

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПЕРИКАРДИТОВ

Т.З. Кудайбердиев – канд. мед. наук, ст. научн. сотр.
НИИ хирургии сердца и трансплантации органов при НЦКиТ МЗКР

Clinical course and prognosis of tuberculous pericarditis were studied. It was shown that for tuberculous pericarditis are typically chronic exudation with transition to constrictive pericarditis and resistance to nonspecific anti-inflammatory therapy.

Этиологическая диагностика перикардитов остается сложной проблемой и во многих случаях носит предположительный характер. Между тем, и прогноз, и лечебная тактика во многом зависят от природы перикардита [1, 2]. Особенно сложна диагностика туберкулезного перикардита. Наибольшие трудности представляет диагностика тех форм, при которых перикардит становится “визитной карточкой” активного туберкулеза, хотя при этом поражение легких и других органов отсутствует [2, 3]. Тяжело и неблагоприятно протекает туберкулез перикарда – одна из форм органного туберкулеза. Процесс даже при активном лечении нередко уже через 1,5–2 месяца приводит к констрикции и тогда требует неотложного проведения перикардэктомии.

Цель исследования: определение характерных клинико-морфологических признаков течения туберкулезных перикардитов.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах исследования 112 больных, получавших лечение по поводу различных форм перикардита в Национальном центре кардиологии и терапии и НИИ хирургии сердца и трансплантации органов за последние 15 лет (с 1992 по 2007 гг.).

Основываясь на результатах, полученных при анамнестическом, клиническом, рентгенологических, эхокардиографических, микробиологических и гистологических исследованиях туберкулезный генез заболевания выявили у девяти больных. У троих из них на момент

поступления в клинику сформировался констриктивный перикардит, а у шести больных при первичном исследовании наблюдалась фаза экссудативно-фибринозного воспаления сердечной сорочки. Абсолютно у всех больных отмечались клинические и эхокардиографические признаки перикардальной компрессии сердца, в связи с чем они подверглись различным методам хирургического лечения: троим больным с констриктивным перикардитом выполнена субтотальная перикардэктомия, шестерым сделаны чрезкожное катетерное дренирование полости перикарда и субкисфоидаальная перикариостомия. Интра- и послеоперационное исследование листков перикарда и его содержимого позволило подтвердить этиологию перикардита.

Результаты и обсуждение. Острое начало заболевания, проявляющегося зачастую в виде признаков острой респираторной вирусной инфекции, мы наблюдали у пяти больных с экссудативно-фибринозным перикардитом. От начала первых признаков заболевания у них прошло более двух месяцев.

Клинически у восьми больных отмечались объективные признаки тяжелой сердечной недостаточности и субъективные ощущения плохого самочувствия. Экссудативный плеврит выявлен в семи случаях, в сочетании с асцитом – у четырех больных. Биохимические исследования показали наличие выраженной диспротеинемии у всех пациентов. Данные клинического состояния больных представлены в таблице.

Клиническая характеристика больных

	Клинические показатели	(n-9)
1	Возраст, лет	35,3±3,2
2	Степень НК (Стражеско-Василенко)	НПАБ-1 (30,4%) НПБ-5 (52,2%) НП-3 (17,4%)
3	Функциональный класс (NYHA)	II ФК-1 (30,9%) III ФК-2 (28,1%) IV ФК-6 (41%)
4	Нарушения ритма сердца	8 (55,6%)
5	Диспротеинемия	9 (100%)
6	Полисерозит	7 (52,8%)
7	Давность заболевания	10,2±1,7 мес.

Анамнестически наличие контакта и возможного инфицирования подтверждено только у одного больного. Клинические и рентгенологические проявления легочного туберкулеза в сочетании с перикардитом при первичном обследовании выявлены у двух больных (в одном случае сочетание с диссеминированным туберкулезом легких, во втором случае – с туберкулезным очагом верхушечного сегмента правого легкого). В дальнейшем у одного больного в течение двух месяцев при повторном рентгенологическом обследовании выявлена диссеминация тбс процесса в обоих легких.

Эхокардиографически у всех больных отмечалось резкое утолщение и уплотнение листков перикарда, характерным признаком также было наличие большого количества фибриновых наложений на обоих листках, что потребовало дополнительного введения во время дренирующих процедур протеолитических ферментов с целью фибринолиза.

Как отмечено нами, экссудация в полости перикарда носила непрерывающийся хронический характер, что потребовало проведения повторных дренирований у всех шестерых больных в фазе экссудативно-фибринозного воспаления. Повторное чрезкожное катетерное дренирование выполнено двум из этих больных, четверым сделана субкисфоидальная перикардиостомия. У последних отмечена начинающаяся облитерация полости перикарда вследствие

склеивания фибриновых наложений с развитием начальных признаков констрикции. Исследование экссудата из полости перикарда микроскопическим методом у этой группы больных микобактерии туберкулеза в исследуемой жидкости не выявило. Кроме того, у двоих больных исследовали полимеразную цепную реакцию в перикардиальной жидкости. Результат был также отрицательным. Гистологическое исследование после биопсии перикарда позволило подтвердить диагноз туберкулезного поражения перикарда у всех семи больных с изолированным туберкулезным поражением перикарда.

После хирургического устранения признаков перикардиальной компрессии сердца все больные были направлены на дальнейшее лечение в специализированные фтизиатрические отделения. В сроке наблюдения до пяти лет от прогрессирования туберкулезного процесса погибло двое больных, у остальных после проведенного лечения отмечалась положительная динамика с клиническими признаками выздоровления и регрессией признаков перикардита.

Таким образом, следует отметить, что для перикардитов туберкулезной этиологии характерно:

1. Хроническое течение заболевания, приводящее к грубым изменениям листков перикарда с облитерацией полости и тенденцией развития констрикции.
2. Низкая информативность и чувствительность методов микробиологического и микроскопического исследования перикардиального экссудата в верификации туберкулезного поражения перикарда.

Литература

1. Гогин Е.Е. Острые перикардиты: ключевые вопросы диагностики и экстренной помощи // <http://www.medmoskva.ru>. – 2005.
2. Кудайбердиев Т., Айкимбаев К., Джосибаев. Перикардиты (клиника, диагностика, лечение). – Бишкек, 2006. – 122 с.
3. Явелов И.С. Современные рекомендации по диагностике и лечению болезней перикарда // <http://www.Consilium-medicum>. – 2005. – Т. 07. – № 5.