

sevoflurane anesthesia in lumbar discectomy and laminectomy: a randomized clinical trial. *Anesthesia & Analgesia*. 2017. Vol. 125. P. 81–90. DOI: 10.1213/ANE.0000000000001984.

4. Julien-Marsollier F., Rachdi K., Caballero M. J., Ayanmanesh F., Vacher T., Horlin A. L., Skhiri A., Brasher C., Michelet D., Dahmani S. Evaluation of the analgesia nociception index for monitoring intraoperative analgesia in children. *British Journal of Anaesthesia*. 2018. Vol. 121. P. 462–468. DOI: 10.1016/j.bja.2018.03.034.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-655-3-9>

**THE FEASIBILITY AND EFFECTIVENESS OF THORACOSCOPIC  
ACCESS IN THE TREATMENT OF PATIENTS  
WITH THYMIC NEOPLASMS**

**ДОЦІЛЬНІСТЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТОРАКОСКОПІЧНОГО  
ДОСТУПУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НОВОУТВОРЕННЯМИ  
ТИМУСА**

**Minukhin D. V.**

*Candidate of Medical Sciences,  
Associate Professor,  
Associate Professor at the Department  
of Surgery No. 1  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine*

**Мінухін Д. В.**

*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри хірургії № 1  
Харківський національний медичний  
університет  
м. Харків, Україна*

**Yevtushenko D. O.**

*Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Professor at the Department  
of Surgery No. 1  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine*

**Євтушенко Д. О.**

*доктор медичних наук, професор  
професор кафедри хірургії № 1  
Харківський національний медичний  
університет  
м. Харків, Україна*

**Minukhin B. D.**

*VI-th years Student of Medical Faculty  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine*

**Мінухін Б. Д.**

*студент VI курсу медичного  
факультету  
Харківський національний медичний  
університет  
м. Харків, Україна*

**Вступ.** Для виконання оперативних втручань на тимусі (виделкова залоза) використовуються різні доступи до переднього межистіння: шийний, трансплевральні – правобічний торакотомний або черездвоплевральний, трансстернальний [1, с. 452; 2, с. 310]. Шийний доступ являється максимально малотравматичним, але не може забезпечити достатнього рівня ревізії, що негативно впливає на радикальність операції та створює умови для підвищеного ризику ушкодження магістральних кровоносних судин верхньої апертури грудної клітки. На даний момент цей доступ практично не використовується. Останнім часом з'являється все більше повідомлень про застосування відеоторакоскопічної тимтимопектомії [3, с. 92]. Більшість авторів віддає перевагу правобічному торакоскопічному доступу, який дозволяє оптимально провести візуалізацію верхньої порожнистої вени (ВПВ) та проводити її дисекцію [4, с. 365]. Деякі дослідники використовують лівобічний торакоскопічний доступ, що на їх думку зменшує ризик ушкодження ВПВ, спрощує мобілізацію тимусу за правим контуром у порівнянні з дисекцією тимусу за лівим контуром з правобічного доступу [2, с. 312; 4, с. 365].

Відсутність єдиної тактики з приводу обрання оперативного доступу стало тригерним фактором щодо проведення нашого дослідження.

**Мета дослідження:** проведення порівняльного аналізу травматичності лівобічного торакоскопічного та торакотомного хірургічних доступів при виконанні оперативних втручань з приводу пухлинного ураження тимуса.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів лікування 152 пацієнтів з новоутвореннями тимуса, які знаходились на лікуванні у клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» за період з 2016 року по лютий 2025 роки. Хворі були розподілені на 2 групи: основну (n=82) та групу порівняння (n=70). У пацієнтів основної групи були застосовані відеоторакоскопічні втручання, у хворих групи порівняння – відкриті операції.

Середній вік в основній групі склав  $42,3 \pm 10,2$  роки, 58,2% пацієнтів були жіночої статі; середній вік хворих у групі порівняння склав  $43,4 \pm 12,7$  роки, 52,3% були жінки. Розподіл по нозологічним одиницям у хворих основної групи: тимома – 25 пацієнтів, тимома з міастенією – 32 пацієнта, тератома тимуса – 5 пацієнтів, лімфома тимуса – 8 пацієнтів, кіста виделкової залози – 12 пацієнтів. У групі порівняння розподіл по нозологічним одиницям був наступним: тимома – 18 пацієнтів, тимома з міастенією – 27 пацієнта, тератома тимуса – 6 пацієнтів, лімфома тимуса – 6 пацієнтів, кіста виделкової залози – 13 пацієнтів.

**Результати.** Основним результатом нашого дослідження з'явився порівняльний аналіз травматичності хірургічних втручань, які були ідентичні за об'ємом, але відрізнялися оперативним доступом. Для оцінки травматичності були обрані наступні критерії: час оперативного втручання, ексудація в післяопераційному періоді, терміни стояння плевральних дренажів, час знаходження в палаті інтенсивної терапії (ПІТ), кількість та дозування анальгетиків, віддаленні результати.

При порівнянні вищевказаних показників у групах дослідження були встановлені статистично достовірні відмінності між об'ємами ексудації, термінами стояння плевральних дренажів та середнім часом знаходження пацієнтів у ПІТ ( $p < 0,05$ ). Так середній об'єм ексудації у хворих основної групи склав  $378,4 \pm 125,3$  мл, а у групі порівняння –  $921,4 \pm 465,2$  мл; терміни стояння дренажів в основній групі –  $2,4 \pm 1,02$  доби, у групі порівняння –  $4,2 \pm 1,3$  доби; середній час перебування у ПІТ в основній групі –  $2,4 \pm 1,2$  доби, у групі порівняння –  $4,1 \pm 2,1$  доби. Середня тривалість оперативних втручань достовірно не відрізнялась та склала у хворих основної групи  $79,2 \pm 34,3$  хвилин, а у групі порівняння –  $91,4 \pm 24,8$  хвилин.

Важливим показником, який відображає травматичність оперативного втручання, являється кількісний та якісний (наркотичні та ненаркотичні анальгетики) склад знеболювальних препаратів в післяопераційному періоді. За даними нашого дослідження відмічене достовірне зменшення доз ненаркотичних анальгетиків у 1,6 рази та зменшення кількості використання наркотичних анальгетиків у 2,4 рази у хворих основної групи ( $p < 0,05$ ).

При проведенні оцінки віддалених результатів хірургічного лікування пацієнтів з новоутвореннями тимуса достовірних відмінностей нами не було виявлено.

**Висновки.** Торакоскопічний доступ, завдяки меншій травматичності, у хворих з новоутвореннями тимуса достовірно знижує об'єм ексудації в 2,4 рази та терміни стояння дренажів у 1,8 рази у післяопераційному періоді, зменшити середній час перебування у ПІТ майже на 2 доби, зменшити дози ненаркотичних анальгетиків у 1,6 рази, а використання наркотичних анальгетиків у 2,4 рази. Застосування торакоскопічного доступу не зменшує ефективність оперативного втручання та не знижує віддалені результати лікування.

### Література:

1. Liu Z., Yang R., Sun Y. Nonintubated uniportal thoracoscopic thymectomy with laryngeal mask. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2020; 68:450–6. doi: 10.1055/s-0039-1696950.

2. In Kyu Park. Video-Assisted Thoracic Surgery Thymectomy: Transpleural Approach. *J Chest Surg.* 2021 Aug 5;54(4):310–313. doi: 10.5090/jcs.21.053.

3. Wang J., Tong T., Zhang K., Guo H., Liu Y., Li J., Zhang H., Li Q., Zhang Z., Zhao Y. Clinical study of thoracoscopic assisted different surgical approaches for early thymoma: a meta-analysis. *BMC Cancer.* 2024 Jan 17;24(1):92. doi: 10.1186/s12885-024-11832-7.

4. Zhu L.F., Zhang L.M., Zuo C.J., Jiang B., Cheng N. Long-term outcomes of robot versus video-assisted thymectomy for thymic epithelial tumors: a propensity matched analysis. *BMC Surg.* 2024 Nov 20;24(1):365. doi: 10.1186/s12893-024-02661-3.