

УДК 616.11 – 002 – 003.2 – 036.11 – 089 – 072.1

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЭКССУДАТИВНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ И УГРОЗОЙ РАЗВИТИЯ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Никоненко А. С.<sup>1,2</sup>, Завгородний С. Н.<sup>2</sup>, Губка А. В.<sup>1</sup>, Головкин Н. Г.<sup>1</sup>, Клименко А. В.<sup>1</sup>,  
Осауленко В. В.<sup>2,3</sup>, Децьок Д. А.<sup>3</sup>, Гайдаржи Е. И.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

<sup>3</sup>Запорожская областная клиническая больница

**Ключевые слова:** острый экссудативный перикардит, тампонада сердца, миниинвазивные технологии

Проблема хирургического лечения острого экссудативного перикардита и связанных с ним осложнений до сих пор остается достаточно актуальной и продолжает обсуждаться в литературе [2, 4, 5]. Тампонада сердца, являющаяся грозным осложнением данного заболевания, быстро приводит к правожелудочковой или тотальной сердечной недостаточности и в 8–20% приводит к смерти больного [3, 6]. Только раннее оперативное вмешательство, в частности, перикардиоцентез и эвакуация содержимого из полости перикарда позволяют спасти жизнь пациенту.

В литературе, как правило, сообщения о хирургическом лечении острого перикардита касаются традиционных методик (субкисфойдальной пункции перикарда, экстраплевральной перикардотомии, торакотомии) [3]. Однако эти методики имеют ряд существенных недостатков: выраженные болевые реакции в послеоперационном периоде, длительное снижение работоспособности, высокий риск интра- и послеоперационных осложнений. В связи с этим назрела необходимость использования миниинвазивных технологий у данной категории больных, что более целесообразно и перспективно [1].

## Цель исследования

Улучшить результаты хирургического лечения больных острым экссудативным перикардитом и угрозой развития тампонады сердца путем разработки и внедрения в практику нового миниинвазивного способа видеоторакоскопической фенестрации перикарда.

## Материалы и методы исследования

В работе проведен анализ лечения 26 больных острым экссудативным перикардитом и угрозой развития тампонады сердца. Женщин было – 16(61,5%), мужчин – 10(38,5%). Сред-

ний возраст – 52±7,9 лет. У всех больных перед операцией выполняли клиническое, лабораторное и инструментальное (рентгенография, эхокардиоскопия) обследования. У 16(61,5%) больных причиной развития экссудативного перикардита была острая респираторная вирусная инфекция, у 4(15,4%) – сахарный диабет, у 1(3,9%) – опухоль правого предсердия (плеоморфная рабдомиосаркома правого предсердия с прорастанием в перикард), у 5(19,2%) пациентов имел место экссудативный перикардит неустановленной этиологии. Показанием к операции считали нарастание одышки, гемодинамические нарушения и увеличение экссудативного пространства по задней и по передней поверхности сердца. Операцию выполняли по методике, разработанной в клинике госпитальной хирургии Запорожского государственного медицинского университета (патент Украины № 15938) с использованием стандартного видеоторакоскопического оборудования фирмы «Linvatec», (USA). Перед выпиской из стационара всем пациентам проводили контрольную эхокардиоскопию.

## Результаты и их обсуждение

Анализ результатов лечения показал высокую эффективность предложенного способа видеоторакоскопической фенестрации перикарда в хирургическом лечении больных острым экссудативным перикардитом и угрозой развития тампонады сердца. Продолжительность операции в среднем составила – 94,7±23,1 минут, длительность пребывания больных в стационаре – 11,3±4,8 суток. В послеоперационном периоде отмечена регрессия основных симптомов экссудативного перикардита. Снижение ЦВД наблюдалось во всех случаях: до операции в среднем 145±23,4 мм вод. ст., к завершению операции – 72,4±21,3 мм вод. ст., к 3-м послеоперационным суткам – 42,4±2,6 мм вод. ст. Интра- и послеоперационных осложнений, связанных с выполнением операции, удалось избежать. Летальности не было. Дренажи по Бюлау из плевральной по-

лости удаляли на 3–4 сутки. Рецидивов перикардита не наблюдали.

### Выводы

1. Применение предложенного способа видеоторакоскопической фенестрации перикарда позволяет снизить длительность пребывания в стационаре и период послеоперационной реабилитации у пациентов с острым экссудативным перикардитом

2. Миниинвазивная видеоторакоскопическая фенестрация перикарда способствует профилактике выраженного болевого синдрома, позволяет отказаться от применения наркотических анальгетиков и не ограничивает физическую активность в послеоперационный период

3. Видеоторакоскопическая фенестрация перикарда является эффективной операцией и должна стать основным лечебным мероприятием в профилактике развития тампонады сердца.

### Литература

1. Видеоторакоскопическая фенестрация перикарда у пациентов с экссудативным перикардитом / С. Н. Завгородний, С. С. Посудевский, И. В. Русанов, А. А. Никоненко, Е. И. Гайдаржи // Матеріали ХХІ з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т.І. – С. 443–445.
2. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии / В. Н. Запорожан, В. В. Грубник, В. Ф. Саенко, М. Е. Ничитайло. – К.: Здоров'я, 2000. – 304 с.
3. Хирургические болезни / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др. // Под ред. М. И. Кузина. – М.: Медицина, 2002. – 784 с.
4. Миминошвили О. И. Возможности торакоскопических операций на сердце и вегетативной нервной системе / О. И. Миминошвили, О. А. Никонова, И. Н. Шаповалов // Матеріали ХХІ з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т.І. – С. 481–482.
5. Никоненко А. С. Хирургическая тактика при развитии тампонады сердца у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности / А. С. Никоненко, С. Н. Завгородний, В. В. Осауленко // Запорожский медицинский журнал. – 2001. – № 5–6. – С. 19–21.
6. Pericardectomy: a challenge, a reality / T. V. M. Lozono, R. M. S. Urrea., A. V. Herrera et al. // Arch. Inst. Cardiol. Mex. – 1993. – Vol. 63. – № 5. – P. 403–406.