

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра Внутренних болезней №3

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ (ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ**

по Госпитальной терапии
по теме «Перикардит»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 31.08.2020 г.

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 4,5,6 курсов (8,9 семестры) педиатрического факультета
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
по дисциплине « Госпитальная терапия»

Составители:

Бестаев Д.В., дм.н., доцент, зав.каф.

Брциева З.С., доцент

Кцоева С А., доцент

Хутиева Л.М., доцент

Коцоева О.Т., доцент

Бурдули Н.Н., ассистент

Перикардиты достаточно распространены во врачебной практике и являются актуальными проблемами современной клинической медицины. Практически любой

инфекционный агент и множество неинфекционных воздействий могут быть причиной перикардита. Исходом перикардита может быть и выздоровление, и крайне неблагоприятный финал, к примеру, при нелеченном гнойном перикардите в 100% - летальный исход. Качественное обучение студентов диагностике и рациональной терапии перикардитов – непростая задача в процессе изучения внутренних болезней.

Возможность тяжелого течения перикардита, угроза тампонады сердца обуславливают необходимость тщательного изучения студентами вопросов ранней диагностики, предупреждения и эффективного лечения данной патологии. Студентам необходимо усвоить патогенез перикардитов, их клинику и диагностику, основы консервативной терапии, показания к хирургическому лечению, что определит в конечном итоге успех ведения больных с указанной патологией в самостоятельной врачебной практике.

Для самостоятельного изучения миокардитов, обретения соответствующих знаний и умений подготовлена настоящая методическая разработка, включающая в себя в себя шесть заданий:

1. Ознакомление с целью и целевыми задачами практического занятия;
- II. Восстановление базисных знаний, контроль исходного уровня;
- III. Изучение литературы по теме занятия, основные положения темы;
- IV. Ознакомление с планом практического занятия;
- V. Усвоение схемы ООД на практическом занятии;
- VI. Контроль усвоения методических материалов

ЗАДАНИЕ 1.

Ознакомьтесь с целью и целевыми задачами занятия:

Цель: углубление и совершенствование знаний и практических навыков в диагностике, лечении больных перикардитом

Студент должен знать:

1. Этиологию, патогенез перикардитов
2. Классификацию
3. Клинику перикардитов
4. Диагностику перикардитов
5. Лечение в зависимости от этиологии, показания к хирургическому лечению.

Студент должен уметь:

- Собрать жалобы, анамнез заболевания у больного перикардитом.
- Провести физикальное обследование, оценить выявленные при обследовании изменения, назначить лабораторно-инструментальные исследования для диагностики перикардита и интерпретировать результаты.
- Сформулировать развернутый клинический диагноз и назначить адекватную терапию больному перикардитом
- Составить прогноз

ЗАДАНИЕ II. Восстановление базисных знаний, контроль исходного уровня.

Вам предлагается перечень вопросов для достаточности Ваших базовых знаний.

Проверьте себя, способны ли Вы на них ответить:

- Этиология перикардитов
- Патогенез
- Сухой перикардит. Клинические проявления. Диагностика. Лечение
- Острый выпотной перикардит. Клиническая картина. Диагностика.
- Показания к пункции перикарда
- Лечение острого выпотного перикардита

- Слипчивый перикардит. Этиология. Механизм развития
- Диагностика слипчивого перикардита
- Показания к хирургическому лечению
- Консервативное лечение

Задание III. Изучение литературы по теме занятия. Основные положения темы.
Проработайте следующую литературу по теме занятия:

Литература

1. Внутренние болезни: Учебник: в 2 т. / Под ред. А.И.Мартынова, Н.А.Мухина, В.С., А.С. Галявича .-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Внутренние болезни // Под ред. Е.Браунвальда и др. в 10 книгах. Перевод с англ. М.:Медицина, 1993-97г.
2. Лепахин В.К., Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С. «Клиническая фармакология и фармакотерпия». – М.: Универсум, 1993 г.
1. Василенко. Пропедевтика внутренних болезней.
2. Внутренние болезни: Учебник: в 2 т. / Под ред. А.И.Мартынова, Н.А.Мухина, В.С., А.С. Галявича .-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕМЫ

Перикардит — воспаление перикарда, являющееся чаще всего местным проявлением какого-либо общего заболевания (туберкулеза, ревматизма, диффузных заболеваний соединительной ткани) или сопутствующим заболеванием миокарда и эндокарда. На аутопсии признаки активного или перенесенного в прошлом перикардита выявляются в 3-6% вскрытий.

По 10 МКБ-

- 130 - Острый перикардит;
- 131 - Другие болезни перикарда;
- 132 - Перикардит при болезнях, классифицированных в других рубриках.

Эпидемиология. Женщины младшего и среднего возраста болеют перикардитом в 3 раза чаще, чем мужчины. Из инфекционных перикардитов наиболее распространены туберкулезные и вирусные. Перикардит возникает у 1-2% больных пневмонией (чаще при правосторонней ее локализации). В целом доля инфекционных перикардитов, в прошлом превосходивших по частоте асептические в несколько раз, уменьшилась с началом применения антибиотиков примерно до половины всех перикардитов, но возросла частота уремического, послеинфарктного и опухолевого перикардита.

Этиология. Причиной перикардитов могут быть: туберкулез, ревматизм, некоторые инфекции, как бактериальные (брюшной тиф, дизентерия, холера), так и вирусные, и риккетсиозные, а также аутоиммунные процессы (диффузные заболевания соединительной ткани, аллергические реакции), заболевания крови (геморрагические диатезы, лейкозы), обменные нарушения (уремия, подагра), опухоли (первичные и метастатические) и травмы. У части больных перикардит носит идиопатический (неустановленный) характер.

Классификация. По этиологии перикардиты разделяют на инфекционные и неинфекционные (асептические). Выделяют также идиопатический, или острый доброкачественный перикардит, этиология которого не установлена. Диагноз такого перикардита ставят не всегда обоснованно, как правило, в случаях, когда не удается доступными методами установить причину заболевания.

По клиническому течению перикардиты разделяют на острые и хронические, а по клинико-морфологическим проявлениям — на фибринозный (сухой), экссудативный (с серозным, серозно-фибринозным или геморрагическим экссудатом), гнойный, гнилостный, экссудативно-адгезивный, адгезивный (слипчивый) и фиброзный (рубцовый). Вариантами перикардита являются «жемчужница» (диссеминация по перикарду воспалительных гранул) и выпотной перикардит с хилезным или холестериновым выпотом в перикардialной полости.

Под определением «выпотной», или «экссудативный», описывают только ту форму перикардита, при которой в перикардialной полости накапливается значительное количество жидкого выпота. Течение и диагностика этой формы перикардита существенно отличаются от так называемого сухого перикардита, характеризующегося фибринозным экссудатом. Гнойные и гнилостные перикардиты также описываются обособленно от экссудативных.

Хронические адгезивные и фиброзные перикардиты разделяют на бессимптомные (протекающие без стойких нарушений кровообращения), констриктивные, или сдавливающий перикардит, в том числе с массивным обызвествлением перикарда (панцирное сердце), перикардиты с экстраперикардialными сращениями.

Патогенез перикардитов соответствует патогенезу инфекционного или асептического воспаления, патофизиологические и морфологические особенности которого во многом зависят от участия в патогенезе различных типов аллергии, которая играет ведущую роль в развитии инфекционно-аллергических и большинства неинфекционных перикардитов. Перикард представляет собой важную интероцептивную зону регуляции деятельности сердца и системной циркуляции крови. Так называемая опорная функция перикарда, ограничивающая пределы диастолического расширения сердца, в большой мере обеспечивается импульсацией с рецепторов серозной оболочки сердца. Нарушения функций систем кровообращения и дыхания (снижение АД, изменение ритма сердца, тахипноэ) имеют при перикардите рефлекторную природу. При накоплении в перикардialной полости экссудата или формировании слипчивого перикардита и плотной соединительнотканной капсулы существенное влияние на гемодинамику оказывает и механическое ограничение насосной функции сердца из-за снижения диастолического объема желудочков. При медленном накоплении выпота постепенно растягивается фиброзный перикард, поэтому внутриперикардialное давление существенно не повышается даже при большом объеме выпота (до 2-3 л). В то же время происходит оттеснение легких, ограничивается их объем, изменяется положение сердца, но степень нарушений кровообращения при этом невелика. При быстрой экссудации фиброзный перикард оказывает сопротивление растяжению, поэтому давление в полости перикарда быстро нарастает, и для диастолического наполнения камер сердца требуется еще большее (на 20-30 мм вод. ст.) повышение венозного давления. По мере нарастания внутриперикардialного давления сердце сдавливается все сильнее, что приводит к характерным нарушениям гемодинамики, обозначаемым как тампонада

сердца. Состояние больного становится несовместимым с жизнью при повышении внутриперикардального давления до показателей, требующих повышения ЦВД выше 340-400 мм вод. ст.

Образование внутриперикардальных спаек и рубцов может приводить к нарушению деятельности сердца. Если рубцы фиксируют сердце к позвоночнику, грудной клетке и диафрагме, то на вдохе, когда грудная клетка расширяется и диафрагма опускается, спайки оказывают механическое сопротивление сокращению сердца. Образование утолщенного и плотного нерастяжимого перикарда (чаще всего при туберкулезе, в исходе гнойного перикардита и гемоперикарде) создает препятствие диастолическому растяжению желудочков сердца, что приводит к стойким гемодинамическим нарушениям, описываемым как констриктивный синдром.

Клинические проявления:

- синдром поражения перикарда
- синдром острофазовых нарушений;
- синдром иммунных нарушений;
- признаки других заболеваний, на основе которых развивается перикардит.

Фибринозный перикардит характеризуется болью в области сердца, наличием шума трения перикарда. В воспалительный процесс вовлекаются также субэпикардальные слои миокарда, что проявляется типичными изменениями на ЭКГ. ЭхоКГ позволяет обнаружить небольшое количество жидкости в перикарде, которое всегда присутствует при фибринозном процессе.

Экссудативный перикардит может развиваться после стадии фибринозного перикардита или минуя ее, при бурно начинающихся тотальных перикардитах (аллергические) и при первично-хронических заболеваниях (туберкулезные, опухолевые). При медленном накоплении жидкости происходит растяжение наружного листка перикарда, свободно провисающий мешок перикарда оттесняет легкие, появляются симптомы сдавления трахеи, бронхов (одышка, кашель), однако даже при объеме выпота до 2-3 л гемодинамика может не нарушаться.

Тампонада сердца. При давлении в полости перикарда в 50-60 мм вод. ст. диастола сердца ограничивается, что приводит к нарушению гемодинамики, возникает так называемая тампонада сердца. Строгого параллелизма между объемом выпота и степенью расстройств гемодинамики нет. Симптомокомплекс тампонады сердца: сильные боли за грудиной, коллапс, тахикардия, парадоксальный пульс. Сдавление верхней полой вены определяет вид больного: «консультская голова», «воротник Стокса». Сдавление нижней полой вены приводит к гепатомегалии, «преждевременному» асциту (псевдоцирроз Пика). Характерна поза Брейтмана. Периодическое нарушение сознания является показанием для срочной пункции перикарда.

Адгезивные перикардиты характеризуются продуктивным соединительнотканым воспалением с формированием рубцовой ткани. В большинстве случаев адгезивный перикардит является следствием гнойных, туберкулезных и геморрагических перикардитов. Спайки и даже полное заращение полости перикарда могут не ограничивать сокращений сердца. В ряде случаев клиническая картина очень скудна. Могут быть настойчивые жалобы и функциональные расстройства, вызванные рефлекторными механизмами.

Констриктивный перикардит. При образовании утолщенной и плотной (нерастяжимой) капсулы, которая ограничивает объем диастолического наполнения желудочков сердца, развивается гиподиастолия, и возникают стойкие гемодинамические нарушения, так называемый констриктивный синдром. Ведущие клинические проявления при сдавливающем перикардите охарактеризованы триадой Бека: высокое венозное давление, асцит, «малое тихое сердце». Констриктивный перикардит проходит в своем развитии 3 стадии: начальную, выраженную и дистрофическую.

Панцирное сердце. При значительной давности процесса, особенно в случаях его туберкулезной природы, возникают обызвествления перикарда. Отложения известны хорошо видны при рентгенологическом обследовании и МРТ сердца, КТ.

Диагноз. При типичной клинической картине диагноз каждой из основных клинико-морфологических форм (сухого, экссудативного и констриктивного перикардита) может быть установлен на поликлиническом этапе обследования больного.

Сухой перикардит диагностируют по особенностям возникающих при нем ощущений, болевому синдрому, наличию шума трения перикарда и характерных изменений ЭКГ.

Шум трения перикарда - высокоспецифичный симптом, его наличия достаточно для постановки диагноза перикардита. В типичных случаях шум имеет скребущий характер и выслушивается в фазах и систолы, и диастолы сердца. Боль при остром перикардите ощущается в области верхушки сердца, носит постоянный характер, усиливается при движениях тела, и, особенно, при дыхании, препятствуя, как и при плеврите, глубокому вдоху. Нередко у больных обнаруживают субфебрильную температуру. В соответствии с этиологией могут наблюдаться признаки системного заболевания. Ритм сердца правильный, часто – тахикардия. Дыхание поверхностное (из-за боли), возможна одышка.

Наиболее ранним признаком острого перикардита на ЭКГ является конкордантный подъем сегмента ST обычно во всех стандартных отведениях (наибольший во II отведении), а также в грудных. Однако при локализации воспалительного процесса на ограниченном участке смещение сегмента ST может отмечаться в двух или даже только в одном из стандартных отведений. Характерна динамика изменений ЭКГ. Через 1-2 дня сегмент ST опускается ниже изолинии, затем постепенно, в течение 3-20 дней, возвращается к изолинии, несмотря на продолжающийся воспалительный процесс в перикарде. При этом зубец T постепенно уплощается и через 10-15 дней становится отрицательным или двухфазным в тех отведениях, в которых происходила динамика сегмента ST. Отрицательные зубцы T сохраняются намного дольше, чем смещение сегмента ST.

С помощью ЭхоКГ сухой перикардит распознается по уплотнению листков перикарда, между которыми определяется небольшое количество выпота, иногда слоистого строения. Рентгенологическое исследование сердца с целью диагностики сухого перикардита не информативно.

Этиологический диагноз не труден в тех случаях, когда сухой перикардит возникает на фоне клинических проявлений уже распознанного основного заболевания, например, системной красной волчанки. Учитывают, что сухой перикардит чаще всего наблюдается при обострении ревматизма и других диффузных заболеваний соединительной ткани, при пневмонии и плеврите (контактный перикардит), а также как начальная стадия экссудативного перикардита различной этиологии, в том числе при туберкулезе.

Хронические перикардиты – воспалительные заболевания перикарда длительностью более 6 месяцев, возникающие как первичные хронические процессы или в результате хронизации (или рецидивирующего течения) острого перикардита. Хронический экссудативный перикардит – воспалительный перикардальный выпот, сохраняющийся от нескольких месяцев до нескольких лет.

Экссудативный перикардит до развития признаков тампонады сердца выявляют главным образом по данным перкуссии и с помощью рентгенологического и эхокардиографического исследования. Характерными признаками являются увеличение интенсивности перкуторной тупости сердца, расширение ее границ во все стороны с резким расширением зоны абсолютной сердечной тупости (вплоть до ее слияния с границами относительной тупости), образование тупого угла между правой границей сердца и верхней границей печеночной тупости, изменение конфигурации перкуторно

определяемых границ при перемене положения тела больного от горизонтального к вертикальному.

Начальные изменения ЭКГ при экссудативном перикардите не отличаются от описанных при сухом, в дальнейшем отмечается снижение вольтажа зубцов ЭКГ, электрическая альтернация желудочковых комплексов.

Ранним рентгенологическим признаком выпотного перикардита является расширение заднего нижнего изгиба перикарда, определяемого в правом боковом или косом положении больного при обычном исследовании и при компьютерной томографии. Отмечается также расширение сосудистого пучка в поперечнике, прежде всего за счет расширения верхней полой вены. Укорачивается высота сосудистого пучка. Достоверным признаком экссудативного перикардита является отсутствие пульсации по контурам сердечной тени, отмечаемое при рентгенокимографии.

Жидкость в полости перикарда хорошо обнаруживается при ЭхоКГ, с помощью которой можно примерно определить и общий объем выпота. КТ позволяет надежно дифференцировать увеличение размеров сердца при экссудативном перикардите и при заболеваниях сердца, сопровождающихся его выраженной дилатацией.

Констриктивный перикардит может быть заподозрен при наличии симптомов системной венозной гипертензии и увеличенной печени либо асцита, выслушивании перикард-тона у больных с перикардитом в анамнезе.

Подтвердить диагноз помогают характерные изменения ЭКГ, кривой пульса яремной вены (двухволновая кривая) и особенно данные рентгенологического исследования и эхокардиографии.

На ЭКГ кроме характерной для констриктивного перикардита триады изменений (высокий зубец Р, низковольтный комплекс QRS, отрицательный зубец Т) наблюдаются изменения формы комплекса QRS: расщепление, расширение, образование зазубрин, углубление зубца Q, которые свидетельствуют о глубине вовлечения в патологический процесс миокарда. Увеличенный зубец Р резко контрастирует с низковольтным комплексом QRS, свидетельствуя о рабочей гипертрофии миокарда.

Дифференцировать выпотной перикардит приходится чаще всего с накоплением содержимого невоспалительного происхождения (гидроперикард, гемоперикард). Надежно отличить от выпотного перикардита гидроперикард возможно только путем пункции с последующим лабораторным исследованием полученной жидкости. От экссудата жидкость при гидроперикардите отличается прозрачностью, бедностью форменными элементами крови, низким удельным весом (меньше 1018) и низким (менее 3%) содержанием белка.

Этиологический диагноз экссудативного перикардита устанавливают на основании сопутствующих признаков основного заболевания, но иногда для определения этиологии перикардита требуется пункция перикарда или его биопсия, которые производят в стационаре.

При диагностике туберкулезного перикардита учитывают, что он чаще возникает у лиц с активным туберкулезным процессом другой локализации или у перенесших туберкулез в недалеком прошлом. Боли в области сердца возникают редко и не бывают сильными. Наблюдаются субфебрильная температура, потливость, сухой кашель. Туберкулиновые пробы становятся высокоположительными. Течение заболевания характеризуется длительностью и торпидностью, внутриперикардальный выпот может достигать значительного объема, не вызывая тампонады сердца.

Первые признаки ревматического перикардита возникают обычно в конце первой или в начале второй недели со дня начала суставной атаки, при рецидивах полиартрита - в более поздние сроки, на 3-4-й неделе. Большие перикардальные выпоты представляют исключение, тампонада сердца у взрослых почти никогда не развивается. Нарушения кровообращения чаще являются следствием ревматического миокардита.

Предполагать вирусную этиологию перикардита следует при его сочетании с фарингитом, ринитом, герпесом, очаговой или интерстициальной пневмонией, миалгией, плевритом, серозным менингитом, увеличением лимфатических узлов, печени и селезенки, со своеобразной сыпью (инфекционный мононуклеоз); иногда диагностическое значение имеют лейкоцитопения, мононуклеарная реакция крови.

Лечение зависит от профилактики и рационального лечения тех заболеваний, которые ведут к возникновению перикардита (ревматизм, туберкулез). При лечении ревматического перикардита применяются большие дозы салицилатов, болеутоляющие средства и гормональная терапия.

Всем больным назначают НПВП (например, индометацин по 100-150 мг/сут, нимесулид по 100 мг 2 раза). ГКС в течение 1-1,5 мес (не рекомендуются при опухолевой природе перикардита) - при неполном эффекте НПВП. При перикардитах туберкулезной этиологии применяют длительное противотуберкулезное лечение в начальном периоде болезни, что иногда позволяет избежать сращения перикарда, и оперативного вмешательства. Применяются стрептомицин, фтивазид, ПАСК и другие противотуберкулезные препараты и их комбинации.

При экссудативном перикардите осторожно удаляют жидкость, а в перикард вводят примерно такое же количество воздуха. Если в полости перикарда имеется гной, его отсасывают, полость промывают 1-2% раствором риванола, а в околосердечную сумку вводят 500000 ЕД пенициллина через каждые 3 дня, сочетая с в/м введением его по обычным правилам.

Если течение экссудативного перикардита хроническое, применяют консервативное лечение мочегонными, слабительными и потогонными средствами. При НК применяют эуфиллин, горицвет и препараты наперстянки. При тампонаде сердца показаны бессолевая диета, ограничение жидкости до 500 мл/сут, мочегонные.

Консервативное лечение констриктивного перикардита неэффективно. Если химиотерапевтическое лечение в течение 2-3 мес не привело к исчезновению признаков сдавливания сердца, больному должна быть рекомендована операция перикардэктомии. Для борьбы с задержкой воды и электролитов в тяжелых случаях применяют мочегонные средства и диету с малым содержанием натрия. Длительное применение комбинаций мочегонных (гипотиазид, гигротон, фуросемид, урегит) приводит не только к исчезновению отеков и асцита, но и к уменьшению одышки. Уменьшается одутловатость лица, улучшается аппетит, но при этом возникает дефицит всех водорастворимых витаминов, который необходимо компенсировать назначением комплекса витаминов. СГ малоэффективны, т.к. степень расслабления сердца в период диастолы слаба, крови в желудочек поступает недостаточно и систолический выброс не может увеличиться. В то же время СГ при мерцательной аритмии, замедляя темп сердечной деятельности, улучшают подготовку к операции.

Для борьбы с кахексией и гипопроотеинемией применяют повторные переливания протеина, плазмы или цельной крови и анаболические гормоны: ретаболил, неробол, меробол. Диета должна содержать достаточное количество полно ценного белка. Продлению жизни способствует операция перикардэктомии, своевременный перевод на инвалидность и освобождение от бытовых нагрузок.

Этап	Место проведения	Время	Средства обучения
Переключка. Обозначение темы и цели занятия	Учебная комната	10 мин	
Контроль исходного уровня	Учебная комната	45 мин	Тестовые задания Устный и письменный опрос
Коррекция исходного уровня Тематический разбор больного с преподавателем или решение ситуационных задач с последующим разбором решений	« – «	20 мин	
Курация больного, клинический разбор тематических больных	Палата Учебная комната	120 мин	Ситуационные задачи, методические разработки Больной, тонометр, фонендоскоп, история болезни больного,
Определение конечного уровня знаний. Разбор ситуационной задачи. Решение тестовых заданий	Учебная комната	45 мин	Ситуационная задача Тестовые задания
Задание на следующее занятие	« - «	5 мин	

ЗАДАНИЕ У. Усвоение схемы ООД на практическом занятии

Во время курации больного, а также при решении ситуационных задач Вам необходимо поставить развернутый диагноз заболевания, назначить лечение. Все это предполагает определенную последовательность действий. В виде схемы она представлена в настоящем разделе.

Схема ориентировочной основы действий (ООД) при курации больного

1 этап. Первичный опрос и осмотр больного, в результате которых необходимо определить: есть ли у больного плеврит, эмфизема легких, легочное сердце на основании выявленных симптомов.

2 этап. Выставить предварительный диагноз.

3 этап. Определить объем дополнительных методов исследования.

4 этап. Провести дифференциальную диагностику.

5 этап. Выставить обоснованно окончательно развернутый диагноз.

6 этап. Определить объем необходимой терапии.

Итак, перед Вами план действий. Рассмотрим каждый из этапов подробнее.

1 этап. Первичный опрос и осмотр больного.

В ходе этого этапа Вы должны определить, есть ли у больного:

- боль постоянная, может быть острой, тупой или проявляться ощущением жжения или давления. Интенсивность боли может варьировать от слабой до выраженной. Локализация ее за грудиной с распространением в шею, левое плечо, руку, трапециевидные мышцы. Боль усиливается при вдохе, в положении лежа на спине, во время глотания, при движении тела; уменьшается в положении сидя прямо, при наклоне вперед.
- Повышение температуры
- Одышка
- Ощущение сдавления, дискомфорта в груди
- Сердцебиение
- Упорный сухой «лающий» кашель
- Охриплость
- Икота, дисфагия
- Связь начала заболевания с инфекцией
- Наличие туберкулеза, аутоиммунных или опухолевых заболеваний в анамнезе

При физикальном исследовании

- Расширение сердечной тупости во все стороны
- Изменение границ сердца при перемене положения
- Смещение верхушечного толчка вверх и кнутри от нижнелевой границы тупости сердца
- Ослабление верхушечного толчка
- Набухание шейных вен
- Резкое ослабление тонов сердца в нижних левых отделах тупости сердца
- Шум трения перикарда, лучше слышимый в положении лежа в конце вдоха или при запрокидывании головы назад
- Тахикардия (может отсутствовать при гипотиреозе или уремии)
- Акроцианоз
- Тупой перкуторный звук ниже угла левой лопатки из-за компрессии левого легкого перикардальным выпотом
- Неучастие живота в акте дыхания вследствие ограничения подвижности диафрагмы

В случае наличия осложнений перикардита (тампонада сердца)

Обратите внимание на следующие симптомы:

- Появление приступов резкой слабости
- Слабый учащенный пульс
- Набухание шейных вен

- Высокие показатели ЦВД
- Артериальная гипотензия
- Триада Бека
- Нарастающая тахикардия
- Одышка
- Увеличение и болезненность печени, появление асцита
- Положение больного сидя с наклоном вперед, поза глубокого поклона
- Бледность кожи, серый цианоз, холодные конечности
- Возможна отечность лица, отек плеча и руки, больше слева,. Нарастание периферических отеков

2 этап. Предварительный диагноз

На основании жалоб больного, позволяющих установить наличие у больного патологических синдромов, анамнеза, дающего возможность этиофакторы заболевания, опираясь на данные физикального исследования больного выставляется предварительный диагноз острого или хронического перикардита

3 этап. Определение объема дополнительных методов исследования..

Инструментальные и лабораторные исследования при остром перикардите

Обязательные

- ЭКГ
- Трансторакальная Эхо КГ
- Рентгенография грудной клетки
- Лабораторные исследования::общий анализ крови ;биохимические исследования на наличие С-реактивного белка, уровень тропонина, КФК, креатинин и мочевины плазмы при уремическом остром перикардите

Дополнительные:

- Лабораторные исследования крови: бакпосев крови при подозрении на гнойный острый перикардит; определение в крови титра антистрептолизина 0 при подозрении на ревматическую лихорадку; определение в крови ревматоидного фактора, антинуклеарных антител, антител к ДНК (при продолжительном или тяжелом течении с системными проявлениями), оценка гормонов щитовидной железы с большим перикардialным выпотом (подозрение на гипотиреоз)
- Туберкулиновые пробы, исследование мокроты на палочки туберкулеза (при длительности заболевания более недели)
- Перикардиоцентез при тампонаде сердца, выпоте более 20мм в диастолу, наличии показаний
- Анализ перикардialного выпота
- КТ, МРТ

Инструментальная диагностика констриктивного перикардита-

- ЭКГ
- ЭхоКГ
- Рентгенография грудной клетки
- ДопплерЭхо КГ
- Чреспищеводная ЭхоКГ
- Катетеризация сердца
- Ангиография ПЖ и ЛЖ.

4 этап. Дифференциальная диагностика.

Дифференциальную диагностику проводят с другими заболеваниями, сопровождающимися болью за грудиной:

- Инфарктом миокарда
- Расслоением аорты
- Легочной эмболией
- Стенокардией
- Миоперикардит
- Плеврит
- Спонтанный пневмоторакс
- Опоясывающий лишай
- Эзофагит
- Эзофагоспазм
- Разрыв пищевода
- Острый гастрит
- Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки

При перикардальном выпоте дифференциальную диагностику проводят с выпотами невоспалительной этиологии (при сердечной недостаточности, нефротическом синдроме).

5 этап. Постановка окончательного развернутого диагноза.

Примеры формулировки диагноза:

- Острый идиопатический перикардит, недостаточность кровообращения 0.
- Острый вирусный экссудативный перикардит. НК 1 стадии.
- Хронический констриктивный туберкулезный перикардит. Нарушения ритма сердца: постоянная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Правосторонний гидроторакс. ХСН II а ст.,. П ф.к.

6 этап. Определение объема необходимой терапии.

Основные показания к госпитализации:

- Лихорадка выше 38 градусов
- Подострое начало болезни
- Иммуносупрессия
- Связь с травмой
- Лечение пероральными антикоагулянтами
- Миоперикардит
- Большой перикардальный выпот
- Необходимость дополнительных инвазивных исследований

Немедикаментозное лечение

Ограничение физической нагрузки

Ограничение соли и жидкости в диете

Медикаментозное лечение

Основа терапии – применение НПВС, что приводит к прекращению боли в груди у 85-90% больных в течение нескольких дней. Предпочтительнее прием

ибупрофена в дозе 300-800 мг каждые 6-8 часов в течение нескольких дней или недель до исчезновения боли или выпота.. АСК рекомендуют больным перикардитом вследствие ИМ. Иногда при интенсивной боли необходимо применение наркотических анальгетиков.

Колхицин в дозе 0,5 мг два раза в день отдельно или в комбинации с НПВС назначают больным острым перикардитом с рецидивирующими или продолжающимися в течение 14 дней симптомами.

Лечение глюкокортикоидами показано при неэффективности НПВС и колхицина у больных в тяжелом состоянии или у больных аутоиммунным острым перикардитом.

При отеках и асците показаны диуретики

Тактика лечения при перикардальном выпоте с тампонадой сердца:

- Экстренный перикардиоцентез или перикардальный дренаж
- Восполнение внутрисосудистого объема (солевые или коллоидные растворы в объеме 300-500 мл)
- Вазопрессоры (добутамин в дозе 5-20 мкг/кг в минуту, допамин)
- Мониторинг гемодинамики

Задание У1. Тестовые задания по изученной теме

1. У больного 47 лет через полгода после лобэктомии по поводу периферического рака нижней доли правого легкого и рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии в связи с мигрирующим тромбофлебитом нижних конечностей отмечено усиление одышки, неприятные ощущения за грудиной, выявлено увеличение тени сердца, снижение вольтажа ЭКГ, при ЭХОКГ – сепарация листков перикарда 2-2,2см и около 1 литра жидкости в полости перикарда. Гистологический вариант опухоли – аденокарцинома. В связи с установкой кава – фильтра постоянно принимал фенилин по 1-2 таб., протромбин 60%. Назовите наиболее вероятную причину накопления жидкости а перикарде:

- А) неинфекционный гидроперикардит
- Б) инфекционный выпотной перикардит (неспецифический или туберкулезный)
- В) метастатическое поражение перикарда
- Г)гемиперикардит как осложнение терапии антикоагулянтами

2. Какие признаки характерны для констриктивного перикардита:

- А)снижение сердечного выброса
- Б)наличие парадоксального пульса
- В)нормальные размеры сердца
- Г)кальциноз перикарда
- Д. все перечисленное

3. Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?

- А)пункция перикарда
- Б)измерение ЦВД
- В)рентгенография грудной клетки
- Г)ФКГ
- Д)ЭКГ

4.Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для сердечной недостаточности, обусловленной экссудативным перикардитом?

- А) кардиомегалия
- Б)характерная поза с наклоном тела вперед или коленно-локтевое

- В)положение
- Г)отсутствие шумов в сердце
- Д)асцит, отеки

5. Для экссудативного перикардита характерно:

- А)сглаженность дуг
- Б)снижение пульсации контуров
- В)преобладание поперечника над длинником
- Г) укорочение сосудистого пучка
- Д)все перечисленное

6. Назовите показания к проведению пункции перикарда:

- А)тампонада сердца
- Б)подозрение на гнойный процесс
- В)замедленное рассасывание экссудата
- Г)диагностическая пункция
- Д)все перечисленное

7. Ваша тактика при перикардитах неясного генеза:

- А)пробное противоревматическое течение
- Б)лечение антибиотиками широкого спектра действия
- В)пробное лечение противотуберкулезными препаратами
- Г)пробное лечение кортикостероидами

8. Шум трения перикарда лучше выслушивается в следующих ситуациях, кроме:

- А) в вертикальном положении больного
- Б) в положении больного лежа
- В) при надавливании стетоскопом
- Г) при задержке дыхания на выдохе

9. Признаки, характерные для уремического перикардита

- А) повышение температуры тела, боли в области сердца, шум трения перикарда, тахикардия, накопление геморрагической жидкости в полости перикарда
- Б) шум трения перикарда, накопление геморрагической жидкости в полости перикарда
- В) боли в области сердца, шум трения перикарда, тахикардия, накопление геморрагической жидкости в полости перикарда
- Г) повышение температуры тела, шум трения перикарда, накопление геморрагической жидкости в полости перикарда
- Д) шум трения перикарда, тахикардия

Правильные ответы к вопросам по теме: Перикариты.

1.(В); 2 (Д), 3(В), 4(Б), 5(Д), 6 (Д), 7(В), 8(Б), 9 (Д)