

Кафедра
ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СПбГУ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИКАРДА

*(лекция для студентов 5 курса медицинского
Факультета СПбГУ)*

ЛЕКТОР: профессор ФИЛИППОВ Александр Евгеньевич

**Санкт-Петербург
2017-2018 учебный год**

ПЕРИКАРДИТЫ

Перикардит — это фибринозное, серозное, гнойное или геморрагическое воспаление висцерального и париетального листков перикарда.

Частота перикардитов на аутопсии от 2 до 12% случаев.

В клинике перикардиты диагностируются значительно реже и составляют 0,1%.

Этиологическая классификация болезней перикарда (МКБ-10: I30 –I32)

I. Воспалительные заболевания сердечной сорочки (перикардиты)

II. Накопление в околосердечной сумке содержимого невоспалительного происхождения

III. Ранения и инородные тела перикарда

IV. Опухоли перикарда

V. Пороки развития околосердечной сумки

VI. Паразитарные заболевания сердечной сорочки.

Этиологическая классификация болезней перикарда

I. Воспалительные заболевания сердечной сорочки (перикардиты)

A. Перикардиты, вызываемые воздействием на организм инфекционного возбудителя.

1. Бактериальные перикардиты:
 - а) «неспецифические» — кокковые и др. микробные, при ранениях и травмах;
 - б) специфические при инфекционных заболеваниях (брюшнотифозный, дизентерийный, холерный, бруцеллезный, сибиреязвенный, чумной, туляремийный, возвратнотифозный, сифилитический и т. д.).
2. Туберкулезный перикардит.
3. Ревматический перикардит.
4. Вирусные и риккетсиозные перикардиты (грипп, вирус Коксаки, инфекционный мононуклеоз и др.).
5. Перикардиты, вызванные простейшими (амебный, малярийный).
6. Грибковые перикардиты (актиномикоз, кандидоз и др.).
7. «Идиопатические» перикардиты (случаи с неуточненной этиологией).

Этиологическая классификация болезней перикарда

I. Воспалительные заболевания сердечной сорочки (перикардиты)

Б. Асептические перикардиты.

1. Аллергические перикардиты.
2. Перикардиты при коллагенозах: на почве системной красной волчанки; ревматоидный; при системной склеродермии.
3. Перикардиты, вследствие непосредственного повреждения: травматический, эпистенокардический.
4. Аутоиммунные (альтерогенные) перикардиты: постинфарктный, посткомиссуротомный, постперикардотомный, посттравматический.
5. Перикардиты при заболеваниях крови и геморрагических диатезах.
6. Перикардиты при злокачественных опухолях.
7. Перикардиты при болезнях с глубокими обменными нарушениями (уремический, подагрический).
8. Редкие формы (при лучевой болезни и местном облучении; при лечении АКТГ и стероидами).

Перикардиты по клиническому течению

А. Острые формы

Б. Хронические формы

В. Диссеминация воспалительных гранулем («жемчужница»).

Перикардиты

А. Острые формы

- 1. Сухой, или фибринозный
- 2. Выпотной, или экссудативный
(Серозно-фибринозный и геморрагический):
 - а) с тампонадой сердца
 - б) без тампонады сердца
- 3. Гнойный и гнилостный

Перикардиты

Б. Хронические формы

- 1. Выпотной
- 2. Экссудативно-адгезивный
- 3. Адгезивный:
 - а) «бессимптомный»
 - б) с функциональными нарушениями сердечной деятельности
 - в) с отложением извести (панцирное сердце)
 - г) с экстраперикардальными сращениями
 - д) констриктивный перикардит: начальная стадия, выраженная стадия, дистрофическая стадия

КЛИНИКА ПЕРИКАРДИТОВ

Острый выпотной перикардит

Варианты клинического течения: ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

А) С предшествующей стадией сухого перикардита:

- **болевым синдромом** (тупой, давящий характер, иногда - очень сильные, стереотипность характера боли // зависимость от дыхания, движений, перемены положения тела, усиление при давлении на грудную клетку) // **Боль имитирует синдром острого живота, расслаивание аорты и ИМ, длительная** (от нескольких часов до нескольких суток)

- **шум трения перикарда** [в классическом виде - грубый, жесткий, высокочастотный двухкомпонентный или трехкомпонентный шум] [ритм паровоза (ш - ш - ш ——— ш - ш - ш ———)] [«умирает там же, где возникает»] [усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку]

КЛИНИКА ПЕРИКАРДИТОВ

Острый выпотной перикардит

Варианты клинического течения: ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Б) С нарастающей тампонадой сердца (количество экссудата, быстрота его накопления ⇒ степень выраженности тампонады): **нарастающая одышка, боли в грудной клетке, бледность**, к которой постепенно присоединяются **акроцианоз, отечность лица и шеи**, в тяжелых случаях — даже плеч и рук, чаще — левой (из-за сдавления верхней полой вены), **набухание шейных вен и отсутствие их пульсации, асцит (отеки ног и поясницы)** вследствие сдавления печеночных вен.

- **тахикардия, парадоксальный пульс**: исчезает на высоте вдоха, а при выдохе выравнивается
- **артериальная гипотония** (падение АД на вдохе на 12—15 мм рт. ст. и более свидетельствует о серьезных нарушениях гемодинамики и требует экстренного вмешательства)
- **приступы слабости**, (иногда - потери сознания)
- **выбухание грудной клетки** в прекардиальной области при больших выпотах (межреберные промежутки сглажены, поверхностные ткани отечны)
- **верхушечный толчок ослаблен и смещен** к срединно-ключичной линии в III-IV межреберьях
- перкуторно **тупость над областью сердца расширена в обе стороны** и интенсивна.

КЛИНИКА ПЕРИКАРДИТОВ

Острый выпотной перикардит

Варианты клинического течения: ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Б) С нарастающей тампонадой сердца

- **симптом Эдлефсена** - сокращение относительной сердечной тупости (полное ее исчезновение)
- **симптом Винтера** – верхняя половина живота не участвует в дыхании
- **симптом Эварта—Оппольцера** - ателектаз нижней доли левого легкого из-за механического давления экссудатом, расположенным сзади от сердца (эти изменения могут пройти при значительном наклоне тела вперед, когда легкие расправляются)
- **симптом Брейтмана** - своеобразная поза для облегчения одышки (больной сидит с наклоненным вперед туловищем и лбом опирается на подушку) (разгрузка бассейна верхней поллой вены)



КЛИНИКА ПЕРИКАРДИТОВ

Острый выпотной перикардит

Варианты клинического течения: ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Б) С нарастающей тампонадой сердца

- **значительное ослабление звучности тонов**
(миогенная дилатация, или выпот)

- **симптом Герке** – появление боли в прекардиальной области при запрокидывании головы назад

- **симптом Потэна** - шум трения перикарда становится более сильным на вдохе

- **дисфагия** (из-за сдавления пищевода)

- **лающий сухой кашель, афония, икота, тошнота, рвота** (сдавление трахеи и возвратного нерва, а также рефлекторное раздражение диафрагмального и блуждающего нервов)

КЛИНИКА ПЕРИКАРДИТОВ

Острый выпотной перикардит ⇒ тампонада сердца

Клиническая картина:

острая тампонада ↓↓↓↓↓↓	хроническая тампонада ↓↓↓↓↓↓
<ul style="list-style-type: none">- набухание шейных вен,- тахикардия,- тахипноэ,- возбуждение,- спутанность сознания,- глухие сердечные тоны.- на ранних стадиях АДсис > 100 мм рт. ст., конечности остаются теплыми, диурез нормальный ⇒ снижается АД, нарушается перфузия внутренних органов ⇒ развивается шок.	<ul style="list-style-type: none">- одышка,- снижение веса,- слабость,- Анорексия <p><i>Падение АДсис на вдохе на 12—15 мм рт. ст. и более свидетельствует о серьезных нарушениях гемодинамики и требует экстренного вмешательства</i></p>

Появление артериальной гипотонии свидетельствует об истощении сердечного резерва и требует немедленного вмешательства

КЛИНИКА ПЕРИКАРДИТОВ

При сохранении выпота более 6 нед можно говорить о хроническом выпотном перикардите.

Длительно существующие экссудаты часто вызывают развитие констриктивного перикардита

Дифференциальная диагностика с невоспалительными выпотами в полость перикарда.

Гидроперикард - развивается при СН, микседеме, хилоперикарде (накопление лимфы в полости перикарда при ранении лимфатического протока, новообразованиях, когда возникает связь между лимфатическим протоком и полостью перикарда).

Гемоперикард - накопление крови в полости перикарда

КЛИНИКА ПЕРИКАРДИТОВ

Окончательный диагноз невоспалительного выпота в полости перикарда возможен после пункции.

При гидроперикарде относительная плотность выпота меньше 1018, содержание белка менее 3 %, проба Ривальта отрицательная.

Микседемный выпот обычно желтовато-лимонного цвета, имеет „слизистый“ характер, проба Ривальта отрицательная, но белка может быть больше 3 %.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ПЕРИКАРДА

1.КЛИНИЧЕСКИЕ (БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА, ОДЫШКА, ПОВЫШЕНИЕ
ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА, СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ
ВЕНЫ, РАСШИРЕНИЕ ПЕРКУТОРНЫХ ГРАНИЦ СЕРДЦА, ГЛУХОСТЬ ТОНОВ, НАЛИЧИЕ
ШУМОВ)

2.ЛАБОРАТОРНЫЕ

3.ЭКГ

4.ЛУЧЕВЫЕ (рентгенологические, ультразвуковые,
магнитный резонанс)

5.МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ

6.ДИАГНОСТИКА ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДИАГНОСТИКА ПЕРИКАРДИТОВ

Инструментальная диагностика острого выпотного перикардита

- ЭКГ: снижается вольтаж всех зубцов, наблюдаются деформация зубца Т. Вначале возможен кратковременный период подъема сегмента ST вверх корытообразно (конкордантно во всех стандартных отведениях)

4 стадии по Hoizmann (1936):

I стадия — подъем интервала ST над изоэлектрической линией (без реципрокной депрессии в других отведениях и без патологических зубцов Q);

II стадия — подъем интервала ST нивелируется, снижается зубец Т (сегмент ST возвращается к изолинии раньше, чем зубец Т становится отрицательным);

III стадия — зубец Т в тех отведениях, в которых наблюдался подъем ST, становится отрицательным и положительным в тех отведениях, в которых интервал ST снижался;

IV стадия — восстановление нормальной ЭКГ.

ЭКГ при остром перикардите

Повышение сегмента <i>ST</i>	Изменения в отведениях ЭКГ	Эволюция STиТ	Снижение сегмента <i>PR</i>
ПЕРИКАРДИТ			
Вогнутостью вверх	Изменения во всех отведениях, кроме <i>aVR</i> и <i>V₁</i> ,	<i>ST</i> смещен вверх в течение нескольких дней; затем возвращается к изолинии, инверсия зубцов <i>T</i>	В большинстве случаев
ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА			
Выпуклостью вверх	Смещение сегмента <i>ST</i> только над зоной инфаркта; реципрокная депрессия сегмента <i>ST</i> в дискордантных отведениях	Зубцы <i>T</i> инвертированы в течение часов, когда сегмент <i>ST</i> еще повышен, за этим следует развитие зубца <i>Q</i>	Нет

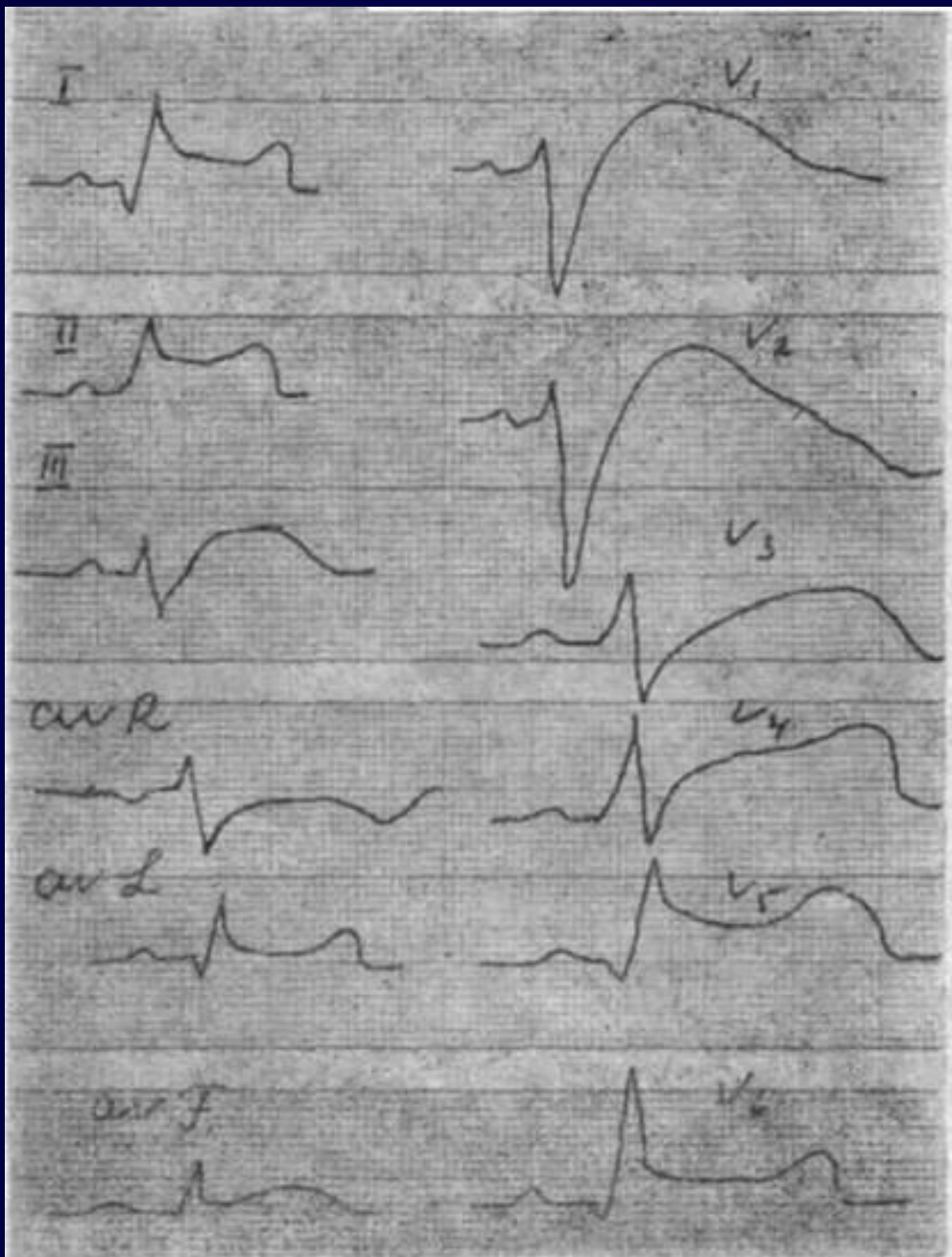
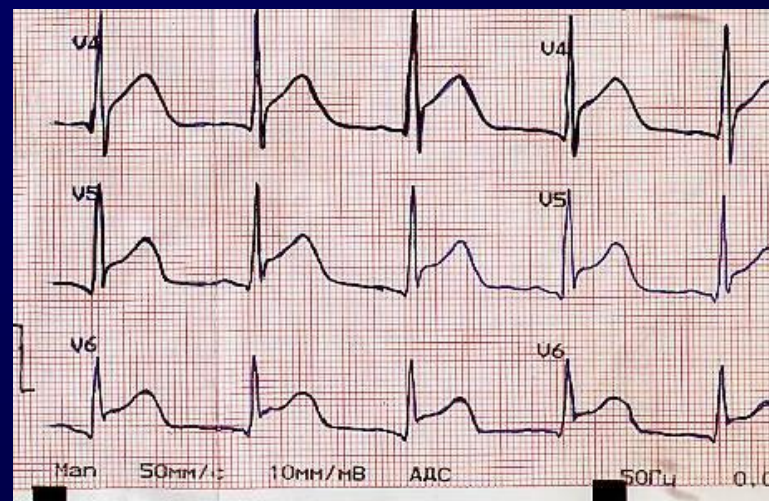
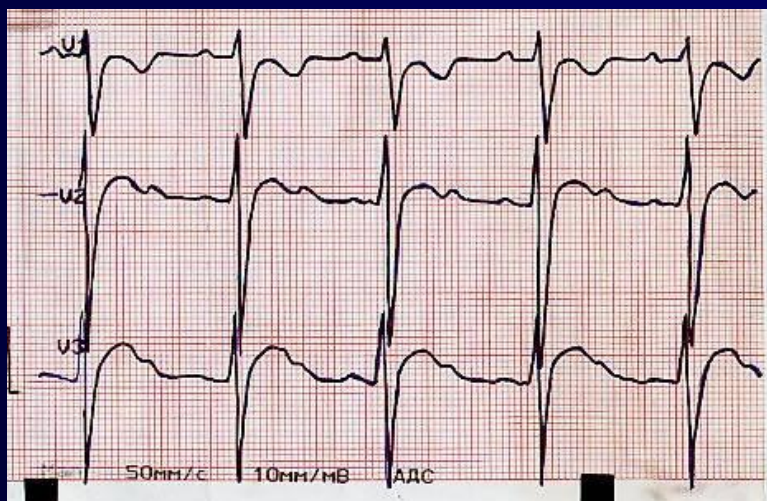
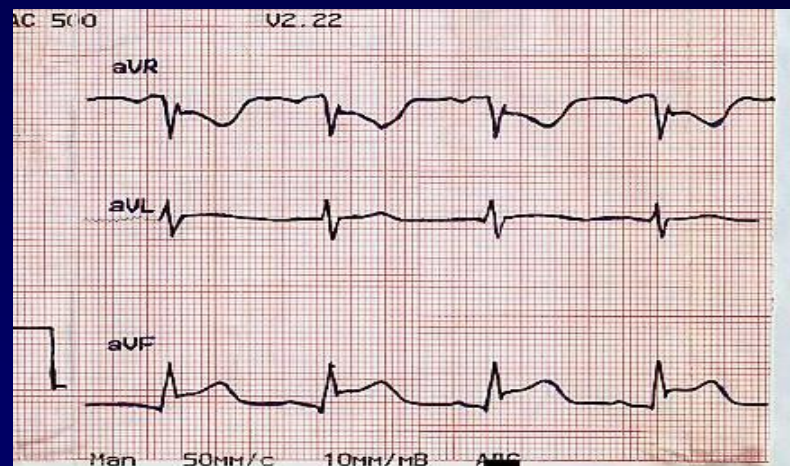
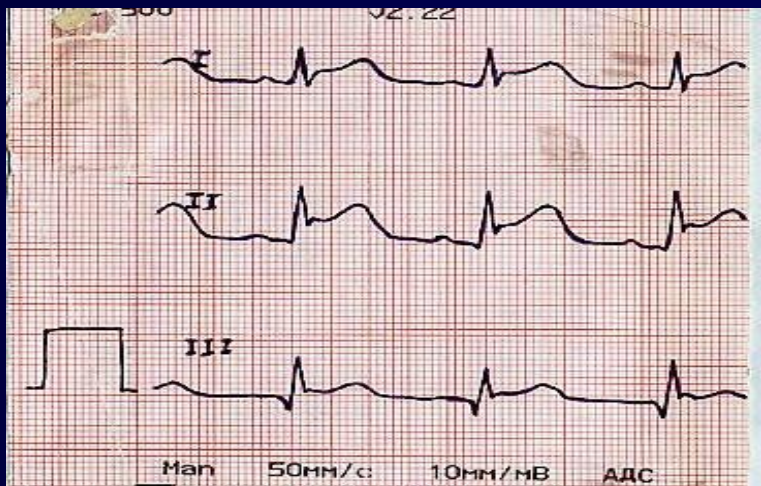
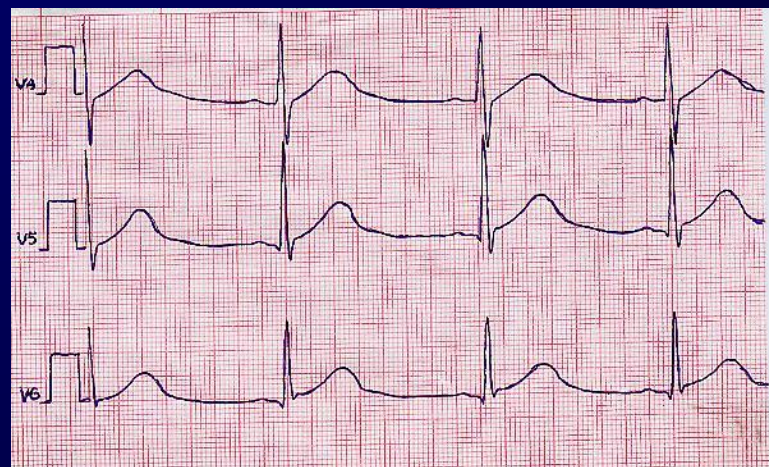
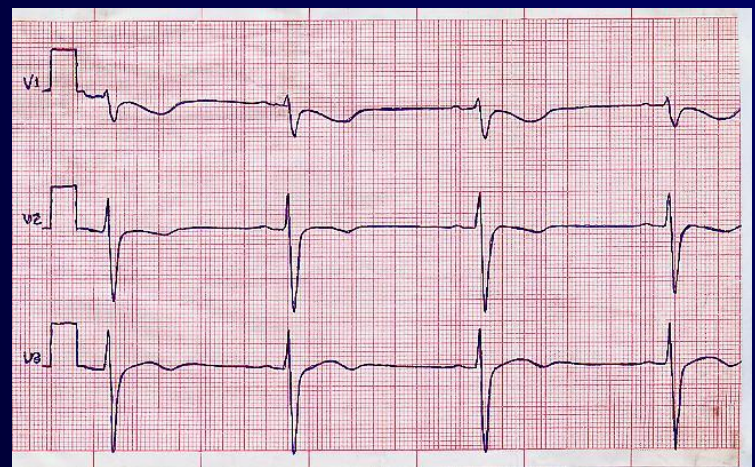
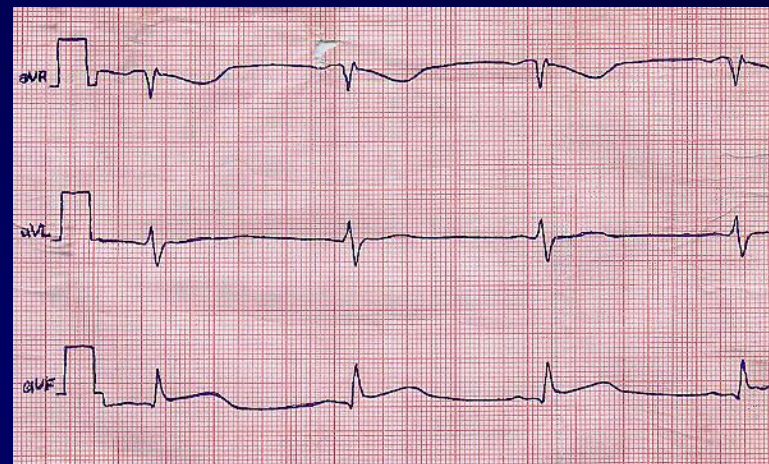
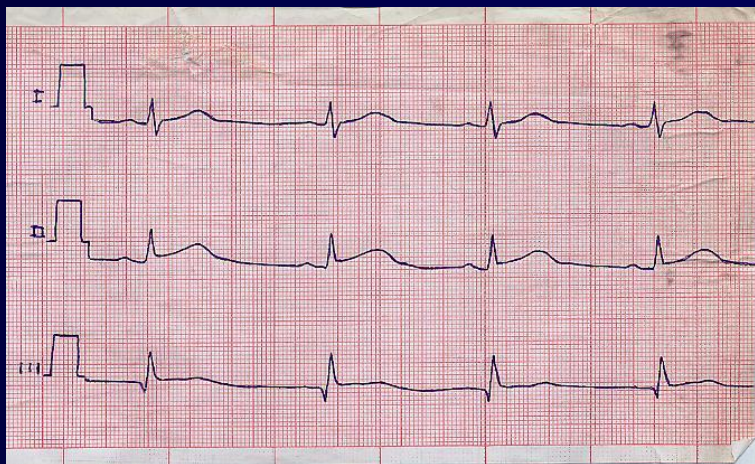


Рис. 71. Острая стадия перикардита. В I, avL, V₁—V₆ подъем сегмента ST с переходом в положительный зубец T

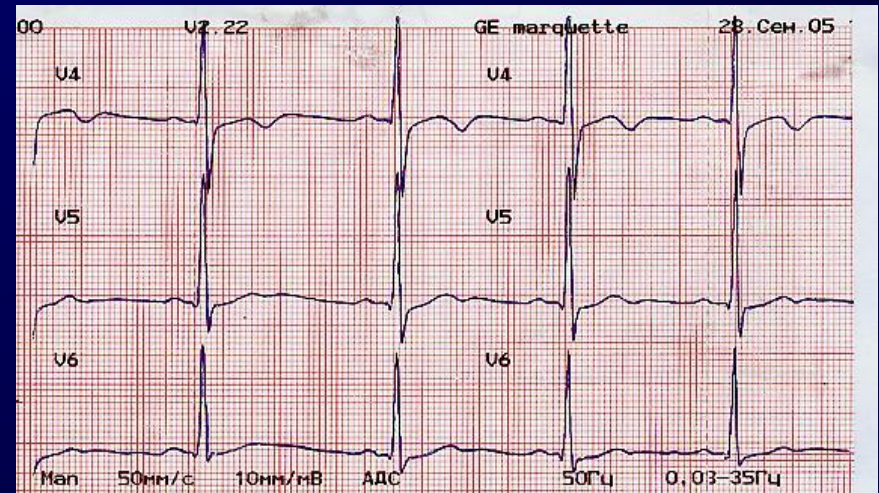
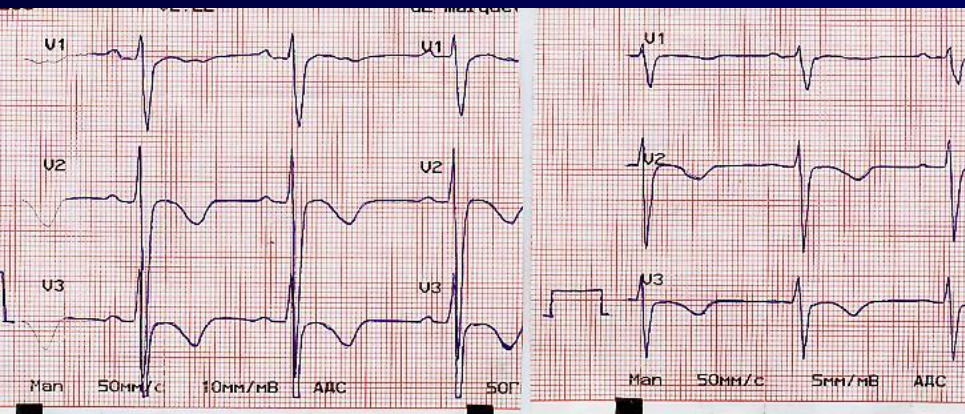
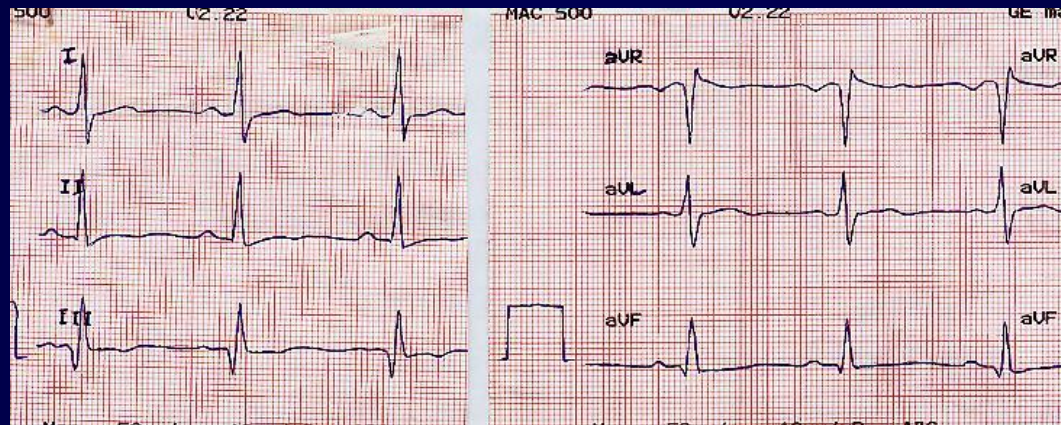
ЭКГ П. от 9.09.05г



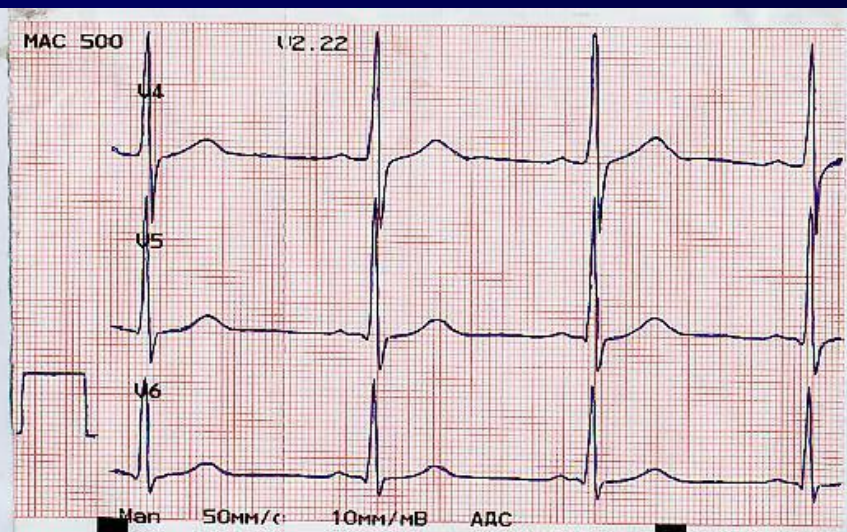
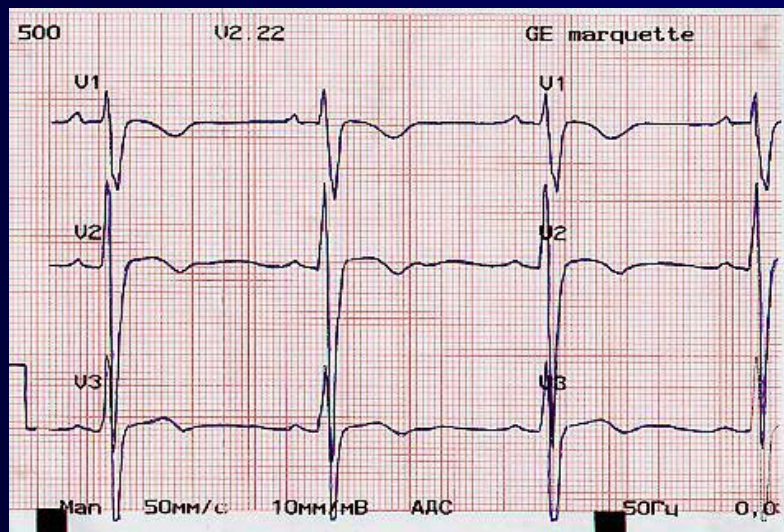
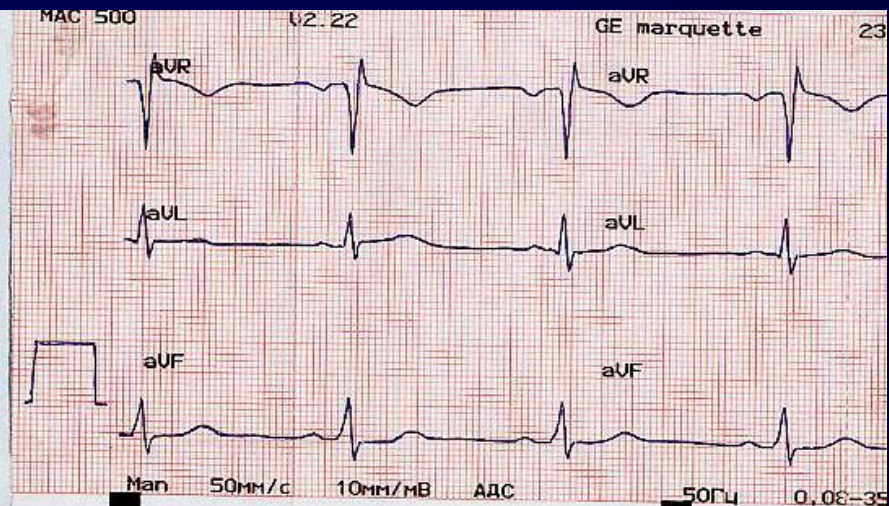
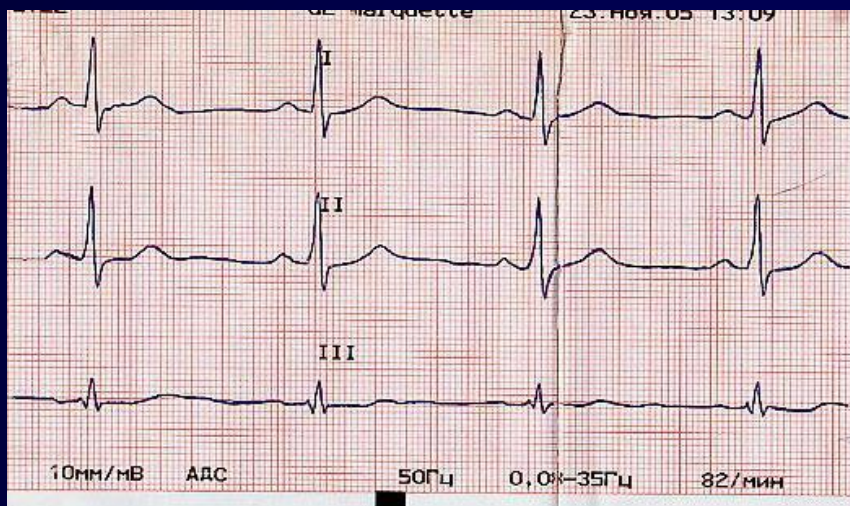
ЭКГ П. от 14.09.05г.



ЭКГ П. от 28.09.05г.



ЭКГ П. от 23.11.05г.



ДИАГНОСТИКА ПЕРИКАРДИТОВ

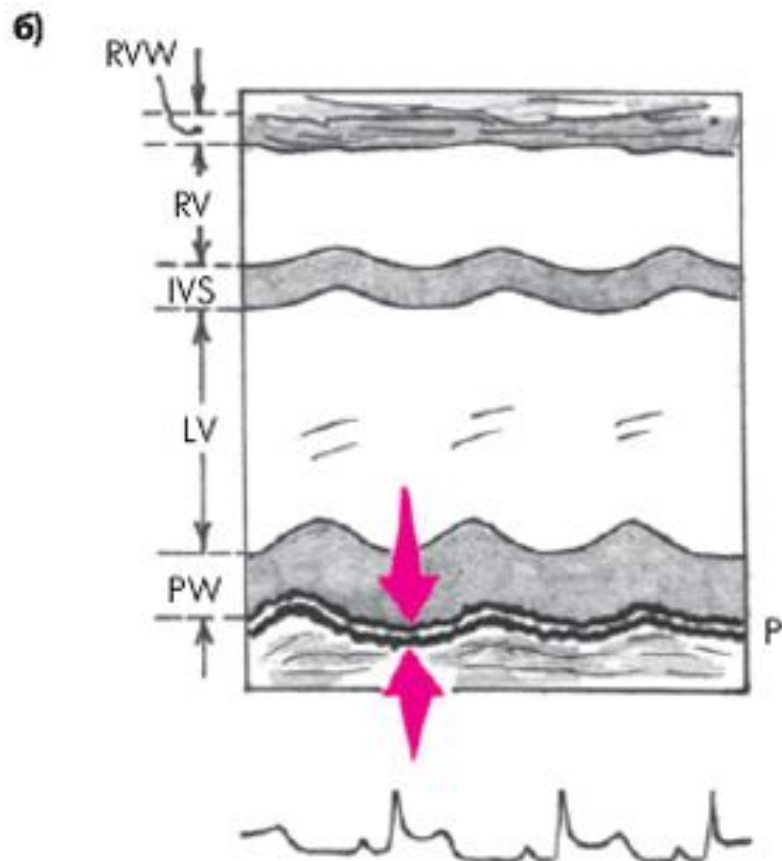
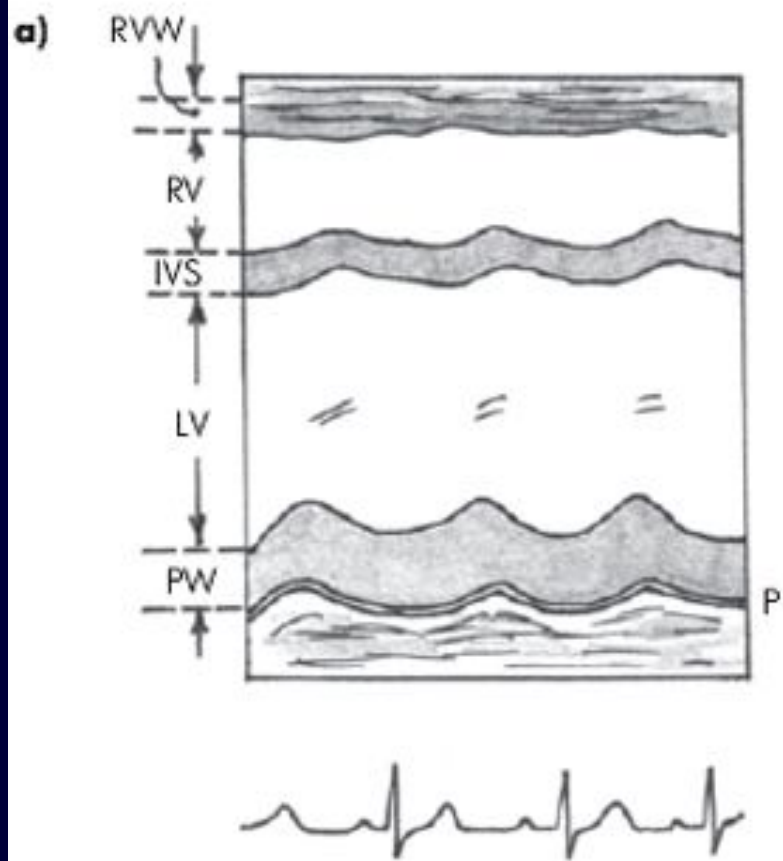
Инструментальная диагностика острого выпотного перикардита

- ✓ - увеличение сердечной тени (похожа на форму напряженного мешка с выбухающими округлыми контурами и близка к шаровидной) **при рентгенографии** (псевдомитральная) (150-500 мл).
- ✓ - отклонение кзади пищевода **при контрастировании** его барием и уменьшение ретростернального пространства
- ✓ - ослабление пульсации контура сердечной тени **при рентгенокимографии**
- ✓ - выпот в перикарде **при эхокардиографии**
- ✓ - **при катетеризации** - значительно повышено венозное давление

Экссудативный перикардит
(рентгенограмма и рентгенокимограмма)

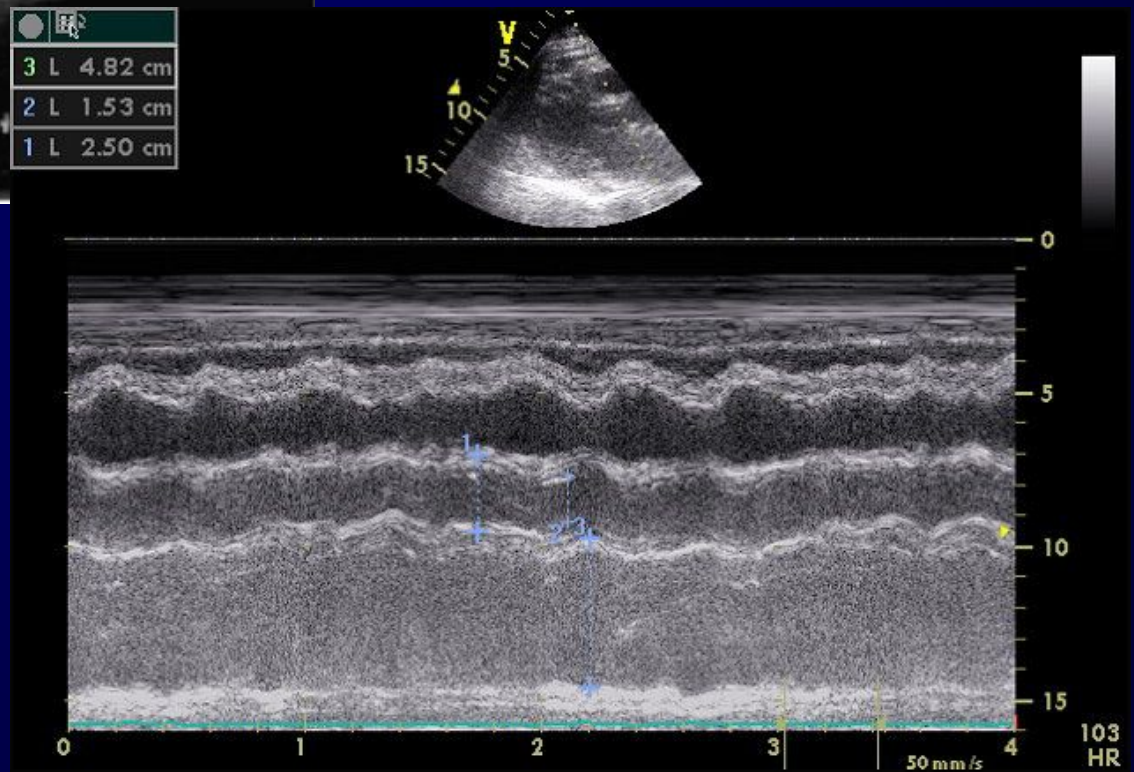


**Шаровидная конфигурация силуэта
сердечно-сосудистой тени**





●	1	2.50 cm
●	2	1.53 cm
●	3	4.82 cm





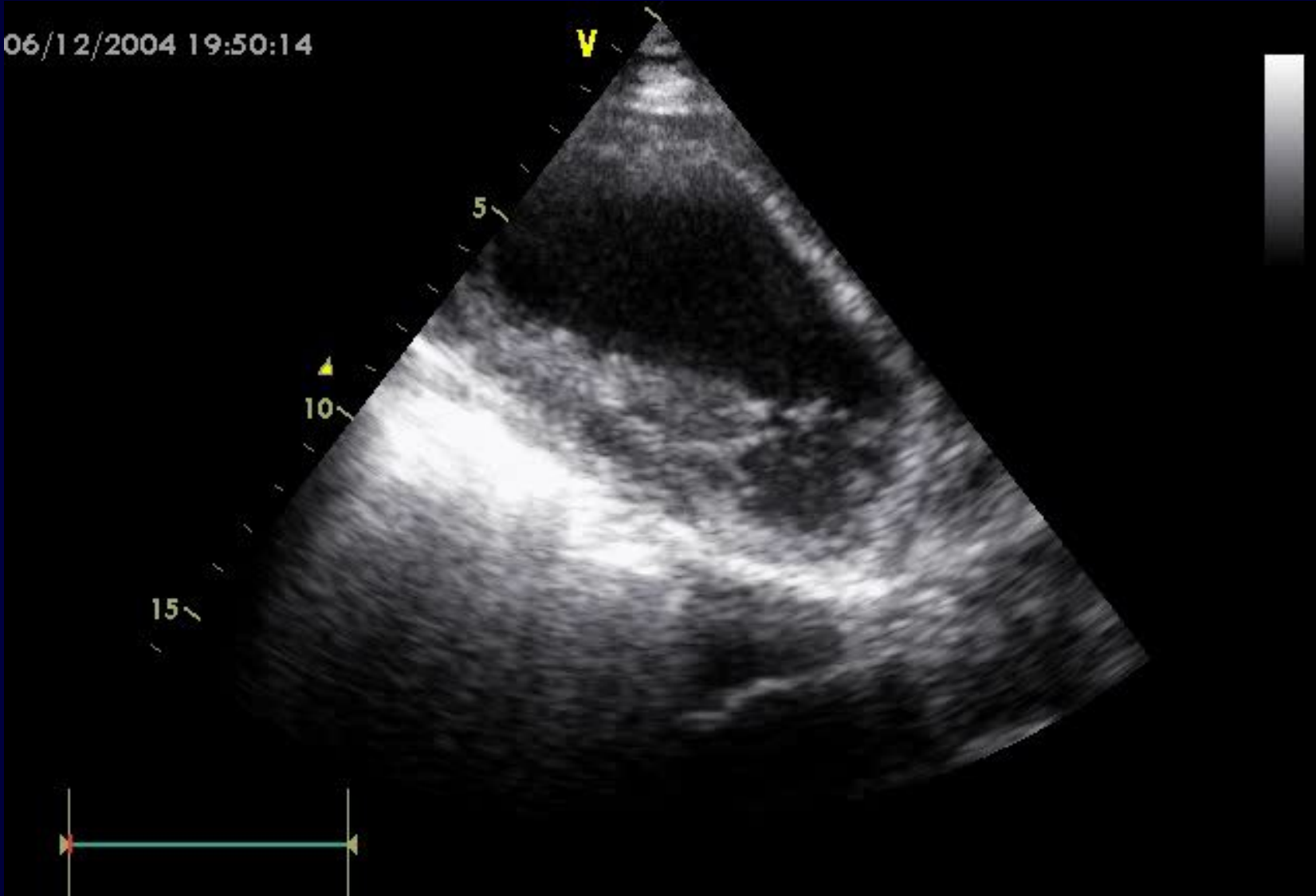
06/12/2004 19:50:14

V

5

10

15

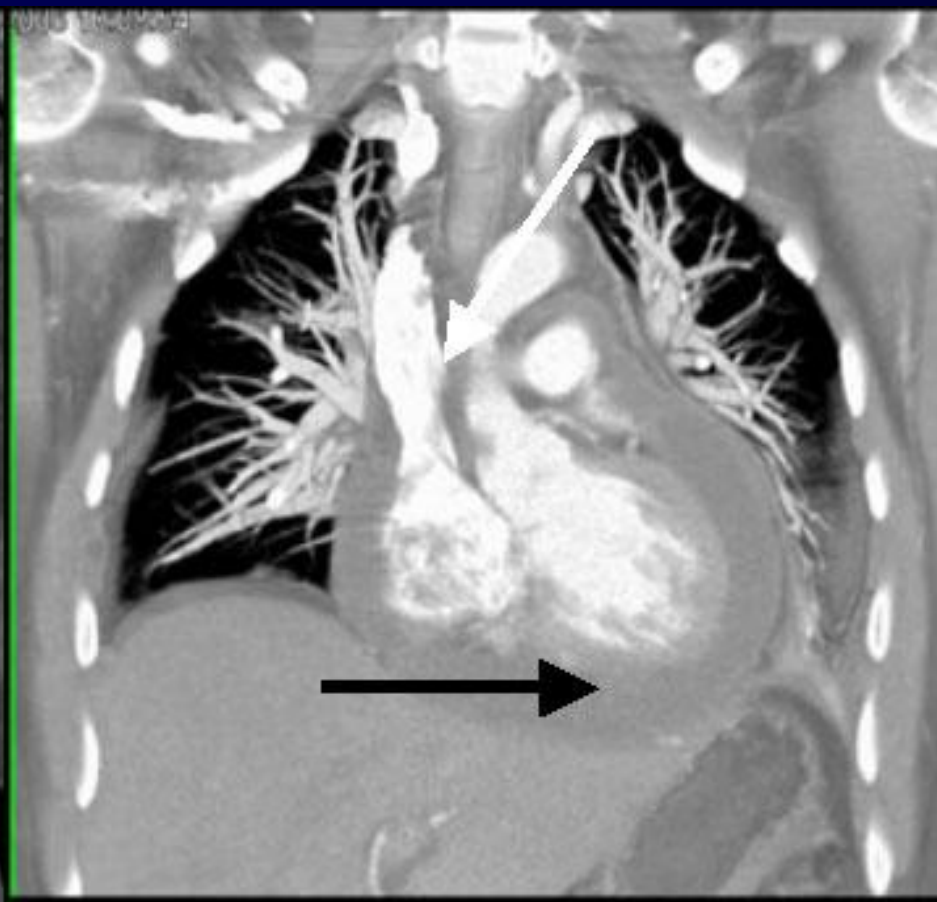


ДИАГНОСТИКА ПЕРИКАРДИТОВ

Инструментальная диагностика острого выпотного перикардита

- **радиоизотопная диагностика и КТ** выявляют минимальные количества жидкости (10 мл), определяют характер содержимого, уплотнения и обызвествления перикарда, наличие спаек
- диагностическое и лечебное значение имеют **пункция перикарда и исследование полученного экссудата**
- определение его характера (серозно-фибринозный, геморрагический, гнойный, гнилостный), цитологического, бактериологического и биохимического исследований [относительная плотность экссудата > 1018 , содержание белка $> 3 \%$, проба Ривальта положительная]

ДИАГНОСТИКА ПЕРИКАРДИТОВ



ДИАГНОСТИКА ПЕРИКАРДИТОВ

Лабораторная диагностика острого выпотного перикардита

-изменения лабораторных тестов:

(зависят от причины перикардита);

как правило - ↑Лц, СОЭ

[рекомендованы: кожная туберкулиновая проба, посев крови (при инфекционном эндокардите), вирусологические исследования, тесты на антитела к ВИЧ, серологические исследования на грибы, антинуклеарные антитела, РФ и СОЭ (при системной красной волчанке, ревматоидном артрите), титр АСЛ-О (при ревматизме), холододовые агглютинины (при микоплазменной инфекции), гетерофильные антитела (при мононуклеозе), уровень гормонов щитовидной железы (при гипотиреозе), креатинина сыворотки и АМК (при уремии) \\ при сопутствующем миокардите **может повышаться активность сердечных изоферментов]**

ТУБЕРКУЛЕЗ

I. Рентгенологическое обследование легких, компьютерная томография

II. Обследование мокроты, обнаружение антител к туберкулезу, посевы

III. Проба Манту

IV. Осмотр фтизиатра

РЕВМАТИЗМ

I. Посев на наличие В-гемолитического стрептококка группы А

II. Антистрептолизин О

III. HLA В 27

IV. Диагностические критерии диагностики ревматизма: полиартрит (+ положительная проба на лечение аспирином), полисерозит, панкардит (перикардит, миокардит, эндокардит), хорея, ревматические узелки, кольцевидная эритема, лихорадка, лабораторные признаки воспаления

АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*I. Антинуклеарные антитела,
Антинуклеарный фактор на HEp-2 клетках,
Ревматоидный фактор и пр.*

II. HLA B 27

*III. Другие клинические признаки
аутоиммунного заболевания: полиартрит,
полисерозит, аутоиммунный гепатит,
нефрит, перикардит (перикардит, миокардит,
эндокардит), кожные проявления, лихорадка,
лабораторные признаки воспаления*

УРЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИКАРДИТ

- I. Увеличение креатинина и мочевины*
- II. Гиперкалиемия – показания к гемодиализу*
- III. Нефрогенная гипертензия*
- IV. УЗИ- обследование почек (поликистоз, первично- и вторично- сморщенные почки)*

Констриктивный перикардит

Этиология: Обычно является следствием:

- хронического туберкулезного перикардита,
- острого идиопатического или вирусного
- гнойных перикардитов,
- ранений области сердца или операций на сердце,
- ревматического перикардита,
- бактериальных инфекций,
- лучевых поражений.

Патофизиология: Острый экссудативный перикардит ⇒ организация и рассасывание выпота ⇒ образование фиброзных спаек ⇒ кальциноз и утолщение листков перикарда ⇒ облитерация полости перикарда ⇒ слипание листков перикарда препятствует диастолическому наполнению сердца ⇒ повышается ЦВД и уменьшается УО.

Клиническая картина: синдром «малого тихого сердца»

Рекомендации рабочей группы ЕОК

Оценочные критерии	Диагностические признаки
Клинические проявления	Тяжелый хронический системный венозный застой, ассоциированный со сниженным сердечным выбросом, со следующими проявлениями: набухание шейных вен, гипотензия, снижение пульсового давления, увеличение живота, отеки, уменьшение объема мышц
ЭКГ	Может оставаться нормальной, или наблюдаться сниженный вольтаж QRS, генерализованная инверсия/уплощение зубца T, фибрилляция предсердий, атриовентрикулярная блокада, нарушения внутрижелудочковой проводимости, иногда – псевдоинфарктный тип
Рентгенография органов грудной клетки	Кальцификация перикарда, выпот в плевру
М- и В-эхокардиография	Утолщение и кальцификация перикарда, непрямые признаки констрикции: увеличение предсердий при отсутствии изменений желудочков и с нормальной систолической функцией; раннее патологическое движение межжелудочковой перегородки (феномен «падение – плато»); отсутствие увеличения диаметра левого желудочка после ранней фазы быстрого наполнения; дилатация нижней полой вены и печеночных вен с ограниченными дыхательными колебаниями
Допплерэхо-кардиография	Ограничения наполнения обоих желудочков с дыхательными колебаниями потока на атриовентрикулярных клапанах около 25%
Чрезпищеводная эхокардиография	Измерение толщины перикарда
Катетеризация сердца	Кривая давления в правом и/или левом желудочках типа «падение – плато» или «квадратный корень»; выравнивание величин конечно-диастолического давления в левом и правом желудочках в диапазоне 5 мм рт.ст. или меньше
Ангиография желудочков сердца	Уменьшение размеров желудочков и увеличение размеров предсердий; во время диастолы – быстрое раннее наполнение с остановкой дальнейшего увеличения («падение – плато»)
Компьютерная томография/МРТ	Утолщение и/или кальцификация перикарда, трубкоподобная конфигурация одного или обоих желудочков, сужение одной или обоих атриовентрикулярных борозд, застой в полых венах, увеличение одного или обоих предсердий

Диагностический подход к больному с бессимптомным выпотом в перикард неизвестной этиологии

Если изучение анамнеза и физикальное обследование не определяют этиологию, прояснить диагноз могут следующие исследования:

- ❑ Кожные пробы и культуральное исследование на туберкулез.
- ❑ Определение альбумина в сыворотке и белка в моче (нефротический синдром).
- ❑ Креатинин сыворотки и уровень мочевины в крови (почечная недостаточность).
- ❑ Исследование функции щитовидной железы (микседема).
- ❑ Антинуклеарные антитела (СКВ и другие ДБСТ).
- ❑ Поиск первичной опухоли (особенно легкого и молочной железы).

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИКАРДИТОВ

Общие принципы лечения перикардитов

- При впервые выявленном перикардите - **госпитализация и постельный режим** для исключения ИМ, гнойного перикардита и тампонады сердца (вероятность — 15%).
- При боли: **аспирин**, 650 мг внутрь каждые 3—4 ч, и **индометацин**, 25—50 мг внутрь каждые 6 ч. При необходимости дополнительно - морфин, 2—15 мг в/м или в/в каждые 4—6 ч.
- При длительной (более 48—72 ч) или очень сильной боли - **кортикостероиды** (например преднизон, 60—80 мг/сут в несколько приемов). [Обычно терапию высокими дозами препаратов проводят в течение 5—7 сут, затем дозы уменьшают]
- Из-за риска кровотечения в полость перикарда и тампонады **антикоагулянты не назначают.**

Лечение перикардитов

I. Этиотропная терапия

1. Антибиотики (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, ванкомицин, макролиды; при ТБ –рифампицин, изониазид)

2. ВВИГ от 1.5-2.5 г/кг на курс в течение 2-5 дней

при цитомегаловирусных перикардитах – до 4 г/кг

3. Препараты рекомбинантных интерферонов

4. Ацикловир (при герпес-вирусных перикардитах)

Лечение перикардитов

II. Противовоспалительная терапия

1. Глюкокортикостероидные гормоны:

системные – 1-2 мг/кг в сутки курс от 2 до 4 недель
пульс-терапия МП 10-30 мг/кг,
внутриперикардальное введение ГКС

2. Нестероидные противовоспалительные препараты:

аспирин – 50-90 мг/кг/сутки (ревм. лихорадка,
болезнь Кавасаки)

диклофенак (вольтарен, ортафен) 2-5 мг/кг/сутки

напроксен 10мг/кг/сутки

нимулид 5 мг/кг/сутки

ибупрофен 300 мг – 1200 мг/сутки

3. Иммунодепрессанты:

колхицин, азатиоприн, циклофосфамид

Лечение перикардитов

III. Симптоматическая терапия

✓ -лечение сердечной недостаточности,

✓ -купирование болевого синдрома,

✓ -купирование аллергических реакций.

Препараты для лечения ХСН с ФВЛЖ < 40 (35%)

Доказавшие способность к снижению смертности и заболеваемости именно при ХСН

Применяемые у всех больных

- иАПФ (I A)
- АРА (IIA A)
При непереносимости иАПФ и НЯ
- β -АБ (I A)
- Ивабрадин (IIA C)
При непереносимости БАБ и синусовом ритме с ЧСС > 70 уд/мин
- АМКР (I A)

Применяемые в определенных клинических ситуациях

- Диуретики (I C)
При застойных явлениях \geq II ФК ХСН
- Сердечные гликозиды
При ФП (I C),
при синусовом ритме (IIA B)
- Ивабрадин (IIA B)
При синусовом ритме и ЧСС > 70 уд/мин
- Ω ПНЖК (IIA B)
при ПИК или ФВ < 35%
- Гепарин или НМГ (IIA A)
При венозных тромбозах
- Оральные антикоагулянты (I A)
при ФП или внутрисердечном тромбозе

Не доказавшие влияния на прогноз при ХСН, улучшающие симптоматику в определенных клинических ситуациях

- Антиаритмики III класса (II B)
Амиодарон (соталол?) при ЖНРС
- БМКК (II B)
(амлодипин, фелодипин) для контроля АД
- В/в железо (IIA B)
При Hb < 12 г/л и дефиците железа
- Статины (при ИБС) (II B A)
(при ишемической этиологии)
- Аспирин (II B)
При ОКС \leq 8 недель и после стентирования
- Цитопротекторы (IIA B)
(триметазидин МВ)
При ишемической этиологии
- ПВД (нитраты \pm гидралазин) (II B B)
- (+) инотропные средства (II B)
Артериальная гипотония, ОДСН

Хирургическое лечение

I. Перикардиоцентез

- Цели:
- удаление максимального количества экссудата;
 - промывание полости при гнойном процессе;
 - введение лекарственных средств.

- Показания:
- нарастание явлений тампонады;
 - отсутствие тенденции к рассасыванию экссудата;
 - подозрение на гнойный процесс;
 - необходимость уточнения природы заболевания.

II. Черезкожная баллонная перикардиотомия (хронические перикардиты)

III. Перикардиектомия

- констриктивный перикардит (синдром гиподиастолии);
- частые тяжелые рецидивы при рецидивирующем перикардите.

Лечение отдельных видов перикардита

Этиология	Лечение	Примечания
Расслаивающая аневризма аорты	Хирургическое	Характерен гемоперикард (как при уремическом, туберкулезном и опухолевом перикардитах)
СКВ Ревматоидный артрит	- НПВС - При тяжелом течении - кортикостероиды. - При резистентности к кортикостероидам – иммунодепрессанты	Необходимо исключить лекарственный волчаночный синдром, вызываемый прокаинамидом, гидралазином, изониазидом

Лечение отдельных видов перикардита

Этиология	Лечение	Примечания
Идиопатический перикардит	Покой, НПВС, Кортикостероиды не назначают	Большинство случаев связано с вирусной инфекцией
Лекарственный перикардит	Отменить препарат, вызвавший перикардит Гормоны ускоряют выздоровление	Вызывают: прокаинамид, гидралазин, изониазид, миноксидил, антрациклины, пенициллины, кромолин

Лечение отдельных видов перикардита

Этиология	Лечение	Примечания
Инфекция бактериальная	<p>- Streptococcus pn: Бензилпенициллин в/в, 10-15 млн/сут в 6 инъекций на 10-14 дн</p> <p>- Staphylococcus aureus: Ванкомицин (15 мг/кг в/в до максимального уровня 25—40 мкг/мл) или – Нафциллин (200 мг/кг/сут в/в, дозу разделяют на 6 инъекций); длительность не менее 14-21 сут</p>	<p>Посев крови и перикардального выпота для определения чувствительности к антибиотикам*</p> <p>Начало острое, с лихорадкой, ознобами, одышкой.</p> <p>Диагностика часто затруднена, поскольку боли в груди и шума трения перикарда может не быть.</p> <p>Необходим перикардиоцентез.</p> <p>У пожилых все чаще выделяют грамотрицательные микроорганизмы.</p> <p>Летальность высокая</p>
Инфекция вирусная	<p>- Покой, - НСПВС, - Тщательное наблюдение. - Кортикостероиды не назначают</p>	<p>Самые частые возбудители перикардита — энтеровирусы, заболевание обычно сопровождается выраженной симптоматикой. Выздоровление, как правило, наступает без лечения, осложнения редки.</p> <p>Рецидивы — в 15% случаев, предотвратить их трудно</p>

Лечение отдельных видов перикардита

Этиология	Лечение	Примечания
После ИМ (синдром Дресслера)	Лечение симптоматическое: <ul style="list-style-type: none">- покой,- аспирин,- анальгетики,- тщательное наблюдение	Может возникнуть через недели и месяцы после ИМ и в дальнейшем рецидивировать. НСПВС назначают в малых дозах, так как они ухудшают заживление инфаркта и повышают риск разрыва стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки
Уремия	<ul style="list-style-type: none">- Диализ;- Если диализ начат ранее, увеличить его интенсивность.- Перикардиоцентез (в отсутствие эффекта от диализа)	Наблюдается в 20% случаев терминальной почечной недостаточности. Боль не характерна; первые проявления — артериальная гипотония во время диализа, острая или хроническая тампонада сердца или признаки констриктивного перикардита. Выпот обычно геморрагический. Перикардиоцентез может вызвать кровотечение

НА КАКИЕ ВОПРОСЫ НАДО ОТВЕТИТЬ ???

Имеется (или нет) неотложное состояние?

Нарастает одышка? Имеется тампонада сердца? Имеется нарушение внутрисердечной и центральной гемодинамики: тахикардия, гипотония, слабость, потеря сознания? Имеются ли признаки сепсиса и инфекционного процесса?

Это острый процесс или хронический?

Какие причины поражения перикарда?

Особое внимание наиболее актуальным поражениям перикарда: туберкулез, ревматизм, опухоль?

Лечебные алгоритмы и их эффективность.