

## ГНОЙНЫЙ ПЕРИКАРДИТ С НАЧИНАЮЩЕЙ ТАМПОНАДОЙ СЕРДЦА

Ш.Б.ЮСУПОВ, М.Б.СОБИРОВ, О.С.ТУРДИЕВА, К.Т.ТАНГРИБЕРГАНОВ,  
И.А.КАЛАНДАРОВ, Р.А.МАТКУРБАНОВ

### Exudative purulent pericarditis with beginning tamponade heart

SH.B.YUSUPOV, M.B.SOBIROV, O.S.TURDIEVA, K.T.TANGRIBERGANOV,  
I.A.QALANDAROV, R.A.MATKURBANOV

*Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи*

**Описан случай экссудативно-гнойного перикардита с начинающей тампонадой сердца у ребенка младшего возраста, оперированного в Хорезмском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз в 2008 г. Проведена успешная операция торакотомии слева, перикардэтомия, перикардэктомия. Ребенок выписан на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.**

**Article is devoted the detailed description of a case exudative purulent pericarditis with beginning tamponade heart at the child of the younger age operated in the Khorezm branch of the Republican Science Center of Emergency Medicine aid in 2008. The described case has come to the end with successful carrying out of operation thoracotomy at the left, pericardiotomy, pericardectomy. The child is written out for 10 days after operation in a satisfactory condition.**

**Ключевые слова:** перикардит, тампонада сердца, хирургическое лечение, перикардэктомия, детский возраст

Перикардит, который представляет собой воспаление висцерального и париетального листков серозной оболочки сердца, чаще является осложнением другого заболевания. Различают острое, подострое и хроническое течение перикардита, в зависимости от характера воспалительного процесса-фибринозный и экссудативный перикардит. Жидкость в перикарде бывает гнойной, серозной, серозно-фибринозной и геморрагической [1,3,4].

Чаще встречается перикардит, связанный с септическим состоянием вследствие очага гнойной инфекции в любом органе, которая проникает в перикард гематогенным и контактным путем [1].

Клиническая картина перикардита зависит от стадии процесса и формы. Определенное значение имеет фон, на котором он развивается. Во всех случаях присоединение перикардита к основному заболеванию значительно ухудшает общее состояние и самочувствие больных.

Острый перикардит часто развивается бурно. Экссудативный перикардит в начальный период может носить серозный характер, но при присоединении инфекции он становится гнойным [2,4,5].

С хирургической точки зрения наибольший интерес представляют две основные формы перикардита: гнойный и слипчивый.

Экссудативный гнойный перикардит у детей младшего возраста встречается редко [3]. Мы наблюдали ребенка с острым экссудативно-гнойным перикардитом, начинающейся тампонадой сердца.

*Больная Ш., 1 год 2 месяца, ист.бол. № 9773/1130, поступила в Хорезмский филиал РНЦЭМП из Турткульского района Каракалпакстана 26.11.08 г. самотеком.*

*Из анамнеза: со слов матери 3 дня назад повысилась температура тела до 39°-39,5° С, появились одышка, беспокойство, отказ от кормления, капризность, беспокойный сон. По счёту ребёнок первый. Родился в срок массой 3500 г. Прививки получал по возрасту.*

*При объективном осмотре - общее состояние ребенка тяжёлое. Температура тела 39,8°С. Положение пассивное. Сознание ясное. При попытке взять ребёнка на руки или, на-*

*оборот, при укладывании - резко беспокоится, адинамичная. Кожа и видимые слизистые бледные с синюшным оттенком, акроцианоз. Дыхание частое, 56 в 1 минуту. Яремные вены шеи набухшие. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка слева отстает в акте дыхания. При перкуссии грудной клетки в основном сзади и на боковой поверхности слева определяется тупой звук. Аускультативно в легких справа выслушивается везикулярное дыхание, слева в верхних отделах лёгких дыхание ослаблено, в нижних отделах не выслушивается.*

*Границы сердца расширены и вправо и влево. При выслушивании сердца определяется значительное ослабление тонов. Шум трения перикарда непостоянный. Верхушечный толчок сердца не определяется. Пульс учащен, 158 уд. в минуту и малой амплитуды. Характерно наличие парадоксального пульса. Во время глубокого вдоха наступает заметное уменьшение величины пульса. Живот при пальпации мягкий. Печень из под правой реберной дуги выступает на 2 см, селезенка не пальпируется. Диурез не нарушен.*

*Из-за тяжести состояния больная госпитализирована в реанимационное отделение с предварительным диагнозом: Острая левосторонняя пневмония, осложненная плевритом. Перикардит? Дыхательная недостаточность (ДН) и недостаточность кровообращения (НК) II ст.*

*На рентгенографии выявлено гомогенное затемнение нижней части легкого слева с типичным уровнем выпота, верхняя граница которого вогнута и идет сверху вниз, определено увеличение размеров тени сердца - кардиомегалия с преобладанием поперечника сердца над его длинником.*

*В крови выявлен лейкоцитоз (14,8x10<sup>9</sup> мкм/л) с регенераторным сдвигом влево и ускорение СОЭ до 21 мм/ч.*

*При ультразвуковом исследовании обнаружен выпот в левой плевральной полости и в полости перикарда. На эхографии в левой плевральной полости по аксиллярным линиям между базальным отделом легкого и диафрагмой визуализировалась скопление гомогенной жидкости объёмом около 150-160 мл. При эхокардиографическом исследовании сердца во всех стандартных позициях в полости перикарда прослеживалась эхонегативное (рис.1) пространство, со-*

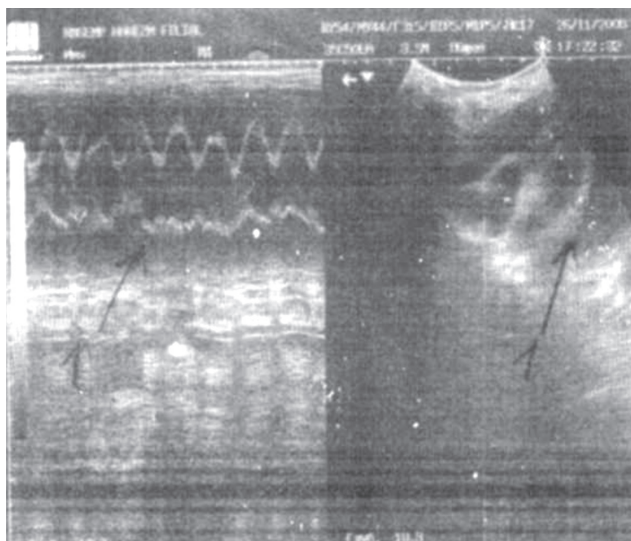


Рис. 1. Ультразвуковое исследование сердца.

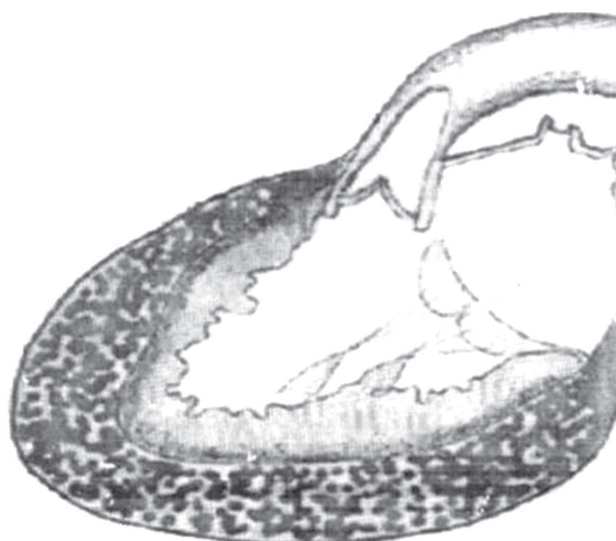


Рис. 2. Выпот в околосердечной сумке, в М-режиме и В-режиме. I указан выпот в перикарде.

держашее около 195,0 мл жидкости. Для расчета количества жидкости в полости перикарда использована формула Teichgolz [5].

Заключительный диагноз: Острый экссудативный перикардит. Левосторонний экссудативный плеврит. ДН и НК II ст.

При ультразвуковом исследовании благодаря его безвредности и относительной простоте можно наблюдать за динамикой выпотного перикардита, специфическими признаками этого заболевания, определяя не только объём выпота в сердечной сумке, но и уменьшение полостей сердца, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки, синдром «качающегося» сердца, указывающие на тампонаду сердца [2]. Через 4 часа после поступления, учитывая усиление характерных симптомов тампонады сердца, больной было решено провести оперативное вмешательство. 26.09.08 г. в 22:25 произведена операция: экстренная торакотомия слева, перикардиотомия, перикардэктомия, дренирование плевральной полости. Во время операции из полости перикарда эвакуировано около 250 мл гнойного выпота. Гнойные налёты на желудочках и магистральных сосудах удалены. Дренирование через контрапертуры ниже диафрагмального нерва. Полость перикарда промыта тёплым раствором фурацилина. Гемостаз. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

Лечение, которое проводилась в соответствии с законами ведения септических больных, включало антибактериальную, дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию.

Послеоперационный период протекал без существенных осложнений, больная выписана на 10-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

### Заключение

Таким образом, благодаря своевременной диагностике и проведению оперативного вмешательства гнойный перикардит с начинающейся тампонадой сердца закончился благо-

получно. Полноценная санация перикарда с дренированием полости и послеоперационный уход, своевременная терапия привели к полному восстановлению работы сердца.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия детей. Л Медицина 1991; 135-140.
2. Митков В.В., Сандрикова В.А. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. М Видар 1998; 171-176.
3. Семенов Г.М., Ковшова М.В., Петришин В.Л. Неотложные оперативные вмешательства в экстремальных ситуациях. СПб Питер 2004; 237-241.
4. Blaisdell F.W., Trunkey D.D. Cervicothoracic Trauma. Trauma Management. N Y Thieme Inc, 1994.
5. Webb W.R., Besson A. Thoracic surgery: Surgical management of chest injuries. In international Trends in General Thoracic Surgery, St Louis Mosby 2001.

### Юрак томпонадасига олиб келган йирингли перикардит

Ш.Б.Юсупов, М.Б.Собиров, О.С.Турдиева,  
К.Т.Тангриберганов, И.А.Қаландаров, Р.А.Матқурбанов  
Республика шошилч тиббий ёрдам илмий  
марказининг Хоразм филиали

Мақолада амалиётда жуда кам учрайдиган ҳолат — юрак тампонадасига олиб келган йирингли экссудатив перикардит ва чап томонлама плеврит ривожланган беморни жарроҳлик усули билан даволаш жараёни батафсил ёритилган. Даволаниш муваффақиятли яқунлаиб, бемор амалиётдан кейин 10-кунда қониқарли аҳволда асоратсиз шифохонадан чиқарилди.