

**ПЕРИКАРДИТЫ
МИОКАРДИТЫ
ЭНДОКАРДИТЫ**

Перикардиты

- Воспалительный процесс между листками париетальной и висцеральной плевры
- По своему характеру перикардиты являются вторичными заболеваниями

По эволюции

- Острые - до 6 недель
- Подострые – от 6 недель до 6 месяцев
- Хронические - больше 6 месяцев

Острый перикардит

- Острый экссудативный (выпотной) – с выделением большого количества жидкости в перикардальном пространстве
- Острый фибринозный (сухой) – с образованием большого количества фибрина

Другие заболевания

- острый инфаркт миокарда
- Ревматизм
- Туберкулез
- Коллагеновые заболевания
- Травмы грудной клетки
- Опухоли - первичные и метастазы
- Уремия
- Лучевая терапия опухолей
- Постинфарктный синдром

Острый сухой перикардит

- Жалобы - Боль в области сердца, большая площадь
- С иррадиацией в шею, нижнюю челюсть, иногда в эпигастральную область
- Иногда похоже на приступ стенокардии
- Интенсивность варьирует от слабой до очень интенсивной
- По длительности – от часов до дней

Жалобы

- Уменьшается или исчезает при вылечивании основного инфекционного заболевания или при скоплении большого количества жидкости в перикардальном пространстве
- Усиливаются лежа на спине или левом боку
- Уменьшаются при наклоне вперед
- При вовлечении плевры в процесс боль усиливается при глубоком акте дыхания

Другие проявления

- Температура
- Слабость
- Мышечные боли
- Потоотделение

Зависят от этиологии перикардита

Объективно

- Объективные данные очень скудны
- Выслушивание – шум трения перикарда является основным объективным признаком перикардита
- Выслушивается над большой площадью сердца, нет определенной точки выслушивания
- Усиливается при надавливании стетоскопом

Дополнительные методы исследования

- ЭКГ, рентген-исследования, ЭхоКГ – не всегда дают характерную информацию

Острый выпотной перикардит

- Клиника зависит от количества жидкости и скорости накопления
- Одышка – при больших скоплениях жидкости, при которых появляется диастолическая дисфункция ЛЖ
- Значительное улучшение – сидя и при наклоне туловища вперед («симптом подушки»)

- Кашель, обычно сухой – при массивных выпотах в перикард, при сдавлении окружающих структур (трахея, бронхи, легкие) иногда вместе с икотой, дисфагией, дисфонией
- Температура тела повышена – во многом зависит от причины перикардита

- При больших скоплениях жидкости в перикардальном пространстве отмечается антеградно – снижение фракции выброса и ретроградно увеличение давления в малом круге кровообращения
- При выслушивании легких – ослабление везикулярного дыхания у основания левого легкого (с.Пинса) при сдавлении за счет жидкости в перикардальном пространстве

Объективно

- У молодых можно заметить выпячивание межреберных промежутков в области сердца
- Верхушечный толчок резко ослаблен или отсутствует
- При перкуссии – увеличение всех границ сердца
- При выслушивании – ослабление тонов сердца, при уменьшении количества жидкости - появляется перикардальный шум

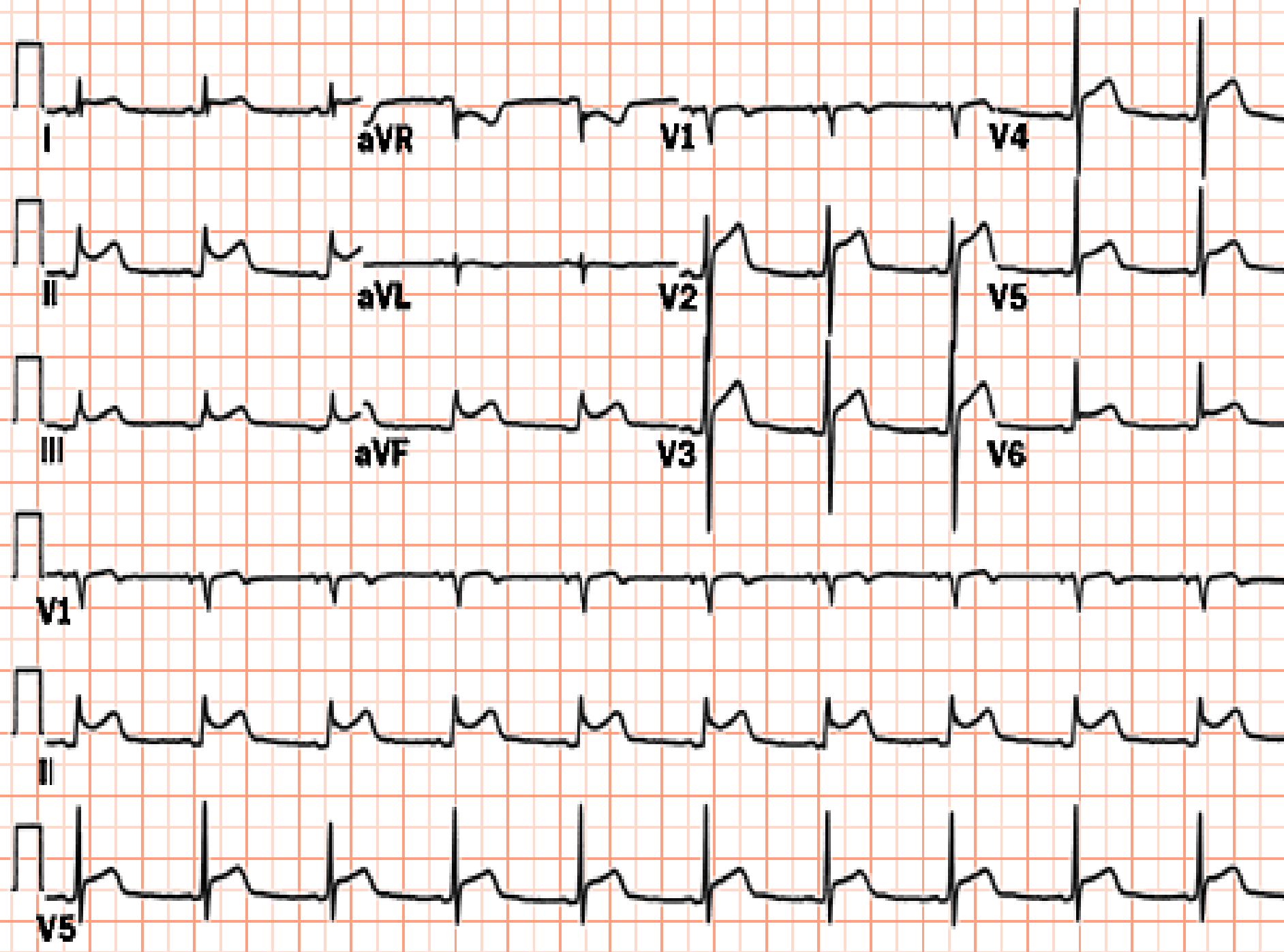
Хронический перикардит

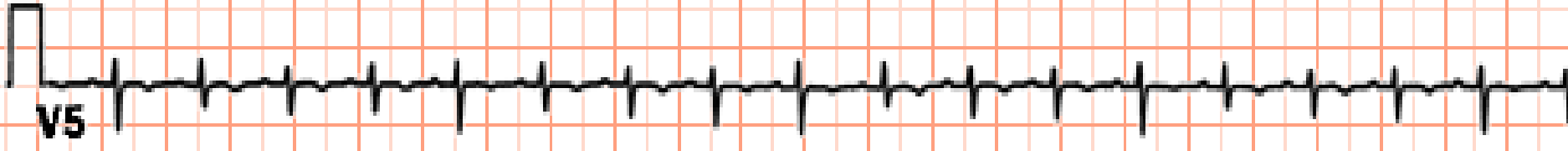
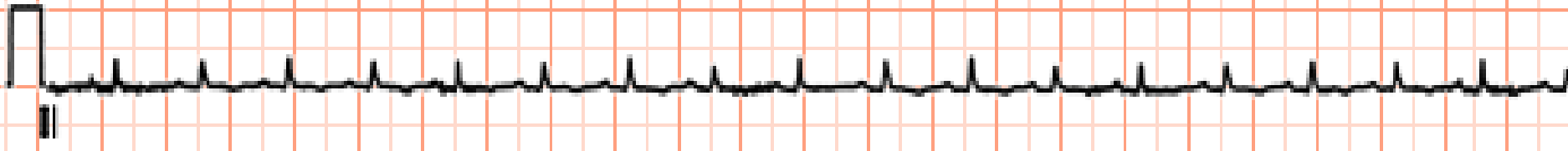
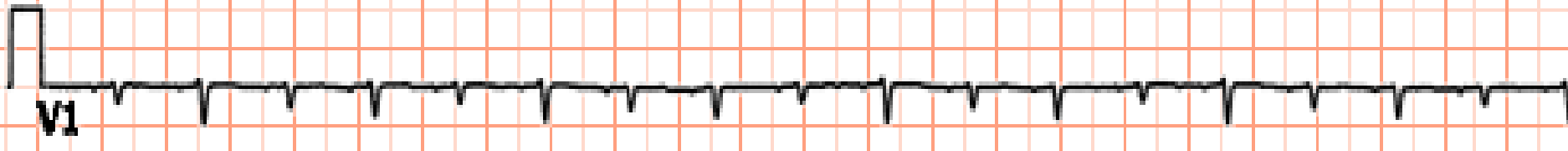
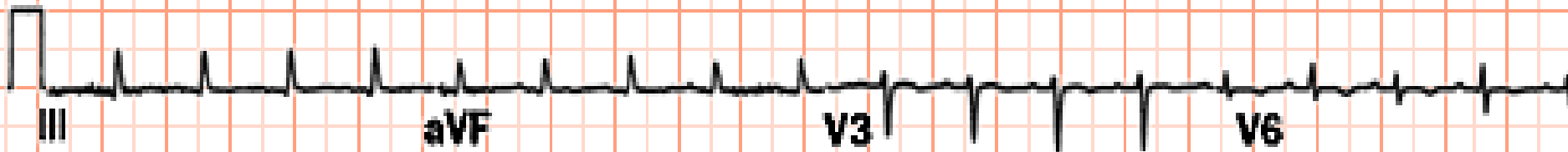
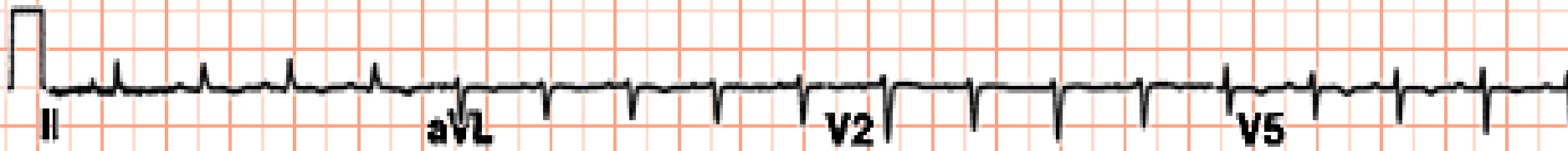
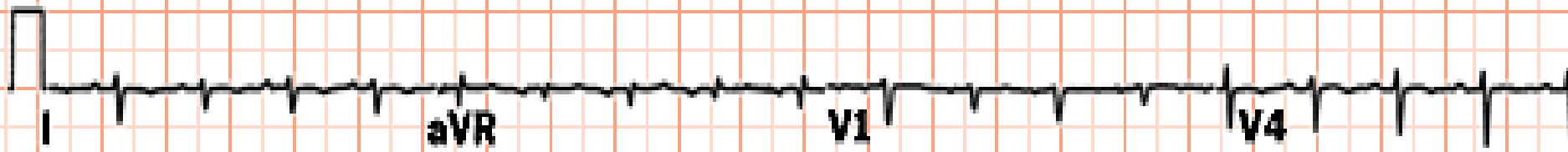
Проявляется в 3 клинических формах

- Выпотной
- Слипчивый
- Констриктивный
- Могут быть различной этиологии: вирусной, бактериальной, туберкулезной, уремический, опухолевый
- Диагноз на основе: ЭКГ, Рентгена, Эхокардиографии, томографии, биопсии, МЯР, катетеризации сердца

Дополнительные методы исследования

- ЭКГ – снижение амплитуды QRS, повышение со стороны сегм. ST с его последующим восстановлением
- Зубец T становится отрицательным, через несколько месяцев становится положительным, иногда при туберкулезе зубец T остается отрицательным





- В некоторых случаях есть необходимость отдифференцировать изменения на ЭКГ от ОИМ нон-Q
- Радиологически – увеличение размеров сердца с выделением двойного контура (тень сердца)
- Эхокардиография – неинвазивный и очень информативный метод выявления жидкости в перикардальном пространстве

Тампонада сердца

- Резкое появление жидкости в перикардальном пространстве (разрыв миокарда при ОИМ, расслаивающаяся аневризма сердца) или быстрое увеличение количества жидкости обуславливает развитие тампонады сердца. Снижается диастолическое наполнение предсердия и желудочков с возрастанием венозного давления, снижением сердечного выброса и АД

Развитие тампонады

- Для развития тампонады имеет большое значение объем и скорость накопления жидкости: иногда большой выпот 2500-3000мл, который накапливается медленно лучше переносится больными, тогда как быстро накапливающийся небольшой объем 400-450 мл может представлять большую угрозу жизни больного

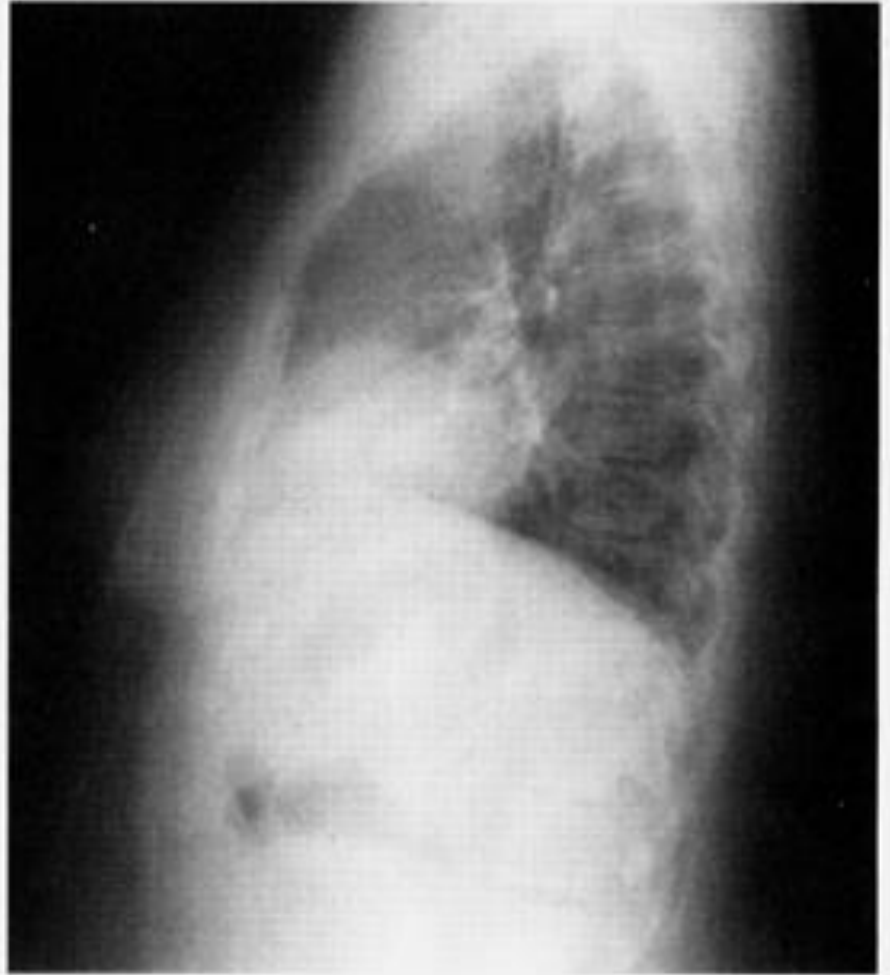
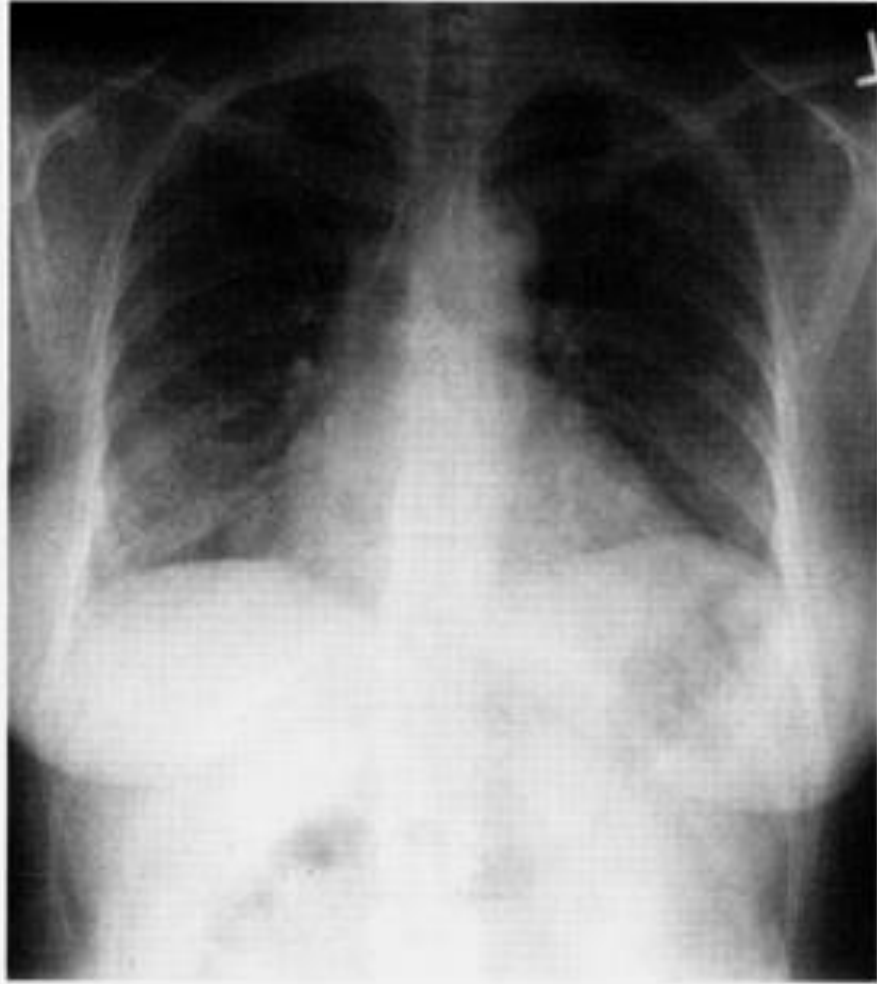
Клиника

- Отмечается слабость, недомогание, постоянный дискомфорт, синкопы, одышка, дисфагия, кашель
- При обследовании – тахикардия, парадоксальный пульс, увеличение размеров сердца, признаки повышенного венозного давления (увеличение печени) снижение АД

Параклинические методы

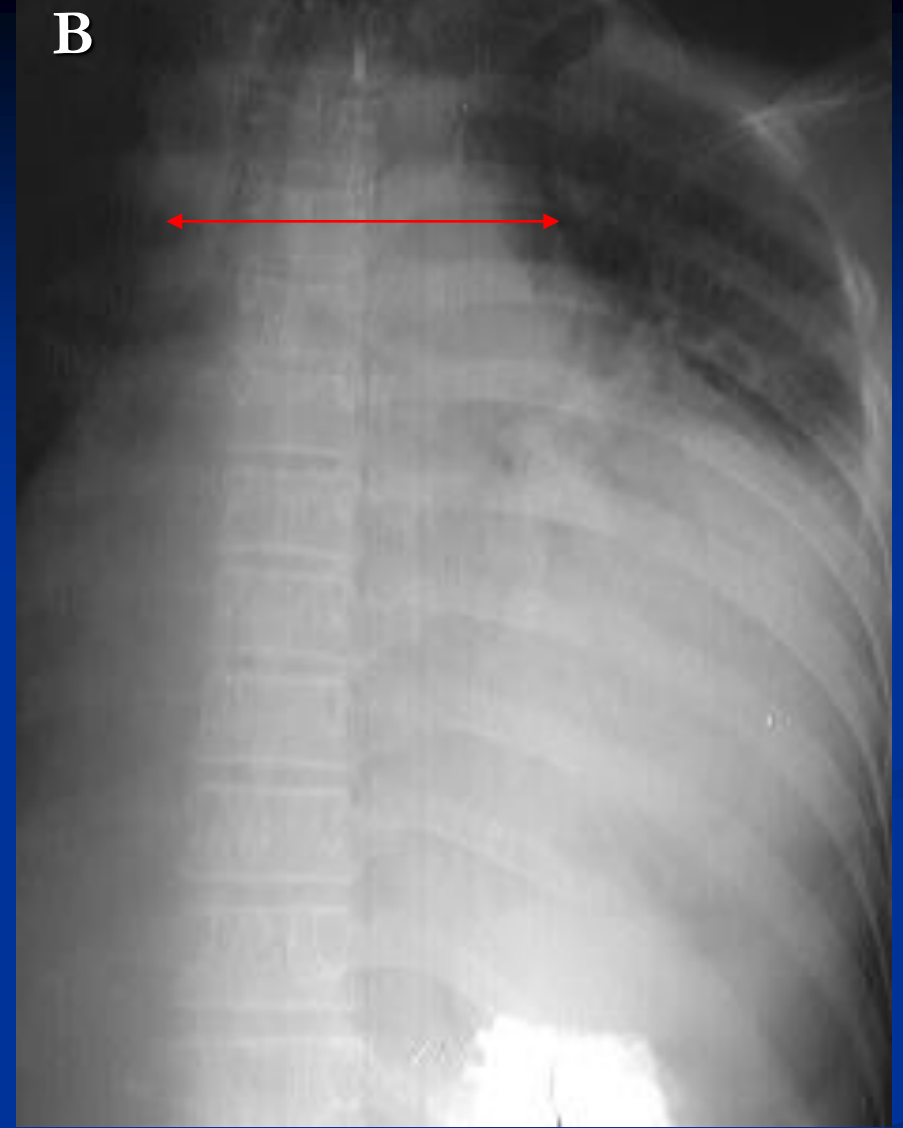
- Основной метод – эхокардиография, который позволяет выявить жидкость в перикарде и пункция перикарда

- Пункция перикарда – назначается как с диагностической целью (установление характера жидкости и возможность определения этиологии) так и терапевтической (большое количество жидкости), которая осуществляется в специализированном отделении

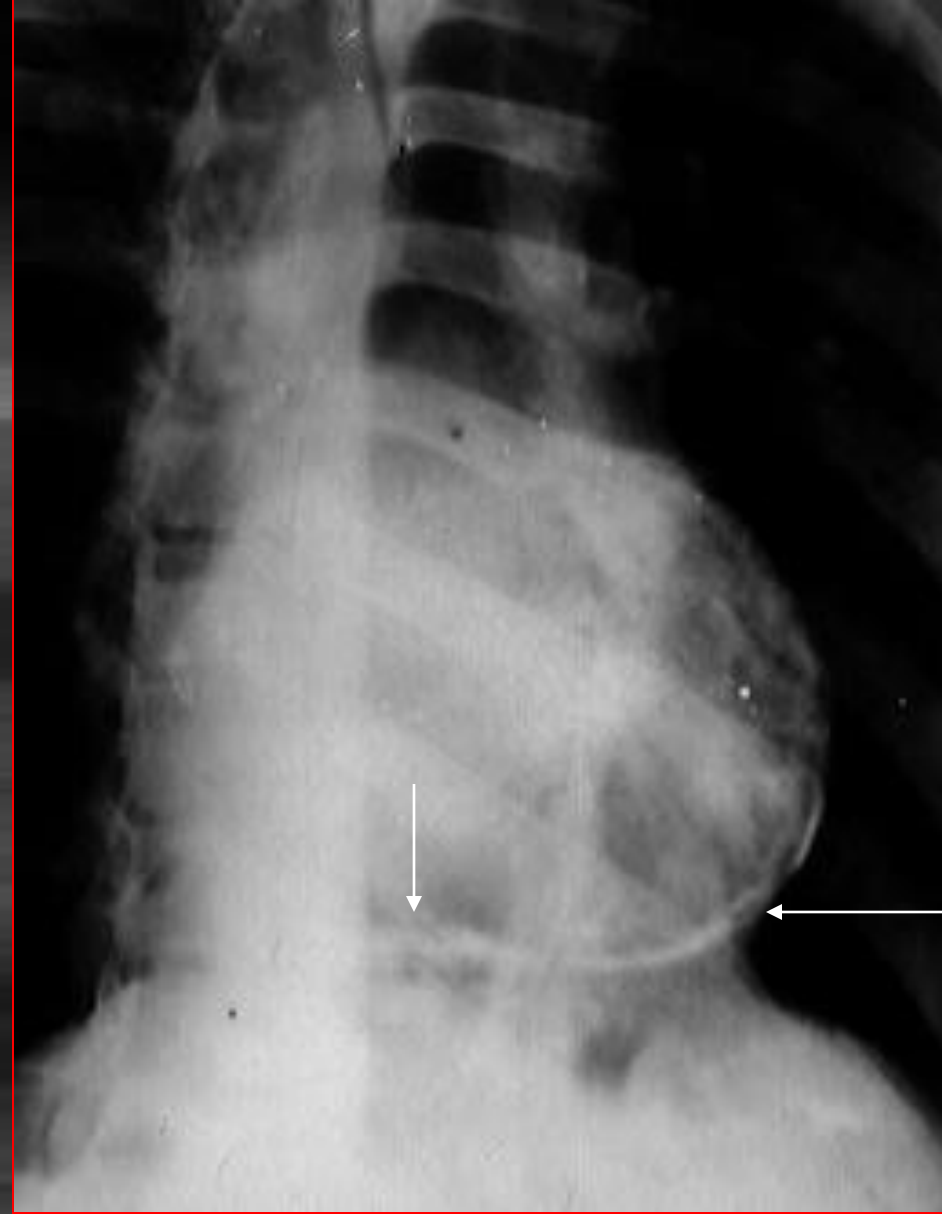
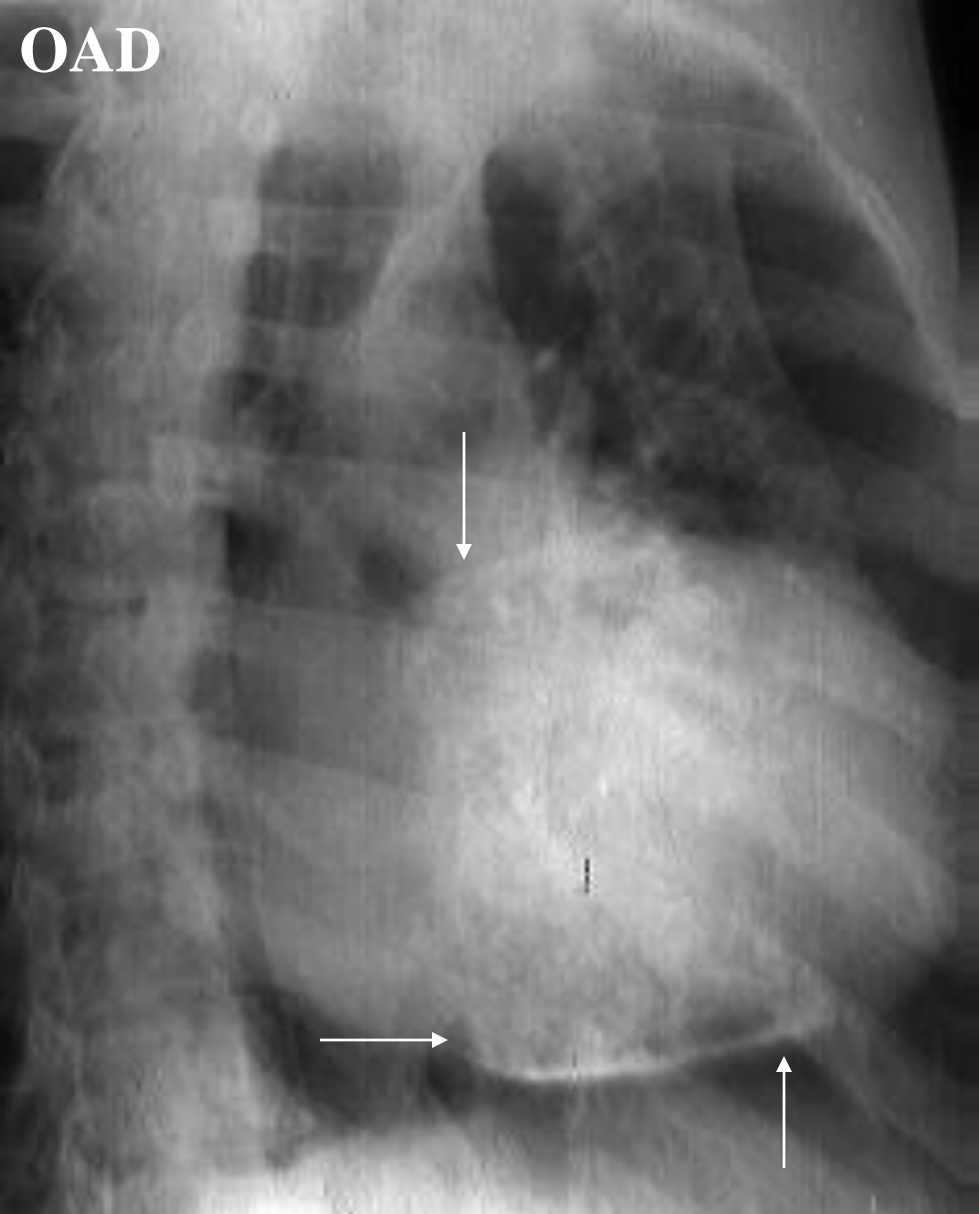


A

B

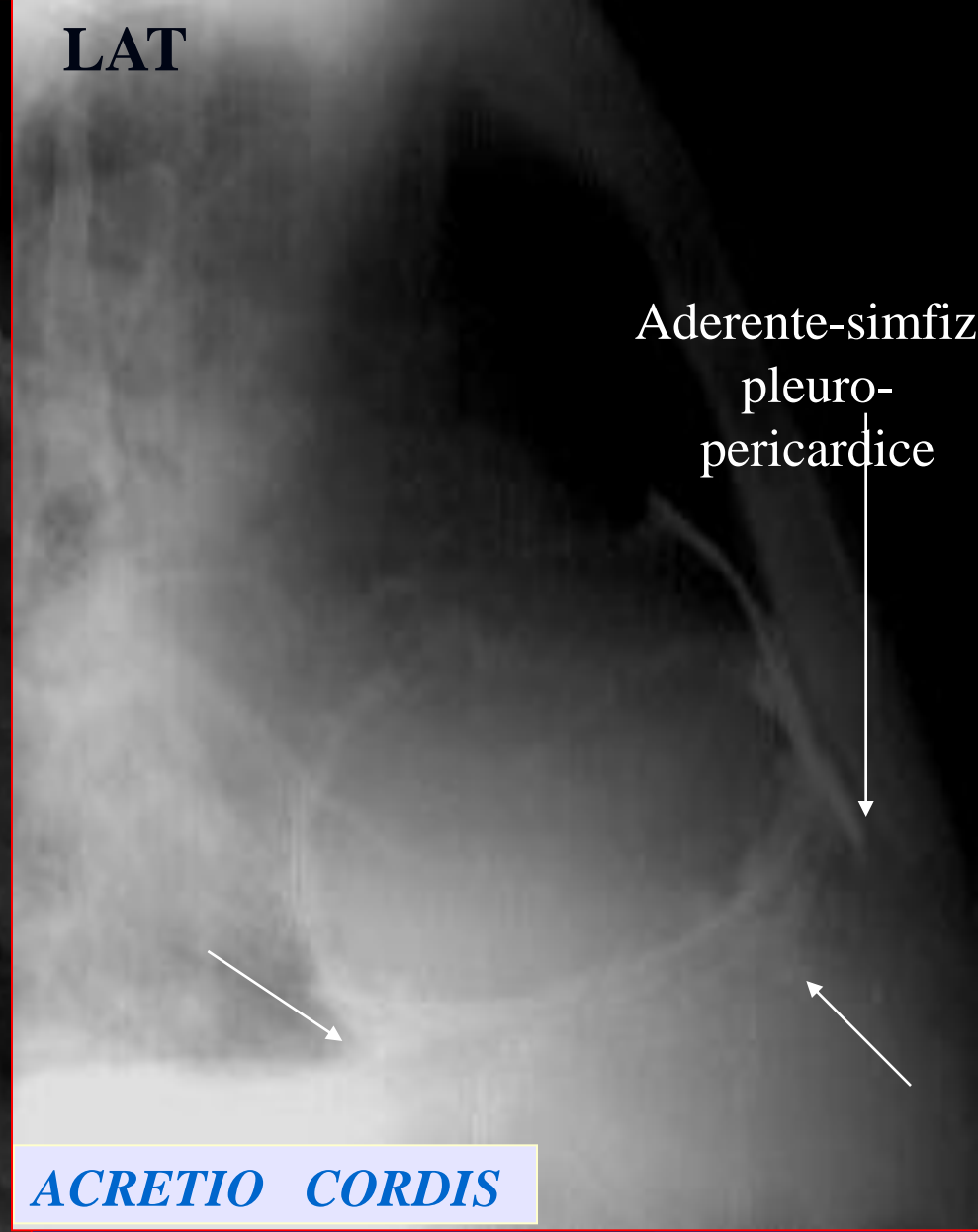


PERICARDITA EXSUDATIVA: A) ortostatism; B) decubit

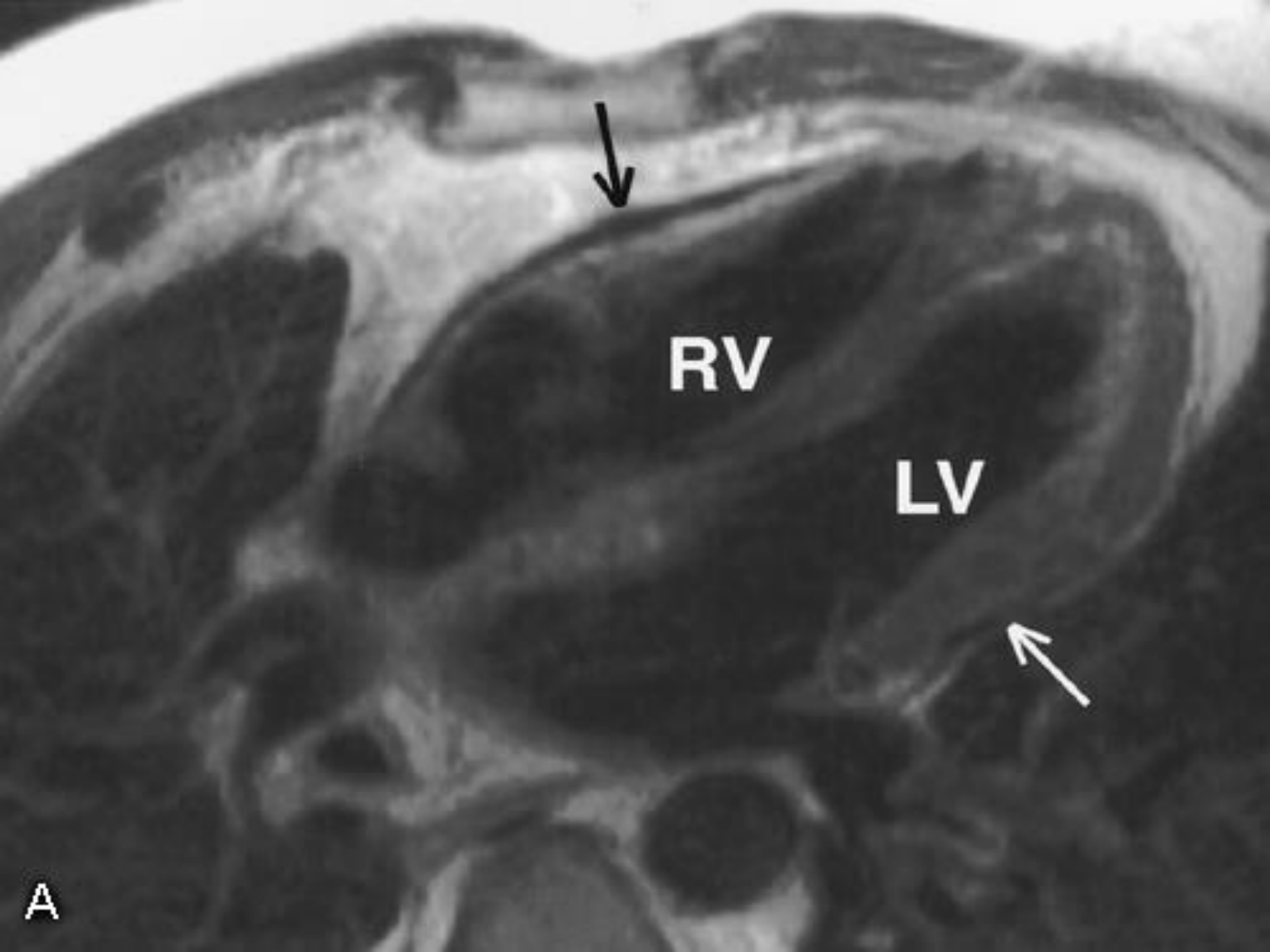


Silueta cardiaca mica,intens opaca,cu lizereu periferic hiperopac

PERICARDITA CONSTRICTIVA FIBRO-CALCARA



PERICARDITA CONSTRICTIVA FIBRO-CALCARA



RV

LV

A

Синдром поражения миокарда

Комплекс симптомов и признаков возникающих вследствие первичного поражения сердечной мышцы

- Миокардиты – воспалительные заболевания миокарда и могут быть вызваны инфекционными факторами (вирусы, бактерии, риккетсии) либо неинфекционными (токсины, аутоиммунные заболевания – склеродермия, системные васкулиты)

Миокардиты

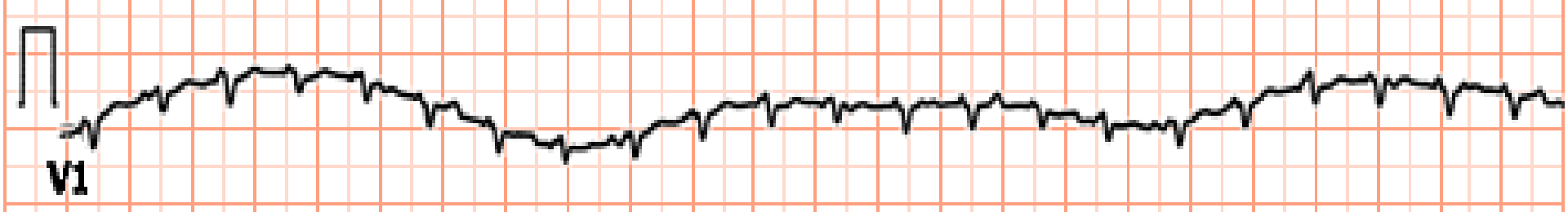
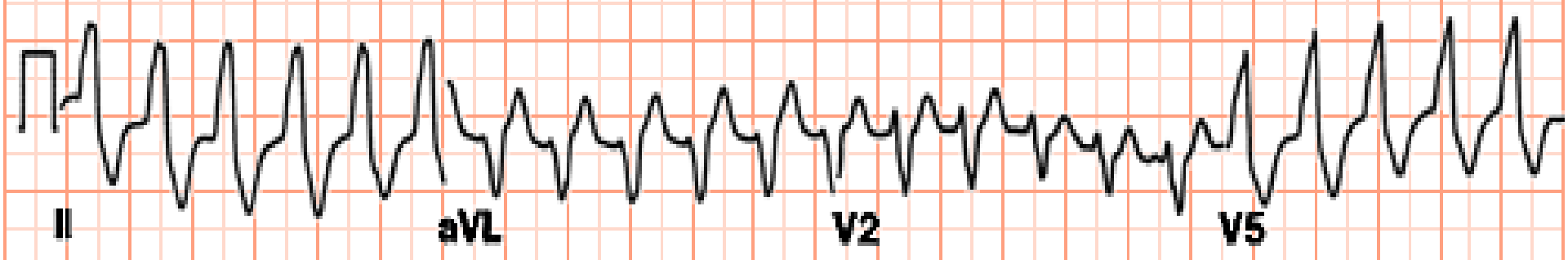
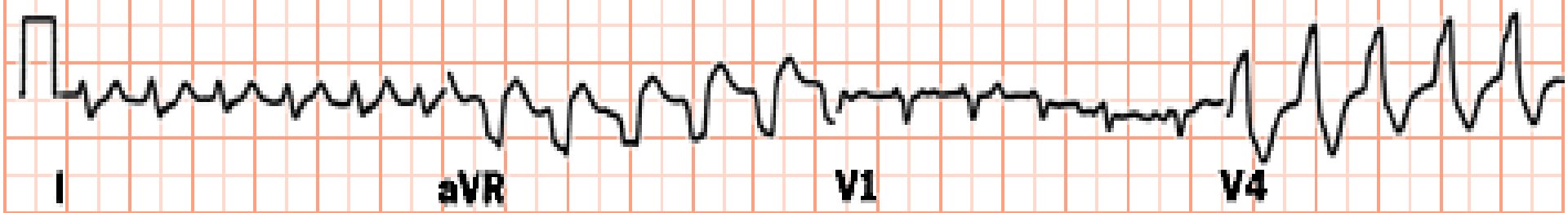
- Воспалительный процесс поражает миоциты, интерстиций, сосуды с частым вовлечением в этот процесс перикарда
- Могут проявляться в виде следующих клинических формах: *легкая и тяжелая*.
- Чаще встречаются *легкие* с появлением тахикардии, изм. сегм. ST, иногда МА, различные экстрасистолы

Тяжелые формы

- Часто выраженная тахикардия (иногда брадикардия при дифтерии А-В блокада) с признаками тяжелой сердечной недостаточности (ЛЖ или и ПЖ):
- Одышка, расширение границ сердца, глухие сердечные тоны, шум недостаточности ЛВО, низкое АД. При вовлечении перикарда в процесс могут быть характерные перикардальные боли, иногда – острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок.

Дополнительные методы

- Рентгенография грудной клетки – кардиомегалия, признаки застоя в легких
- ЭКГ – отклонения сегм. ST, изм. T, нарушения внутрижелудочковой блокады или АВ-проводимости
- Эхокардиография – расширение полостей, нарушение сократительной способности
- Ферменты КФК, ЛДГ могут быть слегка повышены



Кардиомиопатии

- Термин *кардиомиопатия* используется для обозначения первичного поражения миокарда невоспалительной этиологии (токсическим факторами: алкоголь, отравление медью), эндокринных заболеваниях – тиретоксикозе, гипотиреозидии, феохромоцитоме, Кушинга и не связаны с основными заболеваниями сердца: ИБС, АГ, врожденные или приобретенные пороки сердца

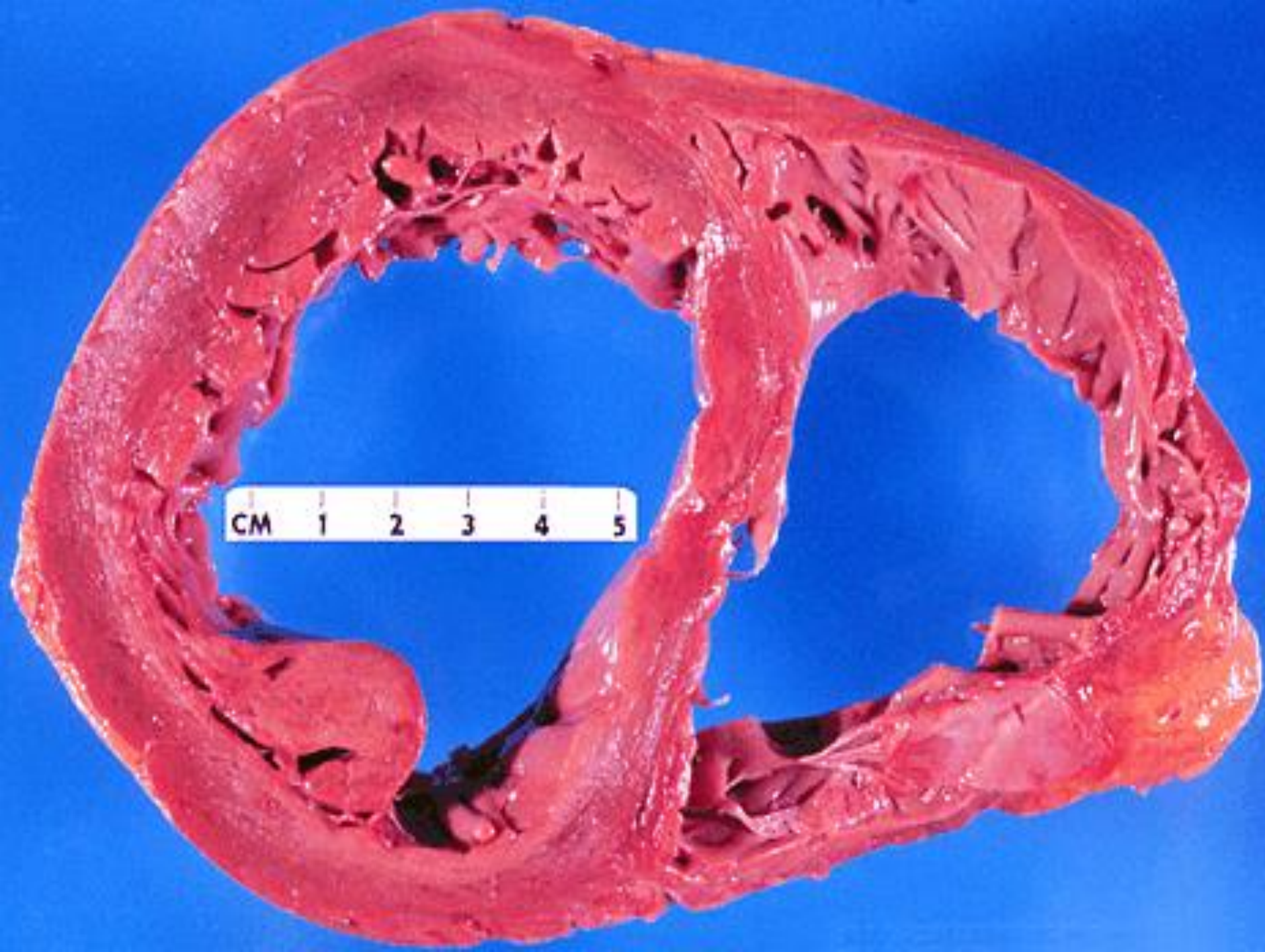
Кардиомиопатии

В зависимости от типа гемодинамических нарушений:

- Дилатационные
- Гипертрофические
- рестриктивные

Дилатационные

- Часто этиология неизвестна. Могут быть в результате вирусного миокардита, алкоголя, токсических воздействий
- Миокардиоциты замещаются соединительной тканью, что приводит к снижению сократительной функции миокарда и падению ФВ, развивается митральная недостаточность, растет давление в МК, трехстворчатая недостаточность, затем и в большом круге кровообращения



Жалобы

- Одышка при физической нагрузке, позже и в покое, в ночное время, отеки, сердцебиение
- Объективные данные: тахикардия, застойные влажные хрипы, синкопальные состояния, кардиомегалия, тоны сердца ослаблены, систолический шум
- ЭКГ-изм. ST, T, может появиться патологический Q, из-за развития интерстициального фиброза

Другие исследования

- Рентген гр.клетки – кардиомегалия
- Эхокардиография – расширение всех полостей сердца, снижение сократительных свойств миокарда
- Доплер – явления регургитации
- Катетеризация сердца – редко, в случаях для пересадки сердца

Гипертрофическая

- Много общего со стенозом аорты
- Выраженная гипертрофия миокарда ЛЖ - симметричная или асимметричная
- Наблюдается ригидность гипертрофированных стенок ЛЖ с нарушенной диастолической функцией без нарушений со стороны систолической функции

- При выраженной асимметричной гипертрофии перегородки в систоле могут быть две зоны (два участка) с неоднородным давлением: апикальная область с повышенным давлением и выходной тракт с пониженным давлением («внутриполостной градиент давления») (ИГСС)

Клиника

- Во многом похоже на стеноз аорты – одышка, сердцебиения, приступы стенокардии, синкопальные состояния
- Данные объективного осмотра – много общего с стенозом аорты
- ЭКГ – гипертрофия ЛЖ

Эхокардиографические данные

- Асимметричная гипертрофия перегородки с определением градиента толщина перегородки/толщина задней стенки больше 1,5
- Усиленное сокращение свободной стенки желудочка
- Гипокинез гипертрофированной перегородки
- Уменьшение полости ЛЖ
- Признаки динамической обструкции выходного тракта ЛЖ

Катетеризация сердца

- Позволяет определить внутриполостной градиент давления в ЛЖ
- Контрастирование позволяет определить обструкцию выходного тракта ЛЖ

Рестриктивная

- Выраженная ригидность миокарда, вызывая нарушение диастолического наполнения обоих желудочков при сохраненной систолической функции
- Могут быть идиопатические или вторичные (амилоидоз, склеродермия, метастазы)

Нарушение гемодинамики

- Гемодинамические нарушения сходны с констриктивным перикардитом: растет диастолическое давление в обоих желудочках, снижается сердечный выброс с развитием застоя по большому кругу кровообращения (недостаточность ПЖ)
- Периферические отеки

Клиника

- Признаки правожелудочковой недостаточности (печень, отеки)
- Параклинически – рентген, ЭКГ, ЭхоКГ – утолщение стенок желудочков с гиперэхогенностью гранулярного типа (при амилоидозе) или утолщение эндокарда (при эндокардиальном фиброэластозе) выраженная диастолическая дисфункция

Эндокардиты

- Воспалительное поражение эндокарда, которое в основном локализуется на клапанах сердца
- Инфекционный или неинфекционный характер

Инфекционный эндокардит

- Образуются характерные бородавчатые разрастания – вегетации, которые состоят из некротической ткани, фибрина, тромбоцитов, лейкоцитов, эритроцитов и колоний микроорганизмов
- Появляются перфорации, абсцессы клапанов, разрывы хорд с формированием клапанной недостаточности, редко стеноз

Распространенность

- Европа – 18-26 на 1млн.населения
- Соотношение М/Ж до 60 лет – 4-5/1
- После 60лет – 8/1

Острые и хронические эндокардиты

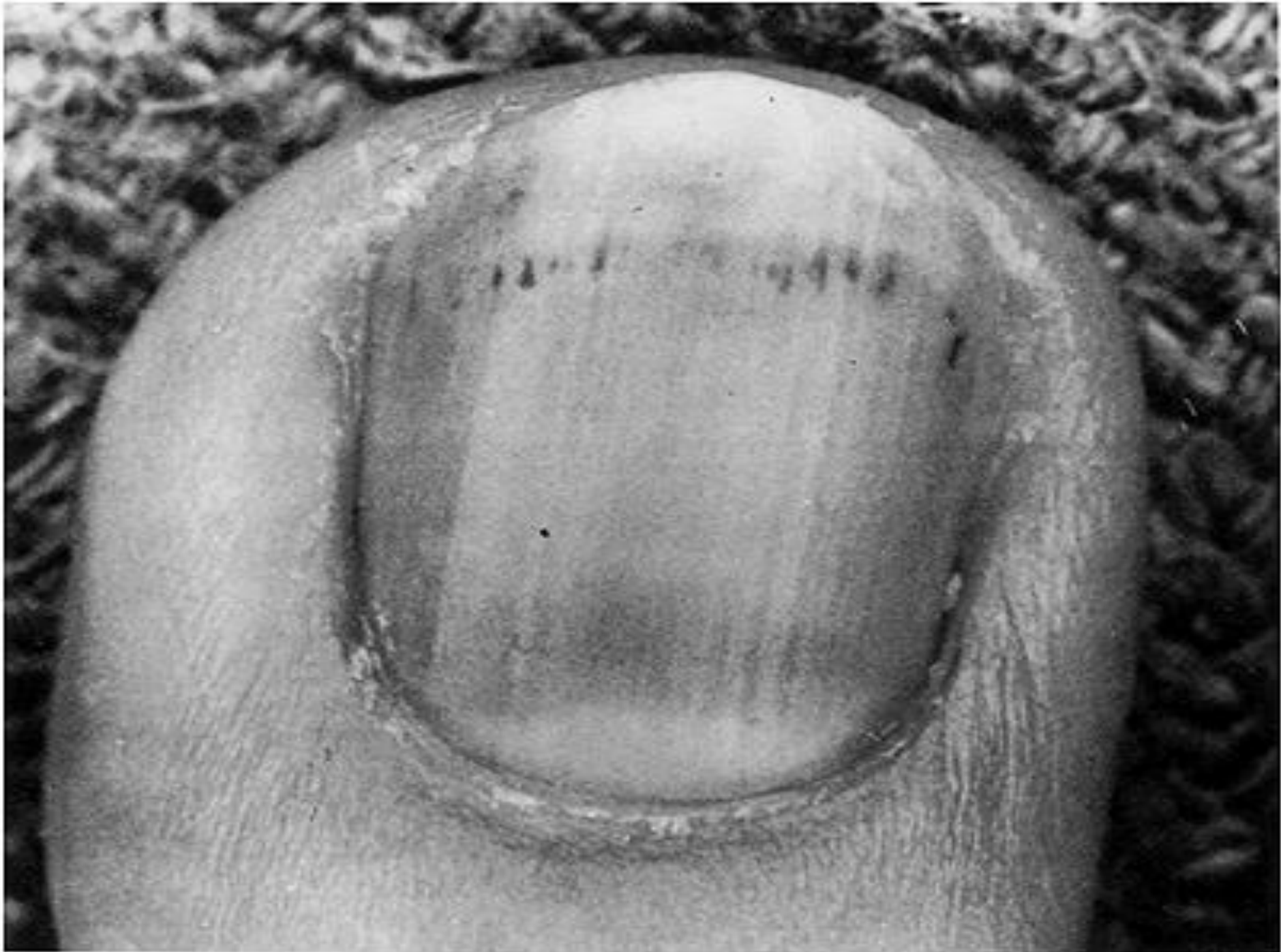
- Острые - Чаще развивается на неизменных клапанах, в течении 6 недель
- Хронические - чаще у лиц с приобретенными пороками сердца (3-12 месяцев)
- Первичным условием для колонизации – нарушение его целостности (катетеризация сердца, протезирование клапанов, имплантация искусственного водителя ритма)

Клиника

- Характеризуется появлением 3 главных синдромов:
- Синдром инфекционной интоксикации – лихорадка, боли в суставах, миалгии, гол.боли, боли в обл.сердца
- Эмболические проявления – боли в животе, левом подреберье, неврологические расстройства
- Синдром сердечной недостаточности

Объективно

- Бледность кожи и слизистых из-за периферического спазма
- Васкулит проявляется: петехиальными высыпаниями, геморрагической сыпью, мелкими болезненными твердыми узелками на ладонях, под ногтями, на сетчатке геморрагии с бледным пятном в центре
- Шумы сердца в зависимости от поражения клапанов







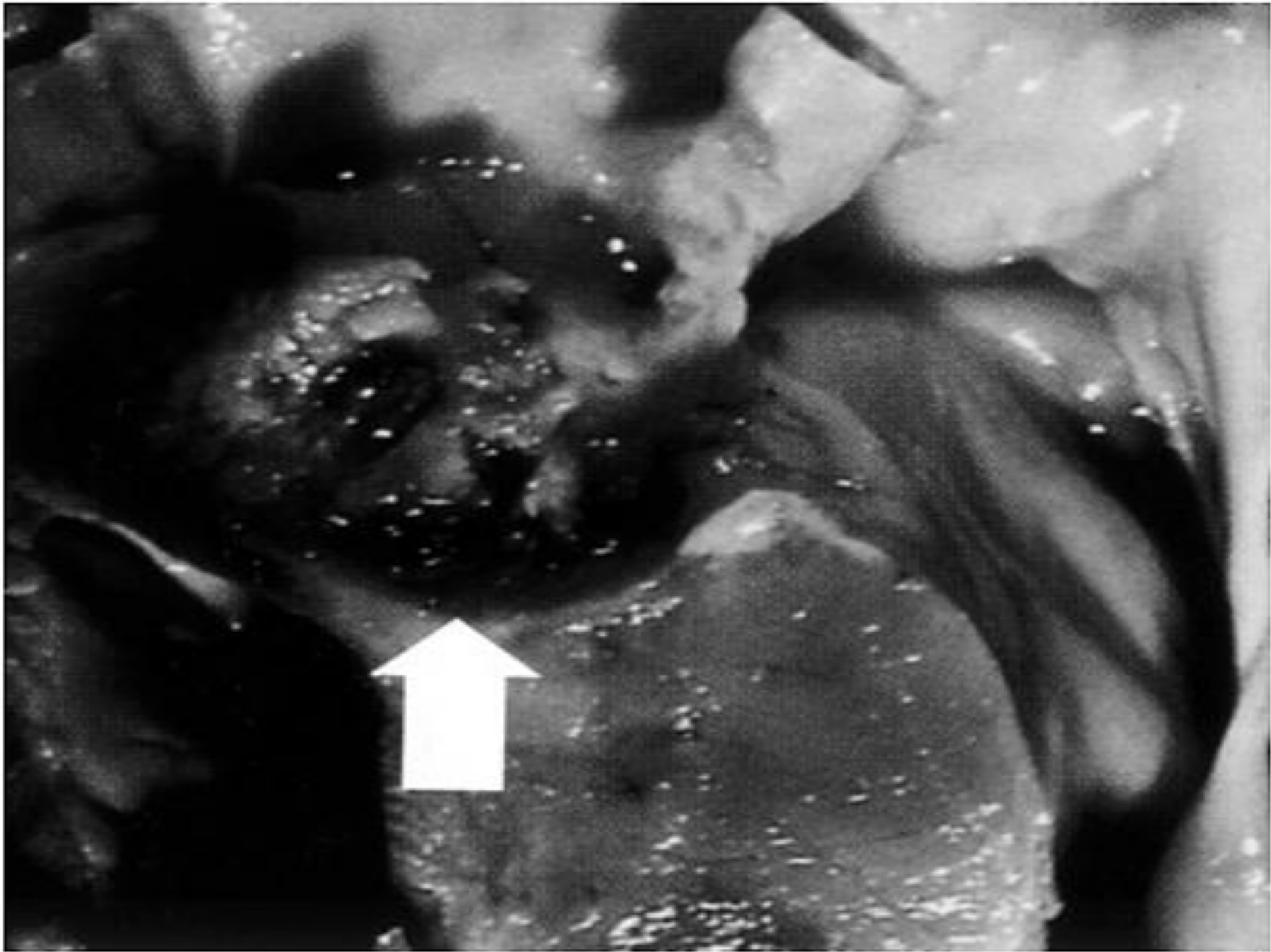
Дополнительные методы исследования

- Ан крови – лейкоцитоз, тромбоцитопения, увеличенное СОЭ
- Растут гамма-глобулины, трансаминазы
- Обязательная гемокультура с определением возбудителя и чувствительность к антибиотикам
- ЭхоКГ – дает возможность определения вегетаций , разрывы, перфорации

Положительный диагноз

- В постановке диагноза большую роль играют:
- Повышение температуры, спленомегалия, эмболические осложнения, явления васкулита, анемия, положительная гемокультура, ЭхоКГ – наличие вегетаций





T

5

VEG

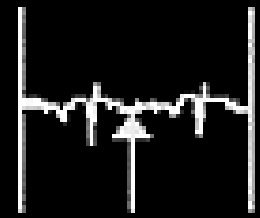
LA

AO

LV

MV

02:19:4
V510B #
DEPTH=
UMMC
9:40:36
PWR = -
50dB B/
GAIN= 1
●CINE



8.5
/S. 0TZ
JULY 96
8:20
2/8/L
#8

PAT T: 37.8C
TEE T: 38.3C

LEFT ATRIUM

ADULT
17

07:20
AH, CD
10:22.13
84
70
PM

