



**ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Методическая разработка
для преподавателя на тему:**

"Перикардиты"

Место проведения занятия: учебная комната, палаты отделения.

Обоснование необходимости изучения темы:

Перикардиты в основном рассматриваются как проявление или осложнение основного заболевания. В связи с применением в последнее время активных методов лечения основного заболевания (ревматизм, туберкулез, инфекционные заболевания и т.д.), перикардит встречается гораздо реже. У многих больных перикардит протекает без резких болей и четких физикальных симптомов и при отсутствии должной настороженности и методологической вооруженности лечащего врача реально отсутствуют условия для его выявления. Иногда перикардит развивается со всеми признаками острого заболевания, которое в несколько дней может привести к смерти больного. В других случаях перикардит протекает скрыто и только после смерти больного, врач на аутопсии с удивлением устанавливает выраженный перикардит, который никак себя не обнаруживал. Особенно важно своевременно установить заболевание перикарда в тех случаях, когда оно протекает изолированно или представляет основную угрозу для жизни больного. К числу таких форм относятся сдавливающие перикардиты различной этиологии, экссудативные перикардиты с тампонадой сердца, гнойные и опухолевые поражения перикарда. Однако, не будучи основным проявлением того или иного системного, кардиального или инфекционного заболевания, перикардит обычно получает самостоятельное значение, заставляет вносить изменения при выборе рационального лечения и, главное, приобретает большую диагностическую ценность.

Цель занятия:

Углубление и приобретение новых знаний, умений и навыков диагностики, освоение принципов дифференциальной диагностики, умение формулировать клинический диагноз, разработка адекватного лечения перикардитов.

Задачи занятия:

1. Изучить особенности этиологии и патогенеза, классификацию перикардитов.
2. Особенности клинических проявлений различных форм перикардитов.
3. Дифференциальную диагностику по ведущему (болевному) синдрому.
4. Методы обследования больных с перикардитами. Лабораторную и функциональную диагностику перикардитов.
5. Методы лечения перикардитов.
6. Вопросы профилактики и диспансерного наблюдения.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

1. Тщательно и целенаправленно собрать анамнез.
2. Выявлять и интерпретировать клинические признаки поражения перикарда.
3. Владеть методом дифференциальной диагностики.

4. Оценить объем и диагностическую ценность лабораторных и инструментальных методов исследования (анализы крови, анализы мочи, анализы перикардальной жидкости, ЭКГ, рентгенограммы, томограммы и др.).
5. Правильно интерпретировать полученные клинические данные и данные дополнительных методов обследования.
6. Формулировать клинический диагноз.
7. Назначить лечение исходя из механизма действия лекарственных препаратов, применяемых для лечения перикардитов в зависимости от этиологического фактора.
8. Прогнозировать развитие заболевания, своевременно и грамотно проводить профилактику и МСЭ.

ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ:

Технические средства:

1. мультимедийный аппарат
2. негатоскоп
3. электрокардиограф
4. эхокардиограф
5. ЭКГ - линейки.

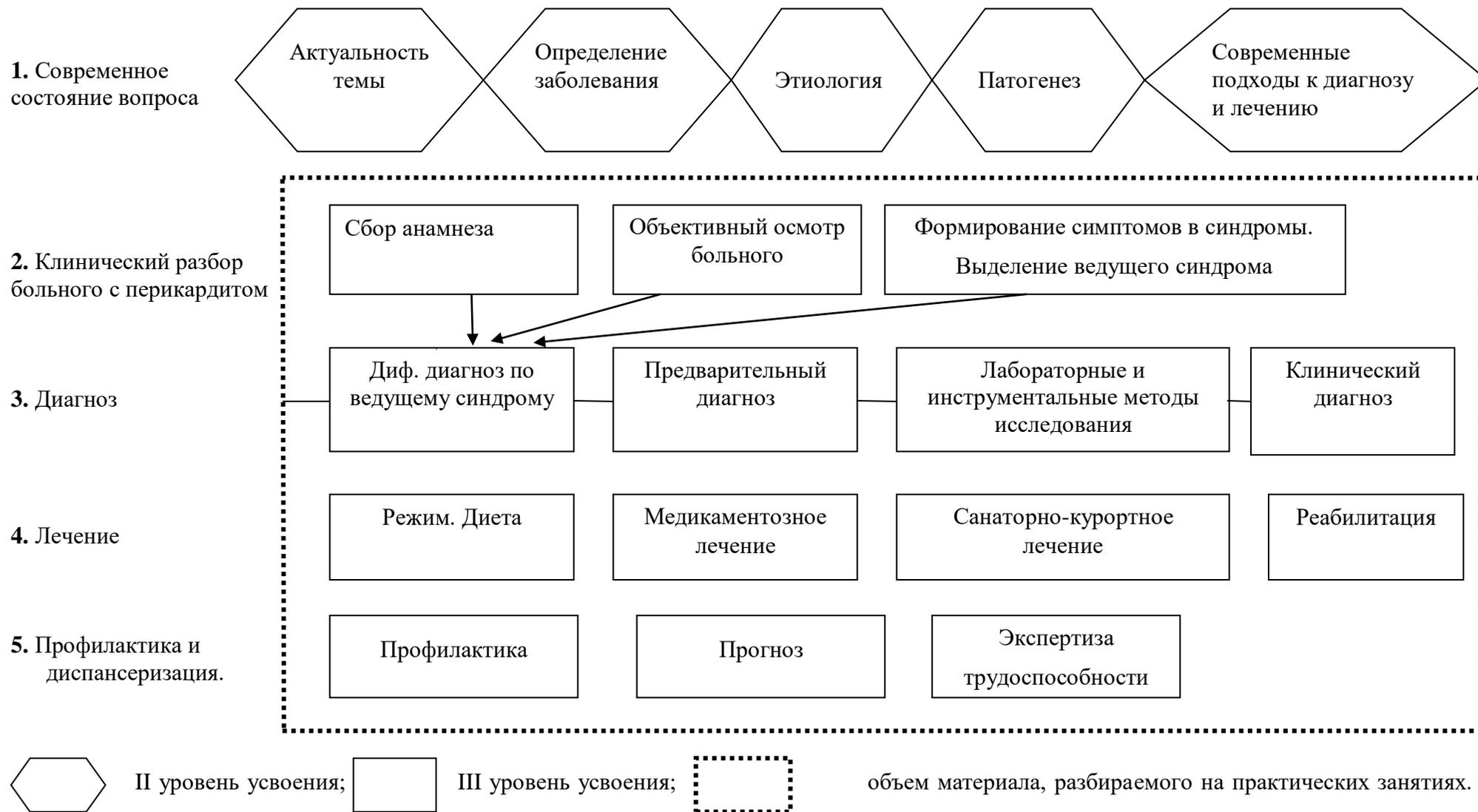
Демонстрационный материал:

1. тематические больные с перикардитами;
2. истории болезни;
3. слайды;
4. таблицы;
5. наборы ЭКГ;
6. наборы ЭхоКГ;
7. наборы анализов крови;

План и организационная структура занятия «Перикардиты»

№ п/п	Этапы занятия	Время (мин)	Уровень усвоения	Место Проведения занятия	Оснащение занятия
1.	Организационные мероприятия	5	-	Учебная комната	Журнал, методичка
2.	Контроль исходного уровня знаний	30	II	Учебная комната	Контрольные вопросы и задачи
3.	Клинический разбор больных	60	II	Палата	Тематические больные, истории болезни
4.	Анализ полученных данных: выделение характерных симптомов и синдромов, определение круга заболеваний для диф. диагностики по ведущему синдрому	20	III	Учебная комната	Истории болезни, слайды, диф. диагностический график по ведущему синдрому
5.	Дифференциальный диагноз		III	Учебная комната	Истории болезни, таблицы, слайды.
6.	Предварительный диагноз		III	Учебная комната	Истории болезни, слайды, таблицы
7.	Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования при перикардитах		III	Учебная комната	Истории болезни, наборы ЭКГ, ЭхоКГ, анализов.
8.	Клинический диагноз		III	Учебная комната	Истории болезни, таблицы
Семинарское занятие					
9.	Общие принципы лечения больных с перикардитах		III	Учебная комната	Истории болезни, слайды, таблицы
10.	Реабилитация в условиях стационара		III	Учебная комната	Истории болезни, слайды, таблицы
11.	Прогноз, экспертиза трудоспособности		III	Учебная комната	Истории болезни
12.	Профилактика первичная и вторичная		III	Учебная комната	Истории болезни, таблицы
13.	Контроль конечного уровня		-	Учебная комната	Тесты, ситуационные задачи, ЭКГ, ЭхоКГ, наборы анализов.
14.	Задание на дом		-	Учебная комната	Список литературы, контрольные вопросы по теме

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ «Перикардиты»



Рекомендации к проведению занятия

1. Подготовительный этап

Накануне занятия преподаватель подбирает больных с перикардитами и распределяет для курации среди аспирантов. На занятии преподаватель знакомит аспирантов с целями, задачами и планом проведения занятия. Затем приступает к контролю исходных знаний по теме путем устного ответа на поставленные вопросы и/или письменного тестового контроля, решения ситуационных задач. Преподаватель корректирует ответы на все вопросы, если есть, необходимость, контролирует готовность к занятию (наличие больного, историй болезни, оснащение занятия, рефераты и т.д.).

2. Основной этап

Кураторы готовят своих больных к разбору: собирают жалобы, анамнез, выявляют объективные данные. После осмотра симптомы формируются в синдромы. Из них выделяется ведущий (один, два, три) и по нему определяется круг заболеваний, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз. Лучше всего ведущим синдромом определять болевого. Дифференцировать с ТЭЛА, расслаивающей аневризмой аорты, острым перикардитом, кардиомиопатией, миокардитами, левосторонней пневмонией с плевритом, спонтанным пневмотораксом, острым панкреатитом, ущемленной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, язвенной болезнью желудка, остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника, миозитом, межреберной невралгией, опоясывающим лишаем и др.

Затем занятия переносится в учебную комнату, где проводится дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз проводится путем сравнения нозологии с состоянием курируемого больного, начинаем диф. диагноз с наименее вероятной патологии к более вероятной. После проведения диф. диагноза формулируется предварительный диагноз, затем определяется круг или объем дополнительных методов исследования, сначала по основному диагнозу, затем для диф. диагностики. Полученные данные трактуют и выставляют клинический диагноз в соответствии с классификацией.

Аспиранты работают по 2 человека, результаты оцениваются с обязательным анализом ошибок.

3. Заключительный этап

В конце занятия преподаватель проверяет уровень усвоения тематического материала путем устного решения каждым аспирантом ситуационной задачи и дает оценку полученным знаниям. Неусвоенные вопросы разбираются на занятии, и рекомендуется литература для более глубокого изучения данной темы. Подводится итог занятию и дается задание на дом в виде перечня вопросов, которые должны будут разбираться на следующий день (исходный уровень).

ВОПРОСЫ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ:

1. Анатомо-топографические особенности перикарда.
2. Функции перикарда.
3. Этиология и патогенез перикардитов.
4. Классификация перикардитов.
5. Клинические проявления различных форм перикардитов.
6. Методы диагностики перикардитов.
7. Принципы лечения перикардитов.
8. Медицинская экспертиза.
9. Хронический констриктивный перикардит.

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.

1. Этиологические факторы, чаще всего способствующие возникновению перикардитов:
 - а) вирусные инфекции;
 - б) опухолевая этиология;
 - в) стафилококковая инфекция;
 - г) туберкулез.

2. Перикардит может развиваться:
 - а) при остром ревматизме
 - б) при туберкулезе
 - в) при пневмонии
 - г) при инфаркте миокарда
 - д) при всех перечисленных заболеваниях

3. Выраженность клинической симптоматики при выпоте в перикард зависит, в основном:
 - а) от количества выпота
 - б) от тяжести основного заболевания
 - в) от быстроты появления выпота
 - г) от присутствия или отсутствия крови в жидкости

4. Очаг притупления у угла левой лопатки с усилением бронхофонии в той же области обычно связан:
 - а) с инфарктом миокарда
 - б) с митральным стенозом
 - в) с экссудативным (выпотным) перикардитом
 - г) с констриктивным перикардитом
 - д) с узелковым периартериитом

5. Наиболее частой причиной констриктивного (сдавливающего) перикардита следует считать:
 - а) острый ревматизм
 - б) опухоль
 - в) острый идиопатический перикардит
 - г) туберкулез

6. Положение больного:
 - а) активное;
 - б) вынужденное, сидячее положение с наклоном вперед;
 - в) пассивное
 - г) излюбленная поза;

7. Состояние шейных сосудов:
- а) пульсации нет;
 - б) пульсация шейных сосудов;
 - в) застойные, набухшие шейные сосуды;
 - г) застой и пульсация шейных вен
8. При пальпации в области сердца выявляется:
- а) сердечный толчок;
 - б) систолическое дрожание;
 - в) верхушечный толчок, смещенный кнутри;
 - г) верхушечный толчок смещенный кнаружи.
9. При перкуссии сердца при экссудативном перикардите определяется:
- а) границы сердечной тупости расширены влево;
 - б) границы расширены вправо;
 - в) границы расширены в обе стороны;
 - г) границы сердца не изменены
10. Что из перечисленного является наиболее характерным симптомом острого перикардита:
- а) резкие боли в области сердца;
 - б) жалоб нет;
 - в) сухой, навязчивый кашель;
 - г) повышение артериального давления
 - д) нарушения ритма и проводимости
11. При сухом фибринозном перикардите прослушиваются:
- а) громкие тоны сердца;
 - б) шум трения перикарда, напоминающий хруст снега;
 - в) грубый систолический шум на верхушке;
 - г) ритм галопа
12. Шум трения перикарда лучше всего выслушивается в зоне:
- а) относительной сердечной тупости;
 - б) абсолютной сердечной тупости;
 - в) у основания сердца
13. Шум трения перикарда:
- а) связан с тонами сердца;
 - б) не связан с тонами сердца
14. При выпотном перикардите наблюдается:
- а) исчезновение или уменьшение пульсации в области сердца;
 - б) грубый систолический шум;
 - в) исчезновение шума трения перикарда;

- г) быстрое увеличение границ сердца
- 15.** Рентгенологические данные:
- а) капельное сердце;
 - б) границы сердца нормальные;
 - в) сердечная тень в виде трапеции
- 16.** В отличие от инфаркта миокарда при остром перикардите подъем сегмента ST носит:
- а) дискордантный характер;
 - б) монофазный характер;
 - в) конкордантный характер
- 17.** Показания к пункции перикарда:
- а) пульсация шейных сосудов;
 - б) глухость тонов;
 - в) нарастающая тампонада сердца
- 18.** Назначения антибиотиков при остром перикардите:
- а) бактериально-вирусных перикардитах;
 - б) гнойных перикардитах;
 - в) ревматических миоперикардитах;
 - г) вирусных
- 19.** Основой лечения острого перикардита являются:
- а) кортикостероиды;
 - б) противотуберкулезные препараты;
 - в) нестероидные противовоспалительные средства
- 20.** Больным с острым бактериальным перикардитом противопоказано назначение:
- а) постельного режима
 - б) салицилатов
 - в) постельного режима и салицилатов
 - г) антибиотиков
 - д) кортикостероидов
- 21.** Мужчина 55 лет на протяжении двух недель жалуется на тупую боль в области сердца, одышку, ортопноэ. При обследовании выявляются приглушенность сердечных тонов, снижение на вдохе на 25 мм рт. ст. пульсового давления. Наиболее вероятный диагноз:
- а) инфаркт миокарда
 - б) экссудативный (выпотной) перикардит
 - в) эмфизема легких с правожелудочковой недостаточностью
 - г) фибрилляция предсердия

д) синдром верхней полой вены

22. У больного экссудативным (выпотным) перикардитом в первые дни болезни может быть обнаружено все перечисленное, кроме:

- а) большой пульсовой волны "А" на шее
- б) скребущего шума над областью сердца
- в) увеличения границ сердца
- г) притупления в области угла левой лопатки
- д) увеличения печени

23. Наиболее значительные изменения ЭКГ при остром перикардите характеризуются:

- а) снижением сегмента S-T в грудных отведениях
 - б) подъемом сегмента S-T в стандартных и грудных отведениях
 - в) высоким остроконечным зубцом Т
 - г) удлинением интервала Q-T
- д) укорочением интервала Q-T

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ:

- 1. а
- 2. д
- 3. в
- 4. в
- 5. г
- 6. б
- 7. в
- 8. в
- 9. в
- 10. а, в
- 11. б
- 12. б
- 13. а
- 14. а, в, г
- 15. в
- 16. в
- 17. в
- 18. а, б
- 19. в
- 20. д
- 21. б
- 22. д
- 23. б

ЗАДАЧИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.

Задача №1.

Мужчина 42 лет, около 2 нед. жалуется на чувство стеснения в груди, одышку, потливость ночью, сухой кашель, повышенную утомляемость, общую слабость.

Из анамнеза: перенес туберкулез легких 2 года назад.

Объективно: лицо одутловатое, кожа бледная с цианотичным оттенком, отмечается набухание шейных вен. Положение больного вынужденное – сидит, наклонив туловище вперед. Температура тела 37,5 °С. В легких везикулярное дыхание, ЧДД 24 в мин. При осмотре области сердца обнаруживается сглаживание межреберных промежутков. Верхушечный толчок не определяется. При перкуссии выявляется увеличение зоны сердечной тупости во всех направлениях, относительная и абсолютная тупость почти сливаются. Формы зоны тупости напоминают трапецию. Границы сердечной тупости изменяются в зависимости от положения тела больного. Аускультативно: тоны сердца ослаблены. АД 120/70 мм рт. ст., пульс – 98 уд. в мин. Печень выступает из под края реберной дуги на 2 см. селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови: Эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, Нб – 138 г/л, цв. п. – 0,9, Le - 8×10^9 /л, п/я – 9, с/я – 46, лимф. – 36, м. – 4, э- 5, СОЭ – 38 мм/ч.

В общем анализе мочи: цвет – соломенно-желтый, уд. вес - 1020, прозрачность – полная, кислотность – кислая, белок – 0,01‰, Le – 1-2-1 в п/зр., эпителий – ед. в п/зр.

В биохимическом анализе крови: С-реактивный белок (+++), серомукоид – 0,30 г/л, фибриноген – 4 г/л, глобулины – 50 г/л, α_2 -глобулины – 5,9 г/л.

На ЭКГ: вольтаж снижен, ЧСС – 98 уд. в мин, интервал ST ниже изолинии зубец T отрицательный.

При рентгенологическом исследовании: увеличение тени сердца, сглаживание сердечного контура, исчезновение «тали» сердца. Ослабление пульсации контура тени сердца. Реакция Манту положительная.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Ваша лечебная тактика.

Задача №2.

Больная 35 лет обратилась с жалобами на постоянные ноющие боли в области сердца, иррадиирующие в спину, обе руки и трапецевидные мышцы, не купирующиеся приемом нитроглицерина, усиливающиеся при глубоком дыхании, смене положения тела, уменьшающиеся в положении с небольшим наклоном туловища вперед; сухой кашель, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, общую слабость.

Из анамнеза неделю назад переболела вирусной инфекцией.

Объективно: кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Температура тела 37,4°C. Дыхание частое поверхностное, ЧДД – 24 в мин, перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, в области абсолютной сердечной тупости выслушивается шум трения перикарда. АД 110/70 мм рт. ст., Ps – 98 уд. в мин. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

В общем анализе крови: Эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нб – 120 г/л, цв. п. – 0,9, Le - 8×10^9 /л, п/я – 9, с/я – 45, лимф. – 40, м. – 2, э- 4, СОЭ – 30 мм/ч.

В биох. ан. крови: С-реактивный белок – (++) , серомукоид – 0,30 г/л, фибриноген – 4,1 г/л, глобулины – 51 г/л, α_2 -глобулины – 6,5 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Ваша лечебная тактика.

ОТВЕТЫ НА ЗАДАЧИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.

Задача №1.

1. Острый экссудативный перикардит туберкулезной этиологии.
2. ЭхоКГ, пункция перикарда, анализ перикардальной жидкости (выявление микобактерий), микроскопия мокроты, томограмма легких
3. Госпитализация в стационар. Постельный режим. Назначают изониазид 300 мг в день, рифампицин 600 мг в день, стрептомицин 1 грамм в сутки или этамбутол 15 мг/кг в сутки, не менее шести месяцев с учетом посевов микрофлоры. При необходимости (в зависимости от количества выпота, при появлении признаков тампонады) следует немедленно выполнить перикардиоцентез.

Задача №2.

1. Острый вирусный фибринозный перикардит.
2. ЭКГ, серологические тесты для выявления антител к вирусам, ЭхоКГ (на наличие выпота).
3. Лечение направлено на устранение симптомов, предупреждение осложнений и уничтожение вируса. Специфическое лечение: цитомегаловирусный перикардит-гипериммуноглобулин 4 мл/кг 1 раз в сутки в 1, 4 и 8-е сутки; 2 мг в сутки на 12 и 16-е сутки; перикардит с вирусом Коксаки В - интерферон-альфа, 2,5 МЕ/м² подкожно 3 раза в неделю; аденовирусный или парвовирусный В19 перикардит - иммуноглобулин, 10 г внутривенно за 6-8 ч в 1-е и 3-й сутки. При необходимости назначают негормональные противовоспалительные препараты: вольтарен или диклофенак, редко индометацин (по 25-50 мг 3 раза в день) Через 1-1,5 нед. после исчезновения симптомов дозы противовоспалительных препаратов постепенно снижают.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Арутюнов Г. П. Перикардит. Современные проблемы диагностики и лечения//Сердце. – 2006. - №8. – С. 384-401.
2. Болезни сердца и сосудов. Под ред. Е. И. Чазова – 1992. – М.: Медицина. – Том 2. – С. 427-453.
3. Бурдули Н.М. Перикардит. Учебное пособие. Владикавказ, РУХС, 2008, 112 с.
4. Внутренние болезни Учебник в 2 т. / Под ред. А. И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.С. Галявича. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. – Т. 1 С. 50, 105-114.
5. Внутренние болезни/Под редакцией Е. Браунвальда, К. Дж. Иссельбахера, Р. Г. Петерсдорфа, Д. Д. Вилсон, Д. Б. Мартина, А. С. Фаучи, в 10 книгах. – М.: Медицина, 1992-1997
6. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: 5-е изд. – М.: Медицина, 2001. – 592 с.
7. Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для врачей. – В 4 томах / Под общей редакцией Ф.И. Комарова. – Изд. 3-е. – Т.1. Болезни сердечно-сосудистой системы / Под ред. Е.Е. Гогина. – М.: Медицина, 2003. – 576 с. (С. 496-534).
8. Кардиология: Национальное руководство/ под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова, - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1232 с. (С. 920-937).
9. Кардиология. Руководство для врачей / Под ред. Р. Г. Оганова, И. Г. Фоминой. – М.: Медицина, 2004. – С. 783-804.
10. Комментарии к алгоритму: Кардиомегалия // Consilium medicum. – Том 3. - № 2. – 2001.
11. Машковский М.Д. Лекарственные средства: В 2 т. – 14-е изд., перераб., испр. и доп. М.: ООО "Издательство Новая Волна", 2000.
12. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. – 6-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. 528 с. (С. 483-489).
13. О कोरोков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Т. 3, кн. 1. Лечение болезней сердца и сосудов: М.: Мед. лит., 2001. – 464 с. (С. 438-445).
14. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 9. Диагностика болезней сердца и сосудов: М.: Мед. лит., 2005. – 432 с. (С. 1-75).
15. Справочник «Видаль». Лекарственные препараты в России. Ежегодное издание.
16. Явелов И.С. Современные рекомендации по диагностике и лечению болезней перикарда //Consilium medicum. – 2005. - №5. – С. 380-391.