

Результаты. ТС-тимэктомию выполнили 42 пациентам с генерализованной миастенией. При этом 17 детям операцию выполнили из левостороннего доступа и в 25 наблюдениях — через правую плевральную полость. Продолжительность ТС-тимэктомии в среднем составила 60 ± 15 мин. Средние сроки госпитализации больных с миастенией после операции составили 4 ± 2 койко-дней. Интра- и послеоперационные осложнения не наблюдали. Случаев конверсии не было. По данным гистологического исследования во всех случаях отмечалась возрастная инволюция тимуса (22 наблюдения), жировая дегенерация ткани тимуса (19 наблюдений) и новообразование тимуса (1 случай).

Заключение. ТС-тимэктомия является оптимальным методом удаления вилочковой железы, в которой сочетаются необходимые радикальность и минимальная травматичность, а также отличный косметический результат. В этой связи считаем, что ТС-тимэктомия имеет ряд преимуществ перед традиционными оперативными вмешательствами и может считаться операцией выбора при удалении вилочковой железы.

Ключевые слова: торакоскопия; миастения; тимэктомия; плевральная полость; дети.