

* Заболевания миокарда

* Клинический случай

* Больной К., **32** лет, обратился к ВОП с жалобами на колющие боли в сердце, сердцебиение, усиливающиеся при ходьбе, повышение температуры и сухой кашель, резкую слабость, одышку в покое.

* **Перечислите 3 наиболее вероятных диагноза**

Дополнительная информация.

Со слов больной, заболевание началось неделю назад с боли в области сердца после перенесенного ОРВИ.

При осмотре пульс 90 уд/мин, АД 100/70 мм. рт.ст., ЧДД 22 в мин., отмечается глухость тонов сердца, систолический шум на верхушке, отеки на ногах, гепатомегалия и расширение левой и правой границ сердца.

КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫ ПРОВЕДЕТЕ?

На ЭКГ: ритм синусовый, P-Q - 0.24 сек.,
единичная желудочковая экстрасистолия

ОАК: НЬ- 105 г/л; Эр-3,1х10¹²/л;
Л- 9,5х10⁹/л. СОЭ – 23 мм/ч.

ОАМ: 200 мл

прозрачность – прозрачная

у/в – 1021

белок - abs

лейкоциты 3-4/1;

АлТ - 0,26;

АсТ- 0,52.



МИОКАРДИТ-

НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ

Это воспалительные заболевания миокарда различной этиологии, не связанные с бета-гемолитическим стрептококком группы А, заболеваниями соединительной ткани или другими системными заболеваниями.



ЭТИОЛОГИЯ

Инфекционный миокардит (вирусы, риккетсии, бактерии, спирохеты, паразиты, грибы)

Неинфекционный миокардит (межродовой, коллагеннозы, гиперчувствительность, реакция на трансплантат, саркоидоз)

Токсические (Алкоголь, химиопрепараты, антибиотики, тяжелые металлы)

Аллергические

Идиопатические

Все миокардиты делят на 3 группы:

1. инфекционные (инфекционно-токсические);
2. аллергические (иммунопатологические, аутоиммунные);
3. токсико-аллергические.

Около 50% всех случаев заболевания) являются вирусные инфекции

По распространенности очаговые; диффузные.

По течению:

1. острыми;
2. подострыми;
3. рецидивирующими;
4. латентными;
5. хроническими.

Жалобы

ЦНС и вегетативной нервной системы (слабость, головная боль, утомляемость и др.);

органов дыхания (насморк, кашель, слезотечение, осиплость и др.);

мышц и суставов (артралгии, миалгии);

желудочно-кишечного тракта (тошнота, боли в животе).

Боли в области сердца — локализуются в области верхушки сердца и слева от грудины, носят давящий, ноющий, колющий характер, продолжительные, почти постоянные, не связаны с физической нагрузкой и не купируются нитроглицерином.

Одышка при физической нагрузке и в покое - первый признак левожелудочковой недостаточности.

Сердцебиение (тахикардия)

Перебои в работе сердца

Отеки на ногах, боли в правом подреберье и другие проявления правожелудочковой недостаточности встречаются редко.

Лихорадка — частый, но не обязательный признак.

Физикальное исследование.

Специфических признаков нет.

При тяжелом течении:

положение ортопноэ,

тахипноэ, акроцианоз,

застойные влажные хрипы в легких,

отеки ног,

признаки основного заболевания

(например, системных заболеваний соединительной ткани, лекарственной болезни, вирусной или бактериальной инфекции, тиреотоксикоза, уремии и т.д.).

Клинические диагностические критерии острого диффузного миокардита (Рекомендации НУНА)

“Большие” критерии

Хронологическая связь перенесенной инфекции (или аллергической реакции, или токсического воздействия) с появлением кардиальных симптомов:

1. Кардиомегалия
2. Сердечная недостаточность
3. Кардиогенный шок
4. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса
5. Патологические изменения ЭКГ, в том числе аритмии и нарушения проводимости
6. Повышение активности кардиоспецифических ферментов (КФК, МВ-КФК, ЛДГ, ЛДГ1 и ЛДГ2) и содержания тропонинов

“Малые” критерии

1. Лабораторное подтверждение перенесенной инфекции (например, высокие титры противовирусных антител)
2. Ослабление I тона
3. Протодиастолический ритм галопа

Диагноз “миокардит” ставится на основании хронологической связи признаков перенесенной инфекции и

2 “больших” критерия или 1 “большой” + 2 “малых” критерия

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Госпитализация

Ограничение физической активности

Антибиотики не назначают при аллергических реакциях и аутоиммунных нарушениях.

Контроль за динамикой ЭКГ и гемодинамических показателей (повторные ЭКГ- и ЭхоКГ-исследования).

коррекция гемодинамических нарушений;

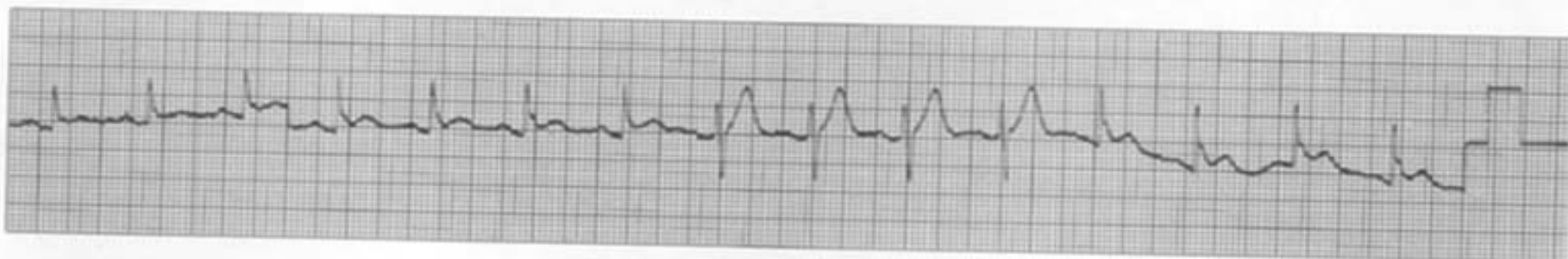
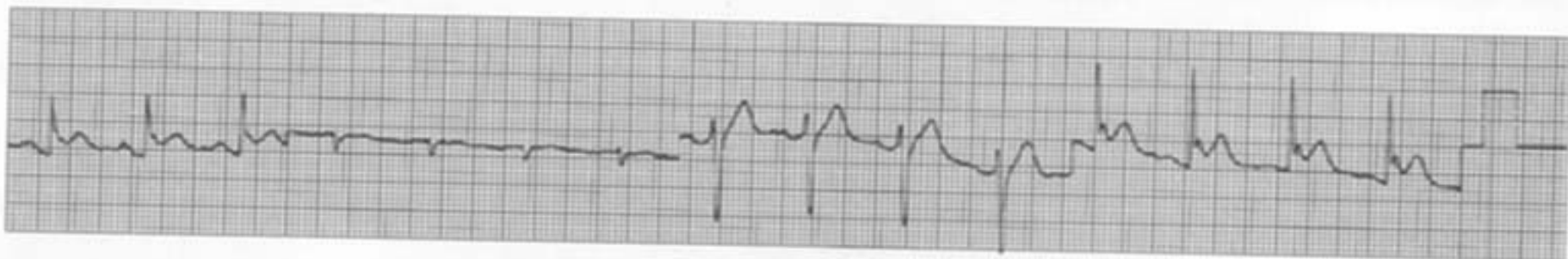
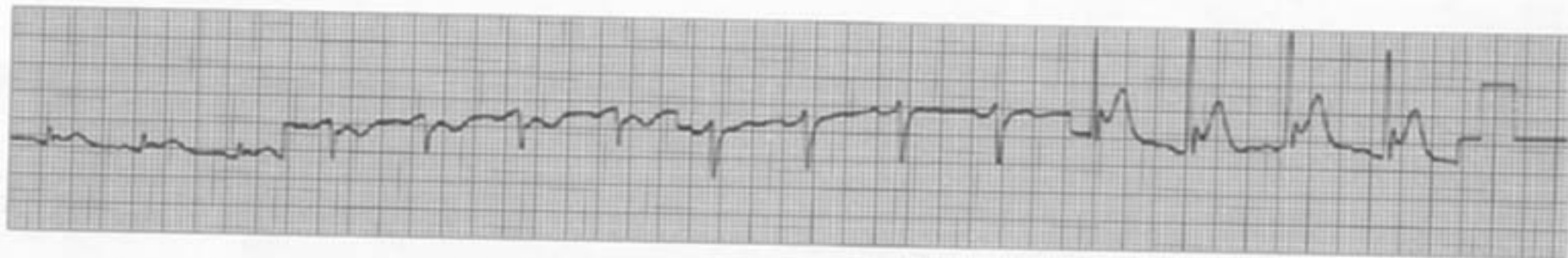
терапия основного заболевания;

коррекция иммунного статуса и иммунопатологических реакций;

лечение и профилактика нарушений сердечного ритма и проводимости;

лечение и профилактика тромбозов и тромбоэмболических осложнений.

Подъем сегмента ST в отведениях I, II, III AVF, V2, V6, что не характерно для поражения коронарных артерий указывает либо на острый миокардит, либо перикардит. Отсутствие зубца Q также подтверждает отсутствие инфаркта.



Перикардит-это
воспалительные заболевания
серозной оболочки сердца.

ЭТИОЛОГИЯ

Инфекционные:

Вирусная, Бактериальная, Грибковая и др.

Неинфекционные:

1. Аллергические заболевания

2. ДБСТ (СКВ, РА и др.)

3. Инфаркт миокарда (при синдроме Дресслера)

4. Заболевания с выраженным нарушением обмена веществ (гипотиреоз, уремия, подагра, амилоидоз и др.)

5. Травма грудной клетки

6. Ионизирующая радиация, рентгенотерапия

7. Злокачественные опухоли (метастатическое поражение, первичные опухоли перикарда)

8. Гемобластозы

Классификация перикардитов

I. Острый (менее 6 недель от начала заболевания):

II. Подострый (от 6 недель до 6 месяцев):

III. Хронические перикардиты (более 6 месяцев):

Сухой (фибринозный) перикардит - отсутствие

в полости перикарда воспалительного выпота.

В большинстве случаев заканчивается выздоровлением.

2. Выпотной (экссудативный) перикардит

распространенный воспалительным процесс и наличие

в полости перикарда экссудата (серозного, серозно-

фибринозного, гнойного, геморрагического).

3. Адгезивный (слипчивый) перикардит наличие соединительнотканых спаек между листками перикарда, разрастании грануляционной ткани, которая затем замещается соединительноткаными волокнами.

4. Констриктивный (сдавливающий) перикардит наличие спаек между листками перикарда, и полной или частичной облитерацией полости перикарда, что приводит к выраженному сдавлению сердца.

5. “Панцирное сердце” — это вариант сдавливающего перикардита, при котором происходит обызвествление перикарда, который превращается в ригидный, плотный, малоподвижный мешок (панцирь), окружающий сердце.

КЛИНИКА СУХОГО ПЕРИКАРДИТА

Боли в области сердца

1. постоянная, длительная и однообразная;
2. усиливается в положении лежа на спине и ослабевают в вертикальном положении;
3. усиление при глубоком вдохе и кашле);
4. отсутствие купирующего эффекта нитроглицерина.

Осмотр

Ортопноэ, поверхностное частое дыхание.

Аускультация

1. Шум выслушивается в зоне абсолютной тупости сердца и никуда не проводится.
2. Шум непостоянен и может меняться в течение суток .
3. Шум трения перикарда

Артериальный пульс и АД практически не изменяются.

Лабораторные данные неспецифичны.

Возможен лейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево, увеличение СОЭ, повышение содержания серомукоида, С-реактивного протеина, гипергаммаглобулинемия и т.д.

ЭКГ: конкордантный (однонаправленный) подъем сегмента RS–T во многих ЭКГ–отведениях; отсутствие патологического зубца Q; инверсия зубца T во многих отведениях; значительное снижение вольтажа ЭКГ (при появлении экссудата в полости перикарда)

Экссудативный перикардит

Жалобы

Воспалительного синдрома - лихорадка, ознобы, симптомы интоксикации.

Боли в области сердца или ощущение тяжести.

В редких случаях *связанные со сдавлением близлежащих органов*: трахеи (“лающий” кашель); пищевода (нарушение проглатывания пищи — дисфагия); легких (одышка);

возвратного гортанного нерва (осиплость голоса) и т.п.

Осмотр - ортопноэ, верхушечный толчок ослаблен или не пальпируется.

Границы сердца расширены во все стороны, над всей поверхностью сердца *абсолютно тупой перкуторный звук*.

Аускультация – в начальных стадиях шум трения перикарда.

Рентген исследование увеличение тени сердца, сглаживание сердечного контура, исчезновение “тали” сердца.

ЭхоКГ- выпот в полости перикарда

Принципы лечения

госпитализация и наблюдение

(АД, ЦВД, ЧСС, ЭхоКГ, контроль за гемодинамическими показателями);

2. ограничение физической активности, постельный режим;

3. назначение НПВС;

4. назначение ГКС при интенсивном болевом синдроме (сухой перикардит), аллергических и аутоиммунных перикардитах, на фоне ДБСТ;

5. назначение антибиотиков при гнойных перикардитах и перикардитах, развившихся на фоне выраженной бактериальной инфекции (сепсис, пневмония и т.д.).

6. При *гнойном экссудативном перикардите* = перикардиоцентез с максимальным удалением экссудата, промыванием полости и повторным введением антибиотиков в полость перикарда (через катетер).

7. При *тампонаде сердца* показан экстренный (по жизненным показаниям) перикардиоцентез с удалением экссудата.

Электрокардиограмма при остром перикардите

