

С.Н.Шнитко<sup>1</sup>, В.А.Пландовский<sup>2</sup>  
**ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ  
ПЕРИКАРДИАЛЬНОЙ КИСТЫ**

Военно-медицинский факультет  
в Белорусском государственном медицинском университете<sup>1</sup>,  
ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр ВС»<sup>2</sup>

Принято выделять истинные кисты средостения, развивающиеся из целома (перикардальные), передней кишки (бронхогенные и гастрогенные), а также кисты, развивающиеся из органов средостения и вилочковой железы [1].

Целомические кисты перикарда составля-

ют 5-6% от числа всех опухолей и кист средостения. В основе их образования лежит порок формирования перикардального и плеврокардального целома. Обычно это тонкостенные однокамерные образования, локализующиеся чаще справа над куполом диафрагмы. Ранее удаление кист осуществлялось путем торакотомии. Прогресс малоинвазивной техники позволил выполнять данную операцию методом видеоторакоскопической хирургии [2,3].

22-летний больной Ц. предъявлял жалобы на периодически возникающие неприятные ощущения за грудиной. После призыва в армию и увеличения физических нагрузок появились боли в области сердца, сопровождающиеся сухим кашлем.

С диагнозом нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу направлен на лечение в 432 Главный военный клинический госпиталь ВС РБ.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. При перкуссии: отмечается увеличение границ относительной и абсолютной сердечной тупости слева на 3 см в 3-ем межреберье. При рентгенографии легких: по левой боковой стенке сердечной тени на уровне левых предсердия и желудочка определяется дополнительное образование полусферической формы размерами 10,0х4,0 см. (рис. 1).

При эхокардиоскопии: выявлено наличие полостного образования по передне-боковой стенке сердца ближе к его основанию, размерами 9,0х5,0х4,0 см, (показано стрелками), частично разделенного перегородками (рис. 2). Структурные элементы полостей относительно сердца практически неподвижны. ЭКГ – вариант нормы. Клинические и био-



Рис. 1. Рентгенограмма больного Ц. до операции



Рис. 2. УЗИ сердца больного Ц. до операции



Рис. 3. Точки введения троакаров при видеоторакоскопической резекции кисты перикарда



Рис. 4. Этап видеоторакоскопического вмешательства. Резекция кисты перикарда: 1. Перикард. 2. Перикардальная киста. 3. Эндоскопический атравматичный зажим. 4. Эндоскопический электрохирургический крючок



Рис. 5. Рентгенограмма больного Ц. после операции

ного на правом боку через 10-12 мм троакара, которые вводились: первый – для оптического телескопа в VI-ое меж-

химические анализы крови и мочи – без патологии.

С помощью видеоторакоскопической аппаратуры и инструментария 18.02.2000 г. больному под общим обезболиванием с раздельной интубацией бронхов двухпросветной трубкой произведена видеоторакоскопическая резекция целомической кисты перикарда. Операция выполнялась в положении боль-

реберье по задней подмышечной линии, второй – для рабочего инструмента в III-е по передней подмышечной и третий – также для рабочего инструмента в VII-ое межреберье по передней подмышечной линии (рис. 3).

Все интраоперационные манипуляции осуществляли, ориентируясь на изображение на цветном мониторе с помощью миниатюрной видеокамеры (рис. 4). Продолжительность операции составила 55 мин. Гистологическое исследование препарата: целомическая киста перикарда.

Двигательная активность больного восстановилась на следующий после операции день. Наркотические анальгетики в послеоперационном периоде не применялись. На рентгенограмме от 7.03.2000 г. – отсутствие новообразования средостения (рис. 5). Осмотрен через 5 лет после операции – здоров.

Цель демонстрации клинического наблюдения: показать возможность резекции целомической кисты перикарда методом видеоторакоскопической хирургии.

#### Литература

1. Частная хирургия: учебник / под ред. М.И. Лыткина. Ленинград, 1990. – С. 143-153.
2. Шнитко, С.Н., Бисенков, Л.Н. Видеоторакоскопическая хирургия. Мн: БГМУ, 2006 – 248 с.
3. Szinicz, G., Taxer, F., Riedlinger, J., Erhart, K. Thoracoscopic resection of a pericardial cyst // Thorac. cardiovasc. Surgeon. – 1992, Vol 40, № 4. – P. 190-191.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ