

На правах рукописи
УДК 616-089:616.11-002

КУДАЙБЕРДИЕВ ТААЛАЙБЕК ЗУЛПУКАРОВИЧ

Оптимизация хирургического лечения перикардитов

14.00.44 – сердечно-сосудистая хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Отделе хирургии сердца Национального центра кардиологии и терапии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Научный руководитель: доктор медицинских наук,
член-корреспондент НАН КР,
профессор Джошибаев С.Д.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Байзаков У.Б.
доктор медицинских наук, профессор Намазбеков М.Н.

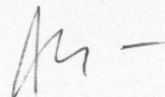
Ведущее учреждение: Научный центр хирургии имени академика В.В. Вахидова Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Защита диссертации состоится в 14⁰⁰ часов «24» апреля 2003 г. на заседании диссертационного совета Д.14.02.192 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-я линия, д.25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Автореферат разослан «22» марта 2003г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент

 Сопуев А.А.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление
ВПИГ – внутривнутриперикардальная инстиляция гормонов
ВПИПФ- внутривнутриперикардальная инстиляция протеолитических ферментов
ГП – гнойный перикардит
Д-ЭХОКГ – доплер эхокардиография
ИПЛ – интраперикардальный лаваж
ИПТ – интраперикардальная терапия
ИПФ – интраперикардальный фибринолиз
КДО – конечно-систолический объем
КСО – конечно-диастолический объем
ЛЖ – левый желудочек
ПЖ- правый желудочек
ПСПЖ – передняя стенка правого желудочка
СН – сердечная недостаточность
Ср. ЛАД – среднее легочно-артериальное давление
СПС – субсифоидальная перикардиостомия
СПЭ - субтотальная перикардэктомия
ФВ - фракция выброса
ФЭП – фибринозно-экссудативный перикардит
ЦВД – центральное венозное давление
ЧКД – чрезкожное катетерное дренирование полости перикарда
ЭГП - экссудативно-фибринозный перикардит
ЭКГ – электрокардиография
ЭП – экссудативный перикардит
ЭПП – эхинококковое поражение перикарда
ЭХОКГ - эхокардиография

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Воспалительные заболевания перикарда относятся к одним из наиболее тяжелых поражений сердечно-сосудистой системы, протекающих, зачастую, с тяжелой сердечной недостаточностью и являющихся причиной ранней инвалидизации и смерти таких больных (Е.Е.Гогин 1982,2001; В.И.Бураковский с соавт., 1989; E. Braunwald 1991; J.D. Wilson et al.,1991; E.W.Hancock., 1992; M.Freed et al.,1994; R.C.Shlant et al.,1994; M.M.Campos.,1996; J.Sagista-Sauleda et al.,1999).

Несмотря на то, что на сегодняшний день разработаны различные методы хирургического лечения больных с перикардитами, до сих пор остается нерешенным вопрос о дифференцированном подходе в лечении различных клинических форм перикардитов, не разработаны четкие показания к применению различных видов интраперикардиальной терапии (C.Defouilloy., 1997; J.Maynar et al., 1997; K.Geissbuhlez et al., 1998; D.D.Mann-Segal,1999 K.V.Allen et al.,1999).

Остаются отрывочными сведения о нарушении сократительной функции миокарда при перикардитах (З.Д.Бобылева с соав.,1998; О.И.Жаринов с соав.,2000).

Изучение нерешенных проблем диагностики и лечения перикардитов явилось предпосылкой для проведения данной научно-исследовательской работы.

Связь темы диссертации с крупными научными программами.

Работа выполнена в рамках научно-исследовательских работ Национального центра кардиологии и терапии МЗ КР по теме: «Оптимизация диагностики и лечения перикардитов» (№ Гос. регистрации 0000980).

Цель работы: на основании изучения клиничко-патогенетических, морфологических изменений в полости перикарда разработать оптимальную программу диагностики и лечения перикардитов.

Задачи исследования:

1. Изучить фазы воспалительного процесса в перикарде для определения места и времени хирургического лечения;
2. Определить обратимость изменений фаз воспаления при местном лечении различных форм перикардитов;
3. Оценить нарушения сократительной способности ПЖ при различных клинических формах перикардитов;
4. Разработать тактику дифференцированного хирургического лечения перикардитов.

Научная новизна полученных результатов.

Настоящая работа является первым в отечественной литературе исследованием, посвященным изучению сократительной функции ПЖ в комплексной оценке нарушений гемодинамики при перикардитах.

- ❖ Впервые при определении показаний к тому или иному методу лечения различных форм перикардитов учитывается характер изменений в полости перикарда и оценена эффективность интраперикардиального фибринолиза.
- ❖ Представлен подробный анализ оценки эффективности дифференцированного подхода в лечении различных форм перикардитов.
- ❖ В зависимости от стадии воспалительного процесса определены показания для проведения интраперикардиальной терапии и разработан алгоритм хирургического лечения перикардитов.

Практическая значимость полученных результатов.

В результате проведенного исследования показана важность исследования сократительной функции миокарда ПЖ в комплексной оценке нарушений гемодинамики при перикардитах.

Определены показания к интраперикардиальной терапии у больных с аккумулятивными процессами в полости перикарда.

Показана высокая эффективность ИПТ в профилактике рецидивов выпота и развития констрикции.

Разработана классификация перикардитов, учитывающая характер изменений в полости перикарда, и алгоритм хирургических вмешательств при различных формах перикардитов.

Общее практическое значение работы состоит в раскрытии ПЖ СН и определении оптимальной тактики лечения перикардитов.

Экономическая значимость полученных результатов основывается на доказанной возможности получения медико-социальной эффективности при использовании разработанных методов лечения за счет сокращения сроков лечения, снижения числа осложнений и более успешной реабилитации больных перикардитами.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Определяющим фактором в выборе метода лечения является степень перикардиального сдавления сердца и характер изменений в полости перикарда;
2. Предложенный метод дифференцированного хирургического подхода является патогенетически обоснованным и достаточно эффективным в лечении больных различными клиническими формами перикардитов;
3. Неинвазивными исследованиями показано, что при перикардитах, протекающих с явлениями перикардиальной компрессии сердца, наблюдается изменение параметров функционального состояния ПЖ (уменьшение площади и объема ПЖ и снижение ФВПЖ).

Личный вклад соискателя. Личный вклад автора диссертации заключается в проведении всех общеклинических, специальных и дополнительных методов исследования, усовершенствовании и разработки новых способов хирургического лечения перикардитов и обработку большей части клинического материала.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы доложены:

- на III-м Международном Конгрессе кардиологов тюркоязычных стран, Бишкек, 2002 г;
- на межотделенческой конференции Национального центра кардиологии и терапии (протокол № 2), Бишкек, 2002 г;
- на 554-м заседании Ассоциации хирургических обществ Кыргызской Республики, Бишкек, 2002 г;
- на заседании № 9 экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций при диссертационном совете Д.14.02.192 НХЦ МЗ КР, Бишкек, 2003 г.

Внедрения результатов исследования. Основные результаты исследования используются в клинической практике отдела хирургии сердца Национального Центра кардиологии и терапии.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 9 научных работ, в том числе 7 статей, получено свидетельство Кыргызпатента и утверждено рационализаторское предложение по усовершенствованию методики субсифидальной перикардостомии.

Структура и объем диссертации. Материалы диссертации изложены на 106 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14, интервал 1,5). Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа иллюстрирована 14 таблицами, 16 рисунками. Указатель литературы содержит 127 источников, в том числе 19 авторов ближнего и 108 дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования.

В связи с поставленными целями и задачами нами был проведен анализ результатов различных методов хирургического лечения и определения функционального состояния ПЖ у больных с различными формами перикардитов.

Работа основана на результатах исследования 96 больных, получавших лечение по поводу различных форм перикардита в Отделе хирургии сердца Национального центра кардиологии и терапии за 10 лет (с 1992 по 2002гг.).

Проведенное анамнестическое, микробиологическое и гистологическое исследование перикарда и его содержимого, выявило преобладание больных с идиопатическими перикардитами (51% случаев). Отмечается большое количество туберкулезных (11,5%) и злокачественных (10,4%) перикардитов.

Третью по частоте встречаемости группу занимают инфекционные перикардиты (9,4%), 6,03% относится к вирусным перикардитам и 5,2% к посттравматическим перикардитам. Значительно реже встречаются ревматические перикардиты (2,08%), лучевые, постперикардиотомные перикардиты, а также эхинококковое и псориатическое поражение перикарда занимают по 1,04% (рис.1).

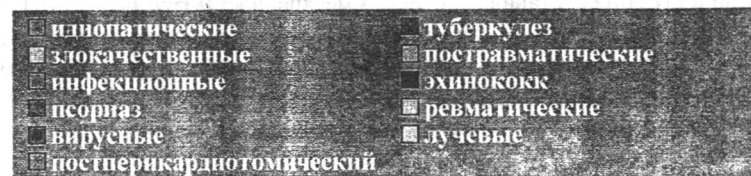
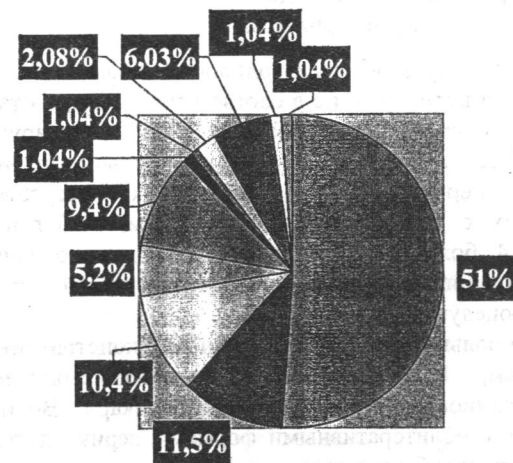


Рис.1. Структура различных этиологических форм перикардитов.

Нами была разработана классификация наиболее часто встречающихся форм перикардитов, учитывающая характер изменений в полости перикарда и позволяющая определиться в выборе хирургического метода лечения.

Классификация перикардитов с учетом характера изменений в полости перикарда.

I. Группа с преобладанием процессов аккумуляции в полости перикарда:

- 1) экссудативный: а. серозный., б. геморрагический., в. смешанный., г. серозно-фибринозный;
- 2) гнойный, гнилостный;
- 3) гемоперикард;
- 5) хилоперикард.

II. Группа с преобладанием процессов облитерации полости перикарда:

- 1) частичная облитерация – адгезивный перикардит;
- 2) полная облитерация – констриктивный перикардит.

Разделение больных по группам производилось в зависимости от характера изменений в полости перикарда, т.е. в соответствии с разработанной классификацией, и вида оперативного вмешательства (дренирующие процедуры или резекция перикарда): I группу составили 60 больных, из них 36 больных с экссудативным перикардитом, 9 больных с экссудативно-геморрагическим, 7 больных с фибринозно-экссудативным, 4 больных с гнойным перикардитом и 4 больных с гемоперикардом, т.е. больные с аккумуляционными формами перикардитов. 26 больных I группы подверглись различным дренирующим процедурам.

II группу составили 36 больных, из них: 18 больных с констриктивным, 16 больных с адгезивным, 1 больной с адгезивно-констриктивным перикардитом и 1 больной с эхинококковым поражением перикарда. Во второй группе преобладали больные с облитеративными формами перикардитов. 20 больным КП, АКП и ЭПП II группы была выполнена резекция перикарда.

В общей группе обследованных больных преобладали женщины 55 (57,3%), мужчин было 41 (42,7%). Длительность заболевания на момент операции в I группе составила – 3, 7±1, 4 месяца, а во II группе -15, 2±1,7 мес.

Для изучения исходного состояния больных, степени выраженности сердечной недостаточности и оценки эффективности различных методов оперативного лечения использовались следующие методы исследования:

- 1.Общеклинические методы исследования.
- 2.Электрокардиография.
- 3.Двухмерная трансторакальная ЭХО-кардиография.
- 4.Рентгенография органов грудной клетки.
- 5.Рентгенкимография.
- 6.Исследование белкового баланса крови.
- 7.Исследование центральной гемодинамики с помощью манометрии лучевой артерии и определения центрального венозного давления с помощью

катетеризации подключичных вен: а) исходно до операции; б) сразу после устранения компрессии сердца; в) в послеоперационном периоде.

Клинические исследования проводились с учетом данных анамнеза, тяжести состояния больного, функционального класса по классификации Нью-Йоркской сердечной ассоциации (НУНА) и степени недостаточности кровообращения по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко.

ЭХО-кардиографическое исследование осуществлялось трансторакальным доступом на аппарате ACUSON SEQUIA 512, до и после операции и в двух случаях интраоперационно. Кроме измерения стандартных показателей, в рамках поставленных задач определялись следующие показатели, характеризующие характер изменений в полости перикарда:

1. Наличие эхо-негативного пространства в полости перикарда.
2. Локализация эхо-негативного пространства.
3. Толщина эхо-негативного пространства.
4. Наличие дополнительных образований в полости перикарда (сгустки и нити фибрина).
5. Толщина перикарда и эпикарда.
6. Наличие или отсутствие скопления листков перикарда относительно друг друга.
- 7.Наличие очагов кальциноза на перикарде.
- 8.Определение характера движения МЖП.
- 9.Коллабирование стенок ПЖ

Оценка эффективности ИПП проводилась при контрольном обследовании и включала в себя определение рецидива выпота и развитие облитерации полости перикарда с развитием констриктивного процесса.

В соответствии с поставленными целями для определения нарушений сократительной функции ПЖ до и после операции, были обследованы 36 человек – 1 группа: 11 больных с экссудативным перикардитом, протекающим без признаков сдавления сердца, 2 группа: 8 б-х с экссудативным перикардитом (ЭП), 4 б-х с фибринозно-экссудативным перикардитом (ФЭП) и 1 б-ой с гнойным перикардитом (ГП), и 3 группа: 12 б-х констриктивным перикардитом. У всех больных 2 и 3 группы отмечались признаки сдавления сердца. Из них 24 мужчин и 12 женщин. Средний возраст обследованных составил в 1 группе 43,9 ±5,8 года, в 2-й- 33±8,0 лет.

Ультразвуковую локацию сердца производили на эхокардиографе Acuson Sequoia 512 при регистрации двухмерных эхокардиограмм верхушечным подходом в проекции четырехкамерного сечения по длинной оси. Особое внимание уделяли визуализации контуров ПЖ со строгим сохранением угла локации в течении исследования. Данные двухмерной и Д-ЭХОКГ регистрировались на видеопленку и распечатывались на стационарном аппаратном принтере.

Определялись следующие показатели, характеризующие функциональное состояние правого желудочка:

- 1) площадь сечения ПЖ в систолу (S ПЖс) и в диастолу (S ПЖд) в кв.см;
- 2) объем ПЖ в систолу (V ПЖс) и диастолу (V ПЖд) в мл;
- 3) длина ПЖ в систолу (Д ПЖс) и диастолу (Д ПЖд) в см;
- 4) фракция выброса правого желудочка по Simpson (ФВ ПЖ) в %;
- 5) среднее легочно-артериальное давление (ср ЛАД) в мм.рт.ст;
- 6) толщина передней стенки ПЖ (ПСПЖ) в см.

ЭХОКГ данные определялись в зависимости от площади и поверхности тела. Сравнительный анализ площади ПЖ, проводился с данными О.Ю Атьков и соавт. у здоровых лиц сопоставимого возраста. Анализ объема ПЖ сравнивался с данными И.Г Фомина и соавт. у лиц с нормальной ФВ ПЖ.

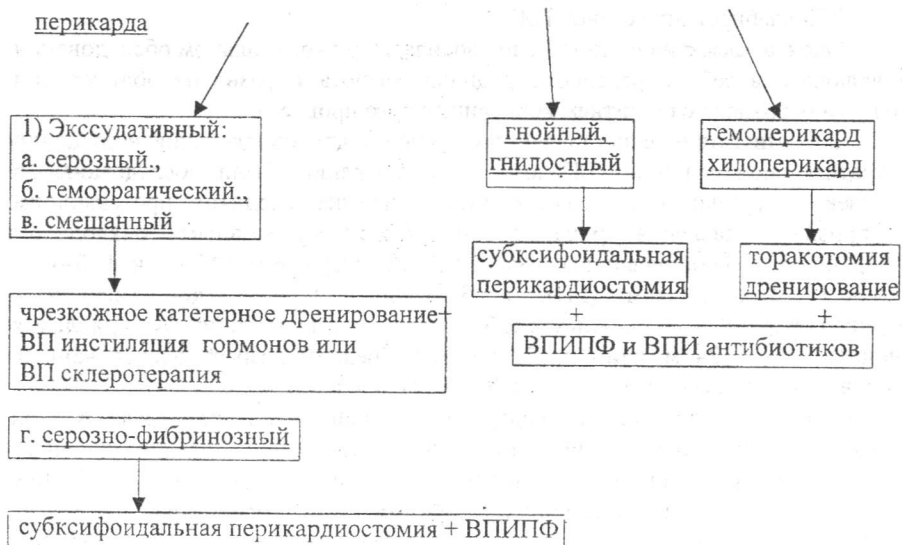
Результаты исследования.

Нами разработан алгоритм хирургических вмешательств при перикардитах, в соответствии с которым в обеих группах выполнялись различные виды оперативного лечения.

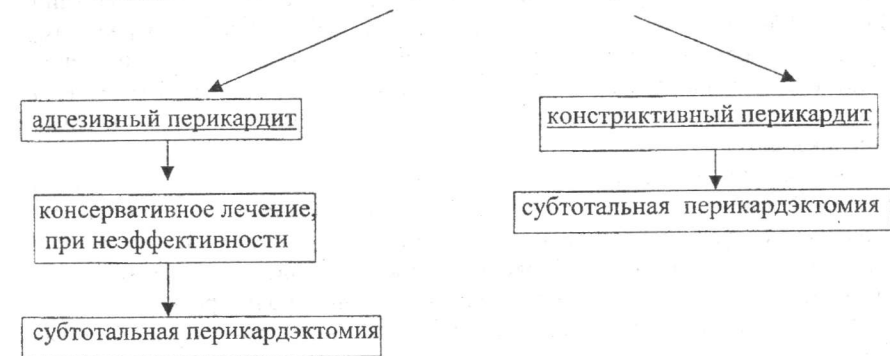
Алгоритм хирургических вмешательств при различных формах перикаритов.

I. Группа с преобладанием процессов аккумуляции в полости

перикарда



II. Группа с преобладанием процессов облитерации полости перикарда:



В I группе 34 больных получали только медикаментозное лечение и 26 больных подверглись различным видам дренирования полости перикарда с проведением ИПТ: в 7 случаях выполнена СПС по Ларрею с ИПФ химотрипсином в дозе 20мг в разведении на 20,0 мл 0,9% NaCl, с экспозицией в среднем 10ч № 3-5; из них двоим больным с ГП и гемоперикардом дополнительно проводился ИПЛ антибиотиками; в 15 случаях проведено ЧКД в точке Ларрея, из них 12 больным дополнительно проводилась ВПИГ гидрокортизоном в дозе 125мг ежедневно в течении 3-5 дней; 3 больным проведена левосторонняя торакотомия в 4-5 межреберье с ушиванием раны и дренированием полости перикарда с ИПЛ антибиотиками (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных по виду дренирования и ИПТ

Вид дренирования и ИПТ	Количество больных (n=26)
Чрезкожное катетерное дренирование	15 (57,7%)
Из них: ЧКД+ВПИГ	12
Субсифоидальная перикардиостомия	8 (30,7%)
Из них: СПС+ВПИФ	7
и : СПС+ИПЛ	1
Торакотомия, дренирование + ИПЛ	3 (11,6%)

При определении показаний к ИПТ, учитывались данные о характере изменений в полости перикарда – по заключению ЭХОКГ исследования и данные анализа содержимого полости перикарда. Интраперикардиальная инстиляция гидрокортизона проведена 12 больным, у которых при ЭХОКГ

исследовании выявлено только эхо-негативное пространство и при дренировании выявлен экссудативный характер воспаления. При наличии фибрина у 7 б-х в полости перикарда и в одном случае - гнойного содержимого, был проведен интраперикардиальный фибринолиз химотрипсином. Проведение интраперикардиального лаважа антибиотиками и антисептическими растворами было выполнено у одного больного ГП и у 3 больных гемоперикардом.

По тяжести исходного состояния в I группе преобладали больные с выраженной степенью недостаточности кровообращения – 61,7% больных. Отягощающими факторами течения заболевания было септическое состояние у 5% больных и сопутствующий экссудативный плеврит у 45,1% больных, который носил характер содружественного воспаления (полисерозит).

Целью проведения ВПИГ было подавление продуктивной фазы воспаления в перикарде и профилактика рецидива выпота у больных экссудативными перикардитами, в то время как, проведение интраперикардиального фибринолиза и ИПП преследовало цель предотвратить развитие констрикции. По полученным данным не наблюдалось развития констрикции у больных и значительно снижен рецидив выпота (8,3%) у больных ЭП, сравнительно с данными литературы, в которых указывается значительно больший процент рецидива выпота – 33,3%. При проведении ИПП не наблюдалось развитий осложнений.

В ближайшем послеоперационном периоде в I группе умерли трое больных: 16-ой с ЭП и 2 б-х с ГП. Причиной летального исхода в одном случае явилась прогрессирующая сердечная недостаточность, резистентная к лекарственной терапии, в следствии сопутствующей диффузной миокардиальной недостаточности. ЭХОКГ контроль после эвакуации жидкости выявил значительную дилатацию полостей сердца с гипокинезом всех стенок и низкой ФВ 23% ЛЖ и ПЖ. Во втором случае у больных с ГП исходно имелись признаки септического состояния. После проведения ЧКД у обоих больных наступило улучшение с нормализацией гемодинамики, однако, в последующем у одного больного стали появляться и прогрессировать признаки дыхательной недостаточности, причинами которой послужили двусторонний гнойный распад легкого и эмпиема плевры, и у второго больного нарастающая почечная недостаточность (на вскрытии обнаружен карбункул почки).

Анализ причин смертности показал, что летальный исход во всех трех случаях, не связан с техникой оперативного вмешательства.

В I группе б-х 3-летнего рубежа выживаемости достигли 73,1% прооперированных больных (табл.2). В сроке наблюдения от 3 до 22 месяцев после операции погибли 4 больных ЭП, злокачественной этиологии (центральный рак легкого, рак молочной железы, злокачественный процесс

средостения и рак печени). У всех больных имелась метастатическая форма рака. У одного из этих больного ЭП через 14 мес после ВПИГ развился рецидив выпота, связанный с активизацией злокачественного процесса.

Таким образом, общая летальность среди оперированных б-х в I группе составила 26,9% (7 б-х), рецидив выпота после ВПИГ - 8,3% (16-й).

На основании результатов исследования больных первой группы можно сделать вывод, что при определении показаний к ИПП, играет роль характер изменений в полости перикарда. При экссудативных и экссудативно-геморрагических перикардитах показана ВПИГ, а при фибринозно-экссудативных, гнойных перикардитах и гемоперикарде оправдано проведение дополнительно к комплексному лечению интраперикардиального фибринолиза.

Таблица 2

Отдаленные результаты операций

Распределение больных	Кол-во больных исходно	Кол-во больных достигших 3-лет выживаемости
Больные подвергшиеся дренирующим процедурам с ИПП	26	19
Больные подвергшиеся СПЭ	20	20
Пол		
Мужчин	29	26
Женщин	17	13
Функциональный класс (NYHA)		
ФК I	-	32
ФК II	-	7
ФК III	33	-
ФК IV	13	-

Проведение вышеуказанных видов ИПП является патогенетическим методом лечения, и позволяет значительно снизить частоту рецидивов выпота и развитие констрикции.

На результаты хирургического лечения и ИПП влияет этиология перикардита. Наиболее неудовлетворительный прогноз у больных со злокачественными перикардитами, что обусловлено высокой смертностью, связанной с течением основного заболевания.

Серьезным остается прогноз больных ГП, что связано с риском развития сепсиса и неэффективностью консервативной антибактериальной терапии.

Во II группу вошло 36 больных, 20 из них была произведена субтотальная резекция перикарда доступом через срединную стернотомию.

Среди больных II группы преобладали больные с облитеративными формами перикардитов.

Абсолютно все больные II группы, исходно до операции имели выраженную СН: НШАБ 38,9%, НШБ 38,9%, НШ 22,2% больных и 22 из них относились к III и IV ФК. Синусовая тахикардия зарегистрирована у 55,6% больных. Мерцательная аритмия и трепетание предсердий встречалось в 5% случаев соответственно. Выраженную степень диспротеинемии имели 50%. Явления полисерозита (плеврит, асцит) встречались в 52,8% случаев, и носили застойный характер.

Консервативная терапия у 16 б-х была направлена на предупреждение прогрессирования болезни, а у 20 б-х носила характер подготовки больных к оперативному лечению и была направлена на уменьшение явлений сердечной недостаточности и коррекцию белкового и электролитного баланса крови и назначения в послеоперационном периоде антибиотиков парентерально, для профилактики вторичной инфекции. Как до, так и после операции 19 б-м II группы проводился плевроцентез. ИПТ у больных II группы не проводилась. Развий осложнений и летальных исходов в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Средняя продолжительность контрольного наблюдения за прооперированными больными составила три года. Общая выживаемость во второй группе составила 100% (см. табл 2). Развития каких-либо осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не наблюдалось. Все больные второй группы вернулись к активной деятельности.

Анализ результатов хирургического лечения больных указывает на то что, субтотальной резекции перикарда подверглись больные с явлениями компрессии сердца, в следствии развития или риска развития констриктивной облитерации полости перикарда. Полученные результаты указывают на высокую эффективность СПЭ в хирургическом лечении перикардитов. По нашим данным этот метод не сопровождается развитием осложнений и не приводит к летальным исходам.

Обнадёживающие результаты в II группе прооперированных больных, указывают на эффективность хирургического лечения на ранних стадиях, до развития выраженного кальциноза и миокардиальных изменений.

Сравнительно с первой группой, в II группе полученные результаты, указывают на то, что правильно проведенное, радикальное устранение компрессионного фактора является достаточным лечебным фактором, в то время как, при аккумулятивных процессах, для достижения положительного эффекта, требуется проведение целого комплекса лечебных мероприятий,

включающего в себя: эвакуацию содержимого полости перикарда для устранения компрессии, проведение ИПТ, назначение мощной противовоспалительной, антибактериальной терапии и необходимость проведения этиотропного лечения. Это связано с тем, что течение аккумулятивных перикардитов вариабильно, не исключается сопутствующее поражение миокарда и других серозных полостей (полисерозит), развитие гнойного процесса с сепсисом, рецидивов выпота или развитие констрикции. Все эти факторы, в конечном счете, влияют на результаты хирургического лечения.

При изучении нарушений сократительной функции ПЖ было обследовано 36 больных различными формами перикардитов взятых методом случайной выборки. ЭХОКГ анализ основных показателей функционального состояния ПЖ выявил уменьшение площади и объема ПЖ как в систолу, так и в диастолу в обеих группах исследованных больных, сравнительно с показателями у здоровых лиц (табл.3).

Таблица 3

Изменение параметров сократительной функции правого желудочка у больных с компрессией сердца по данным ЭХО-кардиографии

Параметры	Норма	2 группа (n=13)	3 группа (n=12)	Pгр 2-п	Pгр 3-п
Площадь ПЖ в d (см.кв)	24,27±0,92	17,3±1,31	17,43±1,91	<0,0001	<0,0001
Площадь ПЖ в s	17,78±0,69	9,9±0,84	10,39±1,28	<0,0001	<0,0001
Объем ПЖ в d (мл)	119±4,1	69,01±8,01	64,78±10,98	<0,0001	<0,0005
Объем ПЖ в s (мл)	58±3,5	28,95±3,5	29,91±5,26	<0,0005	<0,005
ФВ ПЖ по Simpson (%)	>48	<48% (n-2), >48%(n-11)	<48% (n-2), >48%(n-10)	<0,0005	<0,005

Так площадь ПЖ в систолу во второй и третьей группах составила от 9,9 до 10,39 кв.см и от 17,3 до 17,43 кв.см в диастолу при норме 17,78±0,69 кв.см и 24,27±0,92 кв.см соответственно. Объем ПЖ не превышал 28,95-29,91 мл в систолу и 64,78-69,01 мл в диастолу при норме 58±3,5мл и 119±4,1 мл соответственно. Длина ПЖ в систолу и диастолу в всех группах оставалась в пределах нормы.

При исследовании ФВ по Simpson, было отмечено снижение ФВПЖ у 15,4% больных 2 группы (у 1-го б-го ФВПЖ составила 28,6% и у второго 45,3%), и у 16,7% б-х 3 группы (24,3% и 37,7% соответственно), при этом ФВПЖ в 1 группе у всех б-х оставалась в пределах нормы. Признаков гипертрофии ПЖ и легочной гипертензии в исследуемых группах не выявлено.

Полученные результаты оценки функционального состояния ПЖ с помощью двухмерной ЭХОКГ показали, что как при перикардитах с накоплением в полости перикарда, так и при облитеративных перикардитах отмечается снижение основных количественных показателей (площадь, объем и ФВ ПЖ), отражающих сократительную функцию правого желудочка, что обусловлено механической компрессией сердца, как выпотом, так спайками и рубцовой капсулой.

На основании вышеизложенного, можно сделать заключение, что дисфункция ПЖ играет существенную роль в механизмах прогрессирования СН. Определение функционального состояния ПЖ является важным фактором оценки тяжести клинического течения и прогноза больных с заболеваниями перикарда.

Выводы:

1. В выборе вида оперативного лечения необходимо учитывать характер изменений в полости перикарда и степень нарушения сократительной функции сердца.
2. При преобладании процессов аккумуляции в полости перикарда, с признаками сдавления сердца, предпочтительны дренирующие процедуры в сочетании с интраперикардиальной терапией, а при преобладании процессов облитерации с явлениями констрикции - радикальная резекция перикарда.
3. Активное использование в комплексном лечении интраперикардиальной терапии позволяет значительно снизить рецидив выпота и предупредить развитие констрикции.
4. Нарушение сократительной способности ПЖ при перикардитах проявляется различной степенью снижением ФВ, уменьшением КДО и КСО, уменьшением площади ПЖ как в систолу, так и в диастолу.
5. Разработанный алгоритм позволяет выбрать наиболее оптимальный метод хирургического лечения, наиболее часто встречающихся форм перикардитов.

Практические рекомендации:

1. Важным и необходимым этапом диагностики, позволяющим проводить

отбор больных на дифференцированное хирургическое лечение, является определение при ЭХОКГ не только наличие, но и характер и размер эконегативного пространства вдоль ПСПЖ, ЗСЛЖ, боковых стенок сердца и верхушки, колабирование стенок ПП и ПЖ, наличие других субстратов воспаления: фибрин, гной или наложения масс и кист, определение толщины перикарда и эпикарда, наличие очагов кальциноза, с обязательной оценкой сократительной функции ПЖ.

2. Важным и обязательным условием является интраоперационный мониторинг АД, ЦВД, ЭКГ и ЭХОКГ.
3. Для определения дальнейшей тактики лечения рекомендуется обязательное гистологическое, цитологическое и микробиологическое исследование перикарда и его содержимого.
4. При получении геморрагического выпота необходимо всестороннее обследование для исключения опухолевого процесса.
5. Субкисфидальная перикардиостомия (СПС) рекомендуется больным с ФЭП, ГП, ВП неясной этиологии. Чрезкожное катетерное дренирование при чисто ВП и тампонаде сердца. При адгезивном перикардите протекающим с нарушением сократительной функции сердца и резистентным к консервативной терапии показана субтотальная перикардэктомия.
6. Для улучшения результатов операции СПС, ЧКД (для профилактики констрикции и рецидива выпота) рекомендуется интраперикардиальное введение протеолитических ферментов и гормонов, с целью устранения морфологического субстрата воспаления.
7. Больные после оперативного лечения должны в течении 3 лет находиться на диспансерном учете с ЭХОКГ контролем каждые 3 месяца.

Публикации по теме диссертации:

1. С.Д Джошибаев, Т.З Кудайбердиев, Л.С Янковская. Диагностическая ценность двухмерной эхокардиографии при различных клинических формах перикардитов в практике кардиохирурга. //Центрально-Азиатский медицинский журнал. - Том 6.- 1999.- приложение 1.- С. 71-72.
2. Т.З Кудайбердиев. Аспекты хирургического лечения перикардитов. //Состояние и перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии: Сборник научных трудов. - Бишкек, 2001.- С. 245-248.
3. Т. Kudaiberdiev, S. Djoshibaev, L. Yankovskaya, A. Djumanazarov. Multiple hydatid cysts of epicardium and pericardium. //International Journal of Cardiology.- 81.- 2001.- P 265-267.
4. С.Д Джошибаев, Т.З Кудайбердиев, Л.С Янковская. Эффективность интраперикардиального лечения больных с перикардитами. //Хирургия в

период экономических реформ: Сборник научных трудов. - Бишкек, 2001.- С. 128-129.

5. С.Д. Джошибаев, Т.З. Кудайбердиев, К.С. Урманбетов, А.М. Шералиев. Дифференцированный хирургический подход в лечении перикардитов. //Хирургия в период экономических реформ: Сборник научных трудов.- Бишкек, 2001.- С. 133-135.

6. Т.З. Кудайбердиев, С.Д. Джошибаев, А.Н. Маралов, С.Э. Шабралиев, Л.С. Янковская, К.С. Урманбетов, Халиков У.М., Джуманазаров А.Б. Первичное изолированное эхинококковое поражение сердца. //Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане: Сборник научных трудов.- Бишкек, 2002.- С. 31-33.

7. Т.З. Кудайбердиев, Л.С. Янковская. Особенности функции правого желудочка у больных с перикардитами по данным двухмерной эхокардиографии. //Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане: Сборник научных трудов.- Бишкек, 2002.- С. 138-140.

8. Т.З. Кудайбердиев. Перспективы интраперикардиальной терапии. //Хирургия Кыргызстана.- Бишкек, 2003.- №1.- С. 33-37.

9. Т.З. Кудайбердиев. Алгоритм хирургических вмешательств при перикардитах. //Хирургия Кыргызстана.- Бишкек, 2003.- №1.- С. 37-42.

10. Т.З. Кудайбердиев, С.Д. Джошибаев. Авторское свидетельство Кыргызпатента № 336. 20020002.10 KG. 361. С01. А 6. Алгоритм хирургических вмешательств при различных формах перикардитов. Классификация перикардитов с учетом характера изменений в полости перикарда. (KG).- 2002.- 2с.

Резюме

Диссертационной работы Кудайбердиева Таалайбека Зулпукаровича «Оптимизация хирургического лечения перикардитов» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.44.- сердечно-сосудистая хирургия.

Ключевые слова: перикардит, хирургическое лечение, функциональное состояние ПЖ. Цель работы: разработать оптимальную тактику лечения перикардитов.

В работе представлены результаты лечения 96 больных различными формами перикардитов. Обосновано использование дифференцированного подхода в хирургическом лечении больных, в зависимости от характера изменений полости перикарда и наличия признаков перикардиальной компрессии сердца (ЦВД > 180 мм.вод.ст., АДсист. < 90 мм.рт.ст., ФВПЖ < 48%).

Показано, что определяющим фактором в выборе метода лечения, является не только наличие сдавления сердца и сердечной недостаточности, но и характер изменений в полости перикарда.

Доказано, что активное использование интраперикардиальной терапии, в комплексном лечении больных с аккумулятивными формами перикардитов, позволяет значительно снизить частоту развития рецидива выпота и предотвратить развитие констрикции.

Установлено, что у больных перикардитами, имеющих признаки сдавления сердца, страдает сократительная функция правого желудочка: уменьшается площадь и объем правого желудочка, как в систолу так и в диастолу, в ряде случаев уменьшается фракция выброса правого желудочка. Нормализация этих показателей наблюдается только после устранения фактора компрессии сердца. Обследование больных в динамике показало целесообразность использования алгоритма дифференцированного хирургического подхода в лечении больных с перикардитами и определение нарушений сократительной функции правого желудочка у этих больных.

Работа изложена на 106 страницах электронного набора, иллюстрирована 14 таблицами, 16 рисунками. Указатель литературы содержит 127 источников, в том числе 19 авторов ближнего и 108 дальнего зарубежья.

Резюме

Кудайбердиев Таалайбек Зулпукаровичтин медицина илимдеринин кандидаты илимин даражасына ээ болуу учун сунуш «Перикардиттердин хирургиялык дарылоосун ыңгайлаштыруу» 14.00.44.- журок-кантамыр хирургиясы.

Бул илимий-изилдоо иште перикардиттердин арт (журоктун сырткы кабыгынын сезгениси) турдоо формасы менен ооруган 96 бейтаптарды дарылоонун натыйжасы иликтелген.

Перикардиттердин журок булчуңуну кысуучу белгиси бар (борбордук веналык кан тамырынын басымынын деңгели - БВБ 180 мм суу мамычасы, кандын систоликалык басымынын деңгели 90 мм сымал мамычасы туруну хиурргиялык жол менен дарылоодо бар болгон белгилуу ыкмаларды тандоолук менен колдонуусунун зарыл экендиги аныкталат.

Перикардиттерди дарылоодо журоктун булчунунун кысуу жана журоктун начар иштеши кана эмес, андан башка дагы - перикарддын кондосуунун озгорушун мунозу алгачкы аныктоочу белги болот экенин корсотулгон. Перикардиттердин аккумулятивдик (сезгенуудон пайда болгон суюктуктуу жыйуу) турлорун толук (комплекстик) дарылоодо, перикарддын ичине дары киргизуу жолдорун активдуу колдонуу, перикарддын ичиндеги суюктуктун кайрадан пайда болбосуна жана журок булчунун кысуусунун тез-тез кайталанбасына мумкунчулук тузушу аныкталган. Ошондой эле, журок

булчуьуну кысуу белгиси бар перикардиттер оорусу убагында журуктун он карынчасынын булчуьунун жыйырмаласынын азап тартуусу жана анын аянтынын, систоликалык жана диастоликалык кыльмнин азайышы, ошол эле убакта журуктун он карынчасынан чыккан кандын алгачкы кылымынын (фракциясынын) азайышы далилденген. Перикардит оорусуна чалдыккан бейтаптарды турактуу козомолдо учун хирургиялык ыкмаларды колдонуунун алгоритмисин тарамдуу турдо колдонуу менен бирге, журуктун он карынчасынын булчуьунун жыйырымасынын бузулушун аныктоо ылайыктуу экени корсотулгон.

Бул илимий - изилдоо иш 106 барак электрондук басма тамга, 14 таблица жана 16 сурот-диаграмма менен толукталган. Диссертациянын тизмеси-127, ошонун ичинде -19 жакынкы, жана 108 - алыскы чет олколук авторлордун илимий иштерин комтойт.

ANNOTATION

on PhD work in the field of medicine «Optimization of surgical treatment of pericarditis» fulfilled by Taalaybek Zulpukarovich Kudaiberdiev. Speciality 14.00.44.- cardio-vascular surgery.

The results of scientific research work on the treatment of 96 patients with different forms of pericarditis are showed in this paper. Using of differentiative approach in the surgical treatment of patient with pericardial compression of heart are approved (CVP > 180 mm. water p., AP sist < 90 mm.Hg., EF RV < 48%). The main factor in the choosing of treatment method is not only the heart compression and heart failure, but and the character of pericardial cavity changing also showed in this paper. The active using of intrapericardial therapy in complex treatment of patient with accumulative forms of pericarditis allowed to decreased the rate of perspiration recurrent development and prevent the development of constriction are showed in this paper. The contractile function of right ventricle at the patient with pericarditis and indication of heart compression are suffered; the square and volume of right ventricle decreased in systola and diastola, is same cases the ejection fraction on right ventricle decreased are determened. Normalisation of those indication are seen only after removal of compression heart factor. Observation of patients in dynamics showed the expediency of algo- ritm of differentiative surgical approach using in the treatment of patients with pericarditis and definition of contractile function of right ventricle violation at those patients.

The scientific paper is written on 106 pages of electronic version, illustrated on 14 tables, 16 pictures. Juibelines of literature consist from 127 source, including 19 auther of near and 108 far foreign countries.