**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Терапии**

**Реферат**

на тему:

«Острый перикардит»

Выполнила: студентка V курса

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверил: к.м.н., доцент

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Пенза**

**2008**

**План**

Введение

1. Острый перикардит

* Симптомы и признаки
* Диагностические исследования
* Вспомогательные диагностические исследования у пациентов с острым перикардитом
* Лечение острого перикардита

Заключение

Литература

**Введение**

Перикард состоит из серозной или рыхлой фиброзной оболочки (висцеральный перикард), прилежащей к эпикарду, и плотного коллагенового мешка (париетальный перикард), в который погружено сердце. Пространство между висцеральным и париетальным перикардом в нормальных условиях может содержать до 50 мл жидкости; давление внутри перикарда в норме меньше атмосферного. Из-за серозной поверхности его слоев и соприкосновения с другими структурами перикард может вовлекаться в ряд системных или местных патологических процессов. Клинические проявления заболевания перикарда вариабельны и зависят от его реакции на повреждение, а также от влияния этой реакции на сердечную функцию. В настоящем разделе рассматриваются клинические проявления и необходимые исследования острого и констриктивного перикардита.

**1. Острый перикардит**

***Симптомы и признаки***

Наиболее распространенный симптом — прекордиальная, или загрудинная, боль, которая чаще всего описывается как резкая или колющая. Она может быть внезапной или развивается постепенно и иррадирует в спину, шею, левое плечо или предплечье; особенно характерным признаком является боль в области трапециевидного отростка (вследствие воспаления прилегающей диафрагмальной плевры). Боль в груди при остром миокардите может усиливаться при вдохе или движении. Иногда она наиболее интенсивна в положении больного на спине и часто отступает, когда больной сидит, наклоняясь вперед. В большинстве случаев эти признаки позволяют отличить боль, обусловленную острым перикардитом от ишемических болей вследствие стенокардии или острого инфаркта миокарда.

Частые причины острого перикардита

1. Идиопатический

2. Инфекционный

* Вирусный (особенно вирус Коксаки и эховирус)
* Бактериальный [особенно стафилококк, Streptococcus pneumoniae, p-гемолитические стрептококки (острый ревматизм), Mycobacterium tuberculosis]
* Грибковый (особенно Histoplasma capsulatum)

3. При злокачественном заболевании (лейкоз, лимфома, метастазирующий рак молочной железы, легочная карцинома, меланома)

4. Медикаментозный (прокаинамид, гидралазин)

5. При заболевании соединительной ткани

6. Лучевой

7. Послеинфарктный (синдром Дресслера)

8. Уремический

9. Микседематозный

Сопутствующие симптомы включают следующее:

1) невысокая и изменчивая температура, особенно при инфекционном или идиопатическом перикардите;

2) одышка вследствие усиления боли при вдохе;

3) дисфагия, относимая на счет раздражения пищевода задней стенкой перикарда.

Наиболее частым и важным физическим признаком перикардита является шум трения перикарда. Этот шум более всего напоминает поверхностный скрип или царапанье. Он лучше слышен, если диафрагму стетоскопа поместить ниже левого края грудины или над верхушкой сердца при положении больного сидя с наклоном вперед или в коленно-локтевом положении. Он может прослушиваться лишь в определенной фазе дыхания и характеризуется транзиторностью (т. е. в течение одного часа он слышен, а в течение следующего — нет). По наличию или отсутствию шума невозможно составить представление о количестве жидкости в перикарде.

Перикардиальный шум чаще всего бывает трехфазным: он содержит систолический компонент, ранний диастолический компонент, регистрируемый в раннюю фазу наполнения желудочков, и пресистолический компонент, синхронный с систолой предсердий. Реже он бывает двухфазным, т. е. содержит систолический компонент и либо ранний диастолический, либо пресистолический компонент. Монофазный шум не типичен (18 % случаев), но чаще всего бывает систолическим.

К другим сопутствующим признакам, часто наблюдаемым при объективном исследовании, относятся повышение температуры тела и синусовая тахикардия в покое. Появление дополнительных признаков (парадоксальный пульс, набухание вен, признак Куссмауля) может быть результатом влияния нарастающего прекордиального выпота на наполнение желудочков.

***Диагностические исследования***

Электрокардиография при остром перикардите

Диагностическое значение при остром перикардите может иметь серийная регистрация ЭКГ на протяжении нескольких дней. В динамике ЭКГ-изменений при остром перикардите и выздоровлении выделяется четыре стадии. В стадии 1, или острой фазе, отмечается явное повышение сегмента ST (отражающее сопутствующее воспаление и/или повреждение субэпикардиального слоя) в прекордиальных отведениях, особенно в V5 и V6, а также в стандартном I отведении. В отведениях II, aVF и V4—V6 может наблюдаться депрессия сегмента PR. В стадии 2 сегмент ST начинает опускаться к изоэлектрической линии и амплитуда зубца Т снижается. До стадии 3 инверсия зубца Т наблюдается редко. Стадия 3 характеризуется изоэлектрическим сегментом ST и инверсией зубца Т в тех отведениях, где ранее сегмент SТ был повышен. Основным признаком стадии 4 является исчезновение нарушений реполяризации.

Если при остром перикардите в перикарде скапливается большое количество жидкости, то могут появиться и другие ЭКГ-отклонения — снижение вольтажа QRS-комплексов и электрическая альтернация. Эти сдвиги обусловлены "изолирующим" эффектом перикардиальной жидкости, который ослабляет электрические сигналы миокардиального происхождения и маятникообразные движения сердца в заполненном жидкостью перикардиальном пространстве.

Хотя серийная регистрация ЭКГ при остром перикардите имеет диагностическое значение, расшифровка последовательных ЭКГ в диагностическом плане не слишком много дает врачу неотложной помощи. Дифференциация перикардиальных изменений и варианта нормы при "ранней реполяризации" часто представляет проблему и может быть весьма затруднительной при получении единственной записи в 12 ЭКГ-отведениях. Острый перикардит служит частой причиной загрудинных болей и аномалий на ЭКГ у молодых пациентов. Изменения сегмента ST и зубца Т, присутствующие при ранней реполяризации или нормальном ЭКГ-варианте, имитирующем перикардиальные изменения, отмечаются у 2 % здоровых молодых пациентов. Попытки разграничения этих двух состояний дают (в исследованиях) противоречивые результаты. Однако недавно описанные простые критерии оценки оказывают значительную помощь в диагностике; это определение отношения амплитуд сегмента ST и зубца Т в отведениях V5, V6 или I. Принимая за точку отсчета (или 0 мВ) окончание сегмента PR, измеряют амплитуду, или высоту, сегмента ST в его начале в одном из указанных выше отведений; результат регистрируется в милливольтах. Высота зубца Т в тех же отведениях измеряется от базальной линии до пика этого зубца. Если отношение амплитуды ST (в милливольтах) к амплитуде зубца Т (в милливольтах) ниже 0,25, то наиболее вероятен нормальный вариант нормы, или ранняя реполяризация. Если же это отношение превышает 0,25, то вероятен острый перикардит. Данный критерий позволяет дифференцировать острый перикардит (в стадии 1) и раннюю реполяризацию при оценке состояния пациента в отделении неотложной помощи.

Рентгенологическое исследование

Стандартные заднепередние и боковые рентгенограммы грудной клетки имеют ограниченное значение в диагностике острого перикардита и перикардиального выпота. При остром перикардите и (в некоторых случаях) при развивающейся тампонаде тень сердца может сохранять нормальные размеры и контуры. При сравнении полученных рентгенограмм с прежними снимками грудной клетки определение последнего увеличения абсолютных или относительных размеров сердечной тени в отсутствие рентгенологических признаков венозной гипертензии в легких помогает отличить наполнение выпота в перикарде от недостаточности левого сердца. Эпикардиальный признак "жировой подушки" на боковом снимке наблюдается редко; при флюорографии с усилением изображения он определяется лишь в 15 % случаев острого перикардита. Если острый перикардит подозревается на основании анамнеза, то объективное исследование или ЭКГ, а также ЗП и боковые рентгенограммы, обнаруживающие плевропневмонию или изменения в средостении, могут помочь в установлении этиологии (например, неоплазматическая или инфекционная).

Эхокардиография

Эхокардиография стала методом выбора при выявлении и подтверждении острого перикардита и перикардиального выпота, а также при последовательном наблюдении за состоянием таких больных.

В норме перикардиальный мешок представляет собой лишь "потенциальное" пространство и эхокардиография обнаруживает непосредственный контакт миокарда с окружающими структурами грудной полости. Передняя стенка правого желудочка контактирует с грудной стенкой, а задняя стенка ЛЖ — с задней поверхностью перикарда и прилегающей плеврой. При наличии выпота в сердечной сумке перикардиальное пространство заполняется жидкостью, не дающей эхосигнала. Эхокардиография выявляет отсутствие непосредственных контактов между правым желудочком и грудной стенкой, а также между левым желудочком и задним листком перикарда. Количественная оценка размеров выпота весьма спорна, так как при этом исходят из определения локализации эхоинертного пространства (передняя или задняя) и фазы сердечного цикла, во время которой оно появляется, т. е. о небольшом выпоте говорят в том случае, когда свободное то эхо пространство наблюдается только сзади и только во время систолы.

***Вспомогательные диагностические исследования у пациентов с острым перикардитом***

* Определение общего числа клеток крови и отдельных групп лейкоцитов: может указывать на наличие инфекции или лейкоза
* Определение азота мочевины/креатинина в крови: может указывать на уремический перикардит
* Серологические исследования с целью выявления стрептококковой инфекции (антистрептолизин-О, анти-ДНКаза, антигиалуронидаза): особенно целесообразны у больных с ревматическим поражением сердца или фарингитом в анамнезе
* Посев крови (при подозрении на бактериальную инфекцию)
* Определение титров антивирусных антител в острой фазе и в период выздоровления
* Серологические исследования: титры антиядерных и анти-ДНК-антител или RA-латексная фиксация у больных с признаками системного заболевания
* Исследование функции щитовидной железы
* Определение скорости оседания эритроцитов: не облегчает этиологическую диагностику, но при серийных исследованиях может характеризовать реакцию на лечение

***Лечение острого перикардитта***

Впервые выявленный острый перикардит требует госпитализации больного и ограничения физической активности. Необходимо регулярно контролировать уровни артериального и венозного давлений и ЧСС. Показаны также повторные эхокардиографические исследования с целью своевременной диагностики формирования выпота в полости перикарда.

В большинстве случаев ограничиваются назначением *нестероидных противовоспалительных лекарственных средств (НПВС)*:

* диклофенак (вольтарен) — 100–200 мг в сутки;
* индометацин — 25–50 мг каждые 6–8 ч;
* ибупрофен — 400–800 мг;
* мовалис — 7,5–15 мг 2 раза в сутки.

*Глюкокортикоиды* целесообразно назначать только в следующих клинических ситуациях:

* при интенсивном болевом синдроме, не поддающемся лечению НПВС;
* при тяжелом течении диффузных заболеваний соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, полимиозит и др.), осложненных острым перикардитом;
* при аллергическом лекарственном перикардите;
* при аутоиммунных острых перикардитах.

Суточные дозы и длительность приема глюкокортикоидов подбираются в зависимости от этиологии и характера перикардита и основного заболевания. При интенсивном болевом синдроме, например, глюкокортикоиды назначают в суточной дозе 40–60 мг в течение 5–7 дней с последующим снижением дозы и отменой препарата.

При вирусном (идиопатическом) перикардите рекомендуют воздерживаться от применения глюкокортикоидов (M. Freed, J.D. Band).

Антибиотики при сухом (фибринозном) перикардите назначают только в тех случаях, когда воспаление сердечной сорочки возникает на фоне явной бактериальной инфекции — сепсиса, инфекционного эндокардита, пневмонии, наличия гнойного очага и т.д. В зависимости от установленного или предполагаемого возбудителя этих патологических процессов назначают антибиотики пенициллинового ряда (оксациллин, ампициллин, аугментин и др.), цефалоспорины, современные макролиды (сумамед и др.), фторхинолоновые производные (ципрофлоксацин, офлоксацин и др.). Основные принципы и тактика лечения антибиотиками подробно изложены в последующих главах руководства.

При туберкулезном перикардите назначают комбинированную противотуберкулезную терапию, например, изониазид, рифампицин, пиразинамид и другие в сочетании с глюкокортикоидами. В этих случаях специфическое лечение назначается и проводится под контролем фтизиатра.

В остальных случаях от применения антибиотиков следует воздержаться в связи с возможными побочными, в том числе аллергическими, реакциями, способными только осложнить течение перикардита.

**Заключение**

Точный диагноз острого перикардита или перикардиального выпота в значительной мере основывается на определении последовательных (или эволюционных) ЭКГ-изменений и их сопоставлении с соответствующими эхокардиографическими данными. Однако при оказании неотложной помощи врач редко может воспользоваться этими диагностическими данными. Диагноз в отделении неотложной помощи базируется в основном на анамнестических данных (характерная для плеврита загрудинная боль), результатах объективного исследования (шум трения перикарда), оценке сравнимых ЭКГ-отклонений (повышение сегмента ST) и высокой настороженности в отношении перикарда. Всех больных с подозрением на перикардит необходимо госпитализировать. Хотя в подавляющем большинстве случаев это заболевание оказывается идиопатическим или имеет вирусную природу (обычно гемодинамически доброкачественное и излечиваемое консервативно), для исключения более серьезных причинных факторов, требующих специфического лечения, необходимы обследование и наблюдение за больным в больничных условиях.

**Литература**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Клиническая диагностика заболеваний сердца – Кардиолог у постели больного – Констант, 2004
3. Внутренние болезни. Елисеев, 1999 год