



В. В. Бойко, И. В. Поливенко,
Ю. Н. Скибо, А. В. Петков,
Ю. В. Писклова, В. Серхан

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ ПЕРИКАРДА В СОЧЕТАНИИ С КОНСТРИКТИВНО- ЭКССУДАТИВНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В.Т. Зайцева НАМН
Украины», г. Харьков

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

© Коллектив авторов

Резюме. Проанализирован опыт лечения кисты перикарда в сочетании с констриктивно-экссудативным перикардитом. Представлено значение детального изучения оперирующими хирургами результатов лучевых методов диагностики для выбора оптимальной хирургической тактики.

Ключевые слова: киста перикарда, перикардит, хирургическое лечение.

Введение

Кисты перикарда (КП) — достаточно редкая патология. По данным литературы их частота в популяции составляет 1:100 000 и около 7 % от общего количества образований средостения [4, 5, 6]. Наиболее часто они локализуются в правом кардиодиафрагмальном углу (51–70 %), реже — в левом (около 25 %) и имеют врожденный характер [3]. В то же время КП могут развиваться и в результате воспалительных, неопластических и других процессов [1, 4].

В течение длительного времени заболевание протекает бессимптомно, и обнаруживается как случайная находка при рентгенологическом или эхокардиоскопическом (ЭхоКС) исследовании. Появление симптомов отмечается при увеличении размеров кисты и/или развитии осложнений (ее инфицирование, разрыв, компрессия рядом расположенных структур и т. д.), что является абсолютным показанием для оперативного лечения [2, 7].

Впрочем, акцентируя основное внимание непосредственно на КП, можно упустить из виду другие важные особенности протекания данного заболевания.

Цель исследования

Проанализировать опыт лечения кисты перикарда в сочетании с констриктивно-экссудативным перикардитом, важность значения детального изучения диагностических данных для оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы исследований

В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ» накоплен многолетний опыт лечения новообразований средостения, в том числе и КП. Так в период с 2005 по 2015 год. в клинике института произведено более 10 операций по поводу удаления КП. Во всех случаях диагноз устанавливался на основании данных инструментальных ме-

тодов исследования. Особенно важную роль в диагностике и лечении КП, в последние годы, начала занимать торакоскопия. Этот мини-инвазивный метод позволяет не только максимально визуализировать объем патологического процесса, но и, одновременно, выполнить оперативное вмешательство. Однако применение торакоскопии не всегда оправдано в качестве метода выбора диагностики и лечения. В качестве иллюстрации важности оценки диагностических данных для оптимизации методов хирургического лечения КП приводим клинический случай.

Пациент М., 58 лет, история болезни № 6298, поступил в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ» 26.12.2013 г. в плановом порядке с жалобами на приступы выраженных болей за грудиной, усиливающиеся при перемене положения тела, периодический кашель и повышение температуры тела, чувство страха, сердцебиения, умеренную общую слабость.

Со слов пациента заболел 20.09.2013 г., когда на фоне относительного благополучия появился сухой кашель, который беспокоил в течение 3 недель, субфебрильная температура тела, приступ выраженных болей за грудиной, связанный с изменением положения тела. После периода благополучия подобные эпизоды повторялись дважды в течение 3 месяцев. Консультирован пульмонологом по месту жительства. При проведении рентгенографии (20.12.2013 г.) в правом кардиодиафрагмальном углу выявлено кистозное образование, направлено на компьютерную томографию органов грудной клетки (КТ ОГК). Заключение КТ ОГК (21.12.2013 г.): признаки кисты перикарда в проекции правого кардиодиафрагмального угла размерами 11×5×8 см с четкими краями и жидкостным содержимым, признаки правосторонней нижнедолевой плевронеумонии (рис. 1).



Рис. 1. КТ ОГК пациента М., 58 лет. Киста перикарда в правом кардиодиафрагмальном углу (указана стрелками)

При ЭхоКС 26.12.2013 выявлено кистозное образование над правым желудочком 9х5х12 см, двусторонний плеврит, фибринозный перикардит. В связи с этим было решено во время хирургического вмешательства использовать стернотомный доступ и выполнить ревизию, санацию, дренирование перикарда.

Операция произведена 28.12.2013 г. При ревизии в переднем средостении выявлен выраженный воспалительный процесс, в который помимо клетчатки средостения вовлечены перикард, медиастинальная плевра и тимус. Перикард напряжен. С целью определения границ воспалительного процесса, уточнения диагноза и лучшей визуализации объекта хирургического вмешательства выполнено широкое вскрытие правой плевральной полости (рис. 2).



Рис. 2. Воспалительный процесс в переднем средостении. Широкое вскрытие правой плевральной полости, ревизия

В области правого кардиодиафрагмального угла выявлено кистозное образование с четырьмя контурами 10×8×6 см, содержащее жидкость, и спаянное с перикардом до уровня впадения v.anonima в v.cava superior (рис. 3).



Рис. 3. Киста (указана корнцангом) в области правого кардио-диафрагмального угла (перикард вскрыт)

Вскрыт перикард. Выделилось около 100 мл прозрачной соломенного цвета жидкости (отправлена на бактериологическое исследование). Перикард утолщен до 8 мм, в полости перикарда – выраженный спаечный процесс, массивные фибринозные наложения (рис. 4).

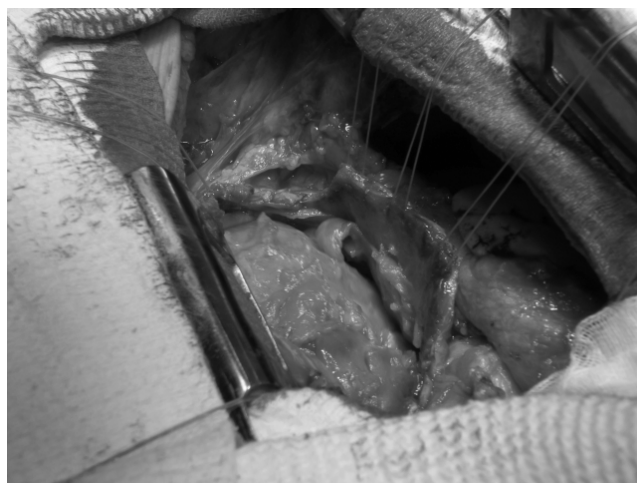


Рис. 4. Выраженный спаечный процесс в полости перикарда

Тупым и острым путем с применением коагуляции от спаек освобождены магистральные сосуды, правые и, частично, левые отделы сердца. Кистозное образование удалено единым блоком с частью перикарда и правой долей тимуса (рис. 5).

Операция закончена санацией и дренированием полости перикарда и обеих плевральных полостей.

Посев жидкости из перикарда роста не дал.

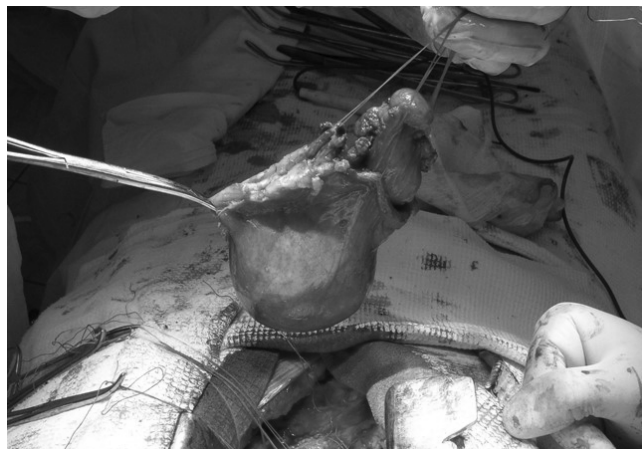


Рис. 5. Кистозное образование одним блоком с частью перикарда и правой долей тимуса

По данным гистологического исследования препарата стенка кисты представлена соединительнотканной капсулой, выстлана уплощенным эпителием типа мезотелия с умеренной лимфогистиоцитарной периваскулярной инфильтрацией стромы.

Результаты исследований и их обсуждение

Послеоперационный период на фоне антибиотикотерапии протекал гладко. На 10-е сутки пациент в стабильном состоянии выписан под наблюдение кардиолога по месту жительства.

В последующем при контрольном осмотре через 3 и 6 месяцев пациент жалоб не предъявлял, согласно ЭхоКС данных в пользу рецидива заболевания не выявлено.

У данного пациента жалобы и основные клинические проявления были связаны, на наш взгляд, с развитием констриктивно-экссудативного перикардита, который сосуществовал с КП больших размеров, принятой поначалу за основную причину жалоб. КП может длительное время существовать бессимптомно, а повышение температуры тела, как правило, связано с ее инфицированием. В данном случае вполне можно было предполагать и такой сценарий, однако детальное изучение результатов КТ (рис. 6) и

данных ЭхоКС (резкое утолщение перикарда, фибрин), указывающих на наличие тяжелого перикардита, позволили сместить акцент хирургического воздействия, выбрать наиболее удобный доступ и оптимальный ход операции.

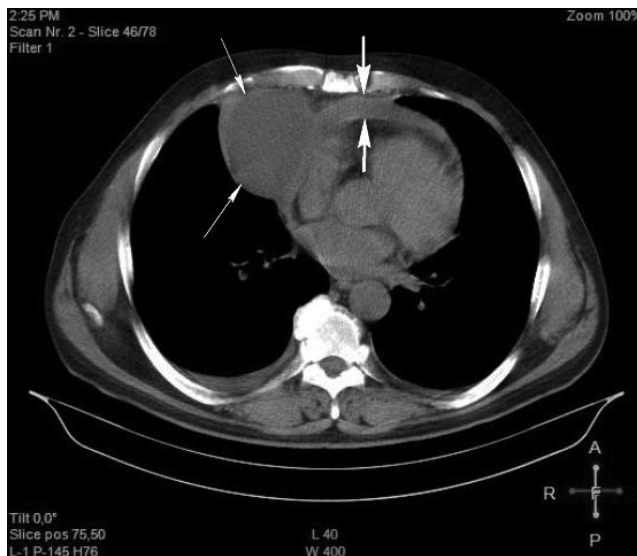


Рис. 6. КТ ОГК пациента М., 58 лет. Киста перикарда в правом кардиофрагмальном углу (тонкие стрелки), утолщенный перикард (толстые стрелки)

Вместо неоправданных (а кроме того — трудоемких и опасных) попыток выделения кисты в условиях перикардита и спаечного процесса было решено удалить образовавшийся конгломерат единым блоком, воздействуя, таким образом, одновременно на все звенья патогенеза заболевания.

Выводы

Мани-инвазивные методы лечения хоть и позволяют уменьшить объем и тяжесть оперативного вмешательства, но не всегда оправданы и целесообразны. Очевидно, что планирование и выполнение хирургических вмешательств значительно облегчается после детального изучения оперирующими хирургами результатов инструментальных исследований накануне операций.



ЛИТЕРАТУРА

1. A giant pericardial cyst in an unusual localization / T. Celik, S. Firtina, B. Bugan [et al.] // *Cardiology Journal*. — 2012. — Vol. 19; № 3. — P. 317-319.
2. A large pericardial cyst complicated by a pericarditis in a young man with a mediastinal mass/ A. McMillan, Carolina A. Souza, John P. Veinot [et al.] // *Ann. Thorac. Surg.* — 2009. — Vol. 88. — P. 11-13.
3. Acute right-sided heart failure due to hemorrhage into a pericardial cyst / A. C. Boges, K. Gellert, M. Dietel [et al.] // *Ann. Thorac. Surg.* — 1997. — Vol. 63. — P. 845–847.
4. An unusual presentation of pericardial cyst: Recurrent syncope in a young patient / E. Ilhan, F. Altin, O. Ugur [et al.] // *Cardiology Journal*. — 2012. — Vol. 19; №2. — P. 188–191.
5. Jarb F.I. Pericardial cyst / F. I. Jarb, N. Skeik // *Intern. Med.* — 2010. — Vol. 49. — P. 805–806.
6. Primary cysts and tumors of the mediastinum / A. J. Cohen, L. N. Thomson, F. H. Edwards, R. F. Bellamy // *Ann. Thorac. Surg.* — 1991. — Vol. 51; № 3. — P. 378-384.
7. Symptomatic pericardial cyst: a case series / Q. Najib Mohammad, Hari P. Chaliki, Amol Raizada, Jhansi L. Gahji, [et al.] // *European Journal of Echocardiography*. — 2011. — Vol. 12. — P. E43.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ КІСТИ
ПЕРИКАРДА В ПОЄДНАННІ
З КОНСТРУКТИВНО-
ЕКСУДАТИВНИМ
ПЕРИКАРДИТОМ

*В. В. Бойко, І. В. Полівенок,
Ю. М. Скібо, О. В. Петков,
Ю. В. Пісклова, В. Серхан*

SUCCESSFUL SURGICAL
TREATMENT OF
PERICARDIAL CYST WITH
EFFUSIVE-CONSTRICTIVE
PERICARDITIS
COMBINATION

*V. V. Boyko, I. V. Polivenok,
Yu. M. Skibo, O. V. Pyetkov,
Yu. V. Pisklova, W. Serhan*

Резюме. Проаналізовано досвід лікування кісти перикарда в поєднанні з констриктивно-ексудативним перикардитом. Представлено значення детального вивчення оперуючими хірургами результатів променевих методів діагностики для вибору оптимальної хірургічної тактики.

Ключові слова: кіста перикарда, перикардит, хірургічне лікування.

Summary. The experience of pericardial cysts treatment in conjunction with constrictive-exudative pericarditis is analyzed. The value of a detailed study by the surgeon of the results of x-ray diagnostic methods for selecting the optimal surgical approach is presented.

Key words: pericardial cyst, pericarditis, surgical treatment.