А. В. Лигоненко

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

© Лигоненко А. В.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ВЫПОТНЫХ ПЕРИКАРДИТАХ

Резюме. Проанализирован опыт хирургических вмешательств при лечении выпотных перикардитов. Всего за этот период нами было прооперировано 170 больных с патологией перикарда различной этиологии. Проанализировано значение данных диагностических исследований и сопутствующей патологии для выбора объема хирургического вмешательства.

Ключевые слова: *перикардит, перикардиальный выпот, малоинвазивные вмешательства, хирургическое лечение.*

Введение

Количество больных перикардитом в последнее время значительно возросло. Это связано с развитием диагностических и хирургических методов, ухудшением уровня жизни населения. Признаки активного или перенесенного перикардита имеют место в 3-6% случаев аутопсий [1, 6]. Среди пациентов, обращающихся в лечебные учреждения по поводу болей в грудной клетке, патология перикарда обнаруживается в 5% случаев [5]. В большинстве случаев заболевания перикарда носят вторичный характер и возникают на фоне инфекционных (30-50%), неопластических (20-35%), аутоиммунных (20-30%) и других заболеваний [6]. В тоже время диагностика основного заболевания часто может вызывать затруднения. В таких случаях перикардит называют идиопатическим, т.е. первичным [1, 4, 5]. Когда основное заболевание известно либо вероятно, наличие экссудата в перикардиальной полости имеет важное значение в уточнении диагноза, определении тяжести и прогноза патологического процесса, влияет на тактику лечения [1, 4, 7].

Перикардиальный выпот может носить острый, хронический и рецидивирующий характер. Во многом это зависит от этиологии его возникновения, скорости накопления выпота, результатов ранее проведенного лечения [6]. Тампонада сердца – крайне тяжелое и жизнеугрожающее осложнение выпотных перикардитов. В случае отсутствия своевременной диагностики и ургентного вмешательства она быстро приводит к развитию сердечной недостаточности и смерти больного [3, 4, 6, 7].

В современной литературе описаны разнообразные методики хирургических вмешательств для лечения выпотных перикардитов. Наиболее распространенные из них: пункция перикарда с перикардиоцентезом, перикардиотомия с частичной либо субтотальной резекциией перикарда, торакоскопическая фенестрация перикарда и т.д. [1, 2, 3, 4, 6, 8]. Однако единого мнения касательно оптимального, отвечающего всем требованиям вмешательства не существует. Минимизация хирургических вмешательств является основной тенденцией на сегодняшний день, так как позволяет уменьшить операционную травму без вреда для качества и безопасности санации и дренирования полости перикарда, снизить количество осложнений и препятствовать генерализации инфекционного процесса [1, 3, 4, 8]. Мы считаем, что выбор тактики оперативного лечения должен быть индивидуальным и максимально обоснованным в каждом отдельном случае и основываться на поставленных задачах и общем состоянии пациента.

Цель исследований

Определение оптимального объема и эффективности диагностических и хирургических вмешательств при лечении выпотных перикардитов с целью улучшения их результатов на основании собственного опыта и литературных данных.

Материалы и методы исследований

За период с 2000 по 2018 гг. нами выполнено 175 оперативных вмешательств у 170 пациентов по поводу выпотных перикардитов различной этиологии. Среди пациентов преобладали лица мужского пола (72,3%), трудоспособного возраста (средний возраст больных – 43,3 года).

Первичная диагностика перикардиального выпота состояла из сбора клинико-анамнестических данных. Лабораторные исследования включали клинический и биохимический анализ крови, коагулограмму, определение уровня С-реактивного белка, прокальцитонина в крови. Выполнялись ультразвуковые исследования органов грудной и брюшной полостей, электрокардиограмма, обзорная рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях, оценивалась функция внешнего дыхания. При необходимости выполнялись компьютерная либо магнитно-резонансная томографии. Обязательным исследованием во всех случаях была эхокардиоскопия с допплерографией, которая позволяет определить количество и характер выпота, патологические

включения в полости перикарда, признаки компрессии, угрозу тампонады, функциональное состояние сердца, оценить эффективность лечения. На основании результатов этого исследования нами устанавливались показания к хирургическому лечению перикардитов, их срочность. Хирургическая тактика определялась после детального изучения результатов лабораторных и инструментальных исследований. В случае тампонады сердца декомпрессия выполнялась в экстренном порядке с последующим дообследованием.

В нашем исследовании самую многочисленную группу составили больные с посттравматическим перикардитом вследствие различных травм грудной клетки – 36 (21,18%) пациентов, 14 (8,2%) больных перенесли оперативные вмешательства со вскрытием полости перикарда в анамнезе. 28 (16,47%) пациентов имели сопутствующую патологию органов грудной полости. Выпот в полости перикарда на фоне неопластического процесса различной локализации наблюдался в 23 (13,5%) случаях.

Обязательной составляющей оперативного вмешательства являлось цитологическое, гистологическое, бактериальное исследование экссудата и ткани перикарда, выполнение ПЦР для выявления кардиотропных вирусов и/или бактерий.

Результаты исследований и их обсуждение

В большинстве (52 пациента) случаев (30,6%) для доступа к полости перикарда выполнялась право- либо левосторонняя переднебоковая торакотомия, в 43 случаях (25,3%) – срединная полная либо частичная стернотомия. Миниинвазивные вмешательства использовались у 75 больных (44,1%). Пункция и дренирование перикарда выполнялись у 32 (18,8%) пациентов, право- либо левосторонняя торакоскопия – у 19 (11,2%), передняя миниторакотомия – у 12 (7,1%), субксифоидальная внеплевральная перикардиотомия – у 10 (5,9%).

Этиология заболевания до хирургического вмешательства была установлена у 141 пациента (82,9%), у 4 (2,4%) – выпот в перикарде был первым проявлением неопластического процесса органов грудной клетки. Верификация диагноза происходила на основании цитологического исследования перикардиального выпота. У 25 (14,7%) пациентов этиологию заболевания установить не удалось, т.е. констатировался идиопатический перикардит. Гистологические изменения в резецированных участках перикарда в большинстве случаев носили неспецифический характер.

Послеоперационная летальность среди данной группы пациентов составила 8,2% (14 больных). Среди пациентов, которым выполнялись традиционные хирургические вмешательства, она составила 11,6% (11 пациентов). В группе пациентов, перенесших малоинвазивные вмешательства – 4% (3 пациента). Причиной смерти у 9 (64,3%) больных с посттравматическим перикардитом была общая тяжесть повреждений, у 2 (14,3%) пациентов – прогрессирование неопластического процесса, у 2 (14,3%) пациентов – развитие острой правожелудочковой недостаточности; 1 (7,1%) пациент с гнойным перикардитом умер вследствие генерализации септического процесса.

Повторные оперативные вмешательства потребовались в 5 (2,9%) случаях. Двум пациентам была выполнена частичная перикардэктомия в связи с рецидивированием экссудативного процесса с формированием широкого перикардиально-плеврального сообщения. Еще одному пациенту выполнялись повторные пункции перикарда с эвакуацией экссудата в раннем послеоперационном периоде. Двум пациентам потребовалась ревизия полости перикарда с повторным дренированием в связи с развитием гемоперикарда.

Для достижения оптимальных результатов лечения и снижения влияния на организм при выборе хирургической тактики необходимо учитывать этиологию основного заболевания, наличие сопутствующей патологии. Большинству пациентов с патологией органов грудной клетки мы выполняли санацию полости перикарда торакотомным или торакоскопическим способом с одномоментными вмешательствами на пораженных органах (санация плевральных полостей, биопсия опухоли, резекция патологического очага и т.д.). При патологии органов переднего средостения или сердца предпочтение отдавалось полной либо частичной срединной стернотомии. У пациентов с неопластическими процессами, явлениями полисерозита, раковой интоксикации выполнялась чрезкожная пункция и дренирование перикарда. Это вмешательство также выполнялось при неясности этиологии заболевания, в комплексе диагностических мероприятий, при подозрении или наличии тампонады сердца.

Отдельную категорию пациентов составили пациенты с посттравматическими и послеоперационными экссудативными перикардитами. Выбор объема и тактики оперативного лечения в этих случаях зависит от сроков и вида воздействия, ранее выполняемых вмешательств, выраженности клинической картины, тяжести состояния больного и может варьироваться от пункции перикарда до рестернотомии или реторакотомии.

Выводы

Малоинвазивные вмешательства на сегодняшний день являются приоритетными направлениями в развитии хирургии. Малая операционная травма, внедрение современных технологий и подходов способны значительно сокращают сроки лечения и реабилитаци, снижают уровень инвалидизации пациентов, способствуя сохранению работоспособности населения.

В каждом случае выбор хирургической тактики должен основываться на детальном изучении результатов лабораторных и инструментальных исследований и носить индивидуальный характер для достижения оптимальных результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перикардиоскопия в дифференциальной диагностике и лечении экссудативных перикардитов / С.А. Айвазьян, А.П. Медведев, М.А. Сидоров [и др.] // Клиническая медицина. – 2011. - №5. – С. 62-65.
2. Сулиманов Р.Р. Сравнительный анализ малоинвазивных хирургических методов лечения выпотного перикардита / Р.Р. Сулиманов, Р.А. Сулиманов // Вестник Новгородского государственного университета. – 2013. - № 71, Т. 1. – С.47-50.
3. Хирургическое лечение больных острым экссудативным перикардитом и угрозой развития тампонады сердца с применением миниинвазивных технологий / А.С. Никоненко, С.Н. Завгородний, А.В. Губка [и др.] // Сучасні медичні технології. – 2011. - №3-4. – С. 449-450.
4. Left paraxiphoidian approach for drainage of pericardial effusion / C. Motas, N. Motas, O. Rus [et al.] // Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery. – 2010. – Vol. 10. – P. 4-6.
5. Lilly L.S. Treatment of acute and recurrent idiopathic pericarditis / L.S. Lilly // Ciculation. – 2013. – Vol.127. – P.1723-1726.
6. Maicsh B., Risti A.D., Seferoli P.M. et al. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases of the European society of cardiology. Executive summary/ European Heart Journal. – 2004. – Vol. 25. – P. 587-610.
7. Management of cardiac tamponade: a comperative study between echo-guided pericardiocentesis and surgery – a report of 100 patients / H.A. Gumrukcuoglu, D. Odabasi, S. Akdag [et al.] // Cardiology Research and Practice. - 2011. – Vol. 2011. – P. 1-7.
8. Surgical properties and survival of a pericardial window via left minithoracotomy for benign and malignant pericardial tamponade in cancer patients / S. Celik, M. Celik, B. Aydemir [et al] // World Journal of Surgical Oncology. – 2012. – Vol. 10, № 123. – P. 1-8.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ВИПІТНИМ ПЕРИКАРДИТАХ

А. В. Лігоненко

Резюме. Проаналізовано досвід хірургічних втручань при лікуванні випітним перикардитов. Всього за цей період нами було прооперовано 170 хворих з патологією перикарда різної етіології. Проаналізовано значення даних діагностичних досліджень і супутньої патології для вибору обсягу хірургічного втручання.

Ключові слова: *перикардит, перикардіальний випіт, малоінвазивні втручання, хірургічне лікування.*

IMPROVEMENT OF METHODS OF SURGICAL INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH PERICARDIAL EFFUSION

O. V. Ligonenko

Summary. Presented our experience in treatment of pericardial effusion. In total we've operated 170 patients with various pericarditis during this period. Presented important role of diagnostic results and comorbidities for choosing the optimal surgical approach.

Key words: *pericarditis, pericardial effusion, minimally invasive, surgical treatment.*