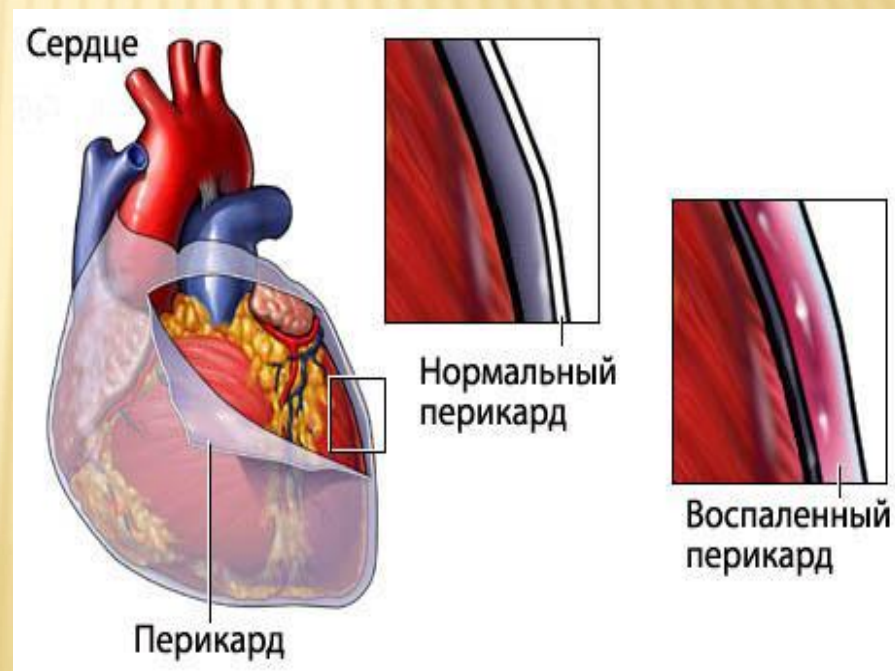
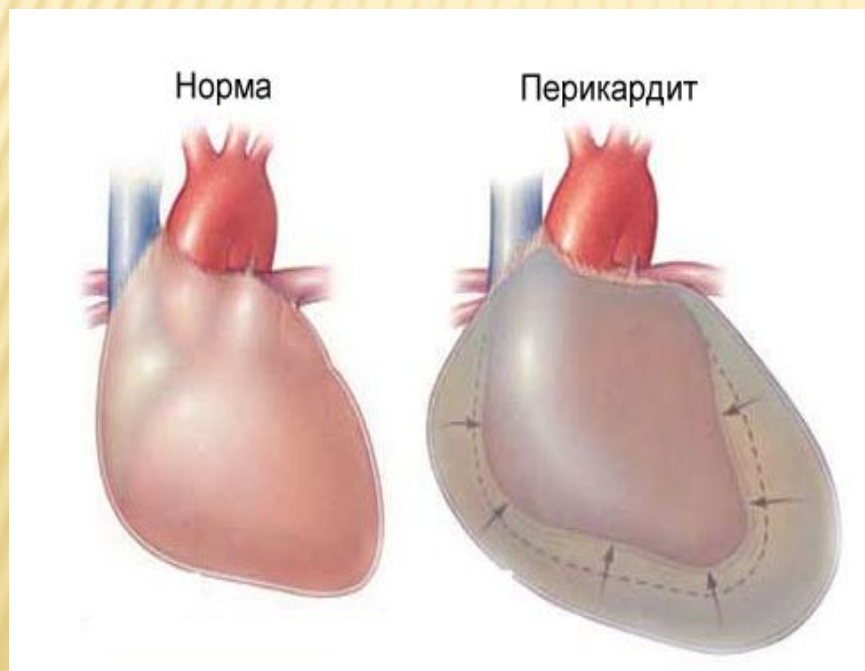


ПЕРИКАРДИ Т

Перикардит-

острое или хроническое воспаление перикардита(околосердечной сумки , наружной оболочки сердца). Различают сухой и экссудативный перикардит.



Этиология

Причиной перикардитов могут быть:

- Туберкулез
- Ревматизм
- Инфекционные заболевания
- Обменные нарушения
- Опухоли
- Травмы

Патогенез

К наиболее изученным механизмам патогенеза перикардитов относятся:

1) Занос инфекционных возбудителей в полость перикарда по лимфатическим узлам и кровеносным сосудам

2) Развитие гиперергического воспаления как результат иммунного ответа на эндо- и экзогенные антигены бактериального и тканевого происхождения

3) Контактное воспаление и прорастание опухолевой ткани из соседних органов

4) Асептическая воспалительная реакция на действие токсических веществ.

Сухой фибринозный перикардит

Наиболее частой причиной развития является ревматизм. Развивается он в детском и юношеском возрасте от 8 до 20 лет. Изменения перикарда чаще локализуется у основания сердца, фибрин откладывается на поверхности перикарда слоем в виде ворсинок, образуя ворсинчатое сердце. Примесь жидкого экссудата невелика. В перикарде обнаруживаются гранулемы Ашофа-Талалаева. Воспалительные изменения могут привести к развитию сращения листков перикарда-слипчивый перикардит.

Фибринозный перикардит



Отчетливо видны нити фибрина

Клиника

Основной и характерной жалобой является боль в области сердца самая различная по характеру. Движения головой кверху, повороты туловища усиливают боль.

При обострении ревматического процесса возникает лихорадка. Шум трения перикарда выслушивается в 3-4 межреберье слева у основания сердца. Рентгенологическое исследование не выявляет характерных изменений. Картина экг нередко напоминает изменения при инфаркте миокарда: появляются смещение ST сегмента вверх.

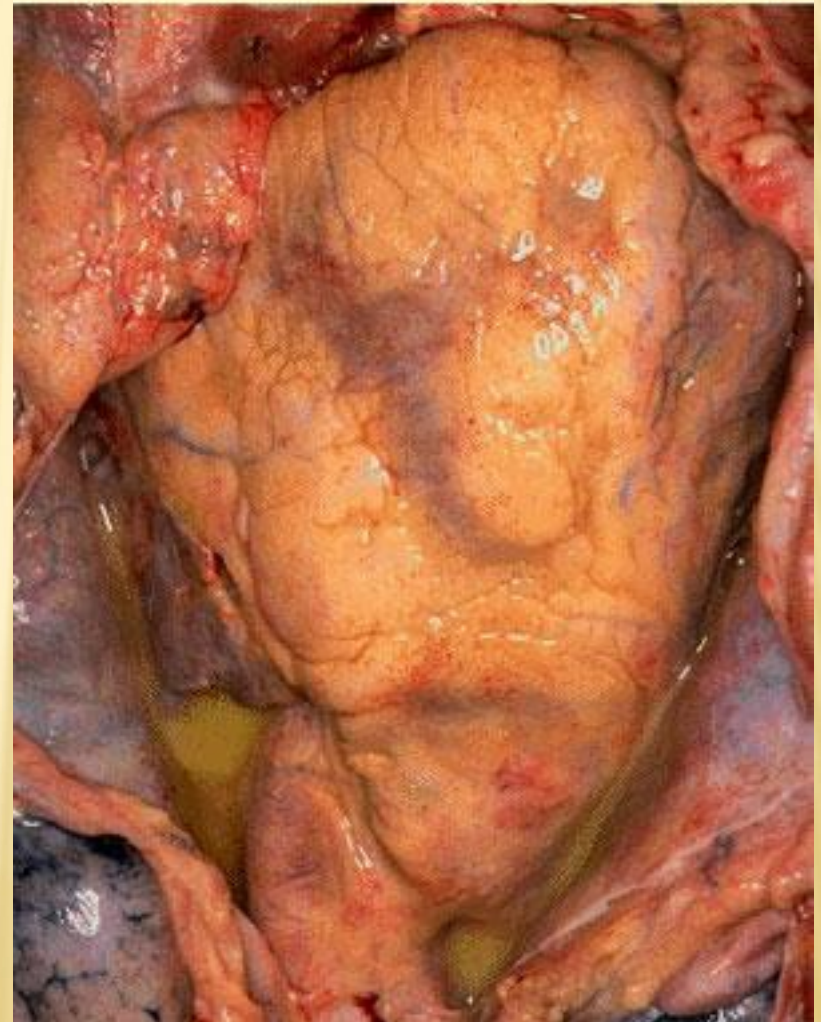


Рис. 102. Фибринозный (сухой) перикардит

Экссудативный перикардит

Возникает при попадании в полость сердечной сумки гнойной инфекции. В полости накапливается гной в количестве до 1 литра и более, листки ее утолщаются. Гнойные перикардиты встречаются относительно редко и развиваются у больных с острым септическим заболеванием, воспалением легких, эмпиемой плевры. При этом необходимо учитывать, что картина основного заболевания может маскировать клинические черты перикардита.

Гнойный перикардит



Клиника

Боль локализуется за грудиной и носит резкий характер, иррадирует в левую руку и шею. При сдавливании экссудатом пищевода появляется затруднение глотания. Лицо бледное с цианотичным оттенком. Пульс слабого наполнения. В области сердца реберные промежутки сглажены, кожа отечна. Границы сердца увеличены во все стороны. Верхушечный толчок слабый или вообще не определяется. Рентгенологическое исследование дает характерные изменения тени сердца в виде треугольника, дуги по контурам его не дифференцируются, пульсация поверхностная или совсем отсутствует. На экг- низкий вольтаж, деформированный Т.

Шейные вены набухшие, печень застойная, увеличенная и болезненная. Пульс частый, слабого наполнения, ритм правильный.



Слипчивый перикардит

Хронический , вяло протекающий перикардит нередко заканчивается развитием соединительнотканых и воспалительных утолщений листков перикарда , полость его облитерируется. Нарушается сердечная деятельность , нарастает сердечная недостаточность. Незначительная физическая нагрузка вызывает тахикардию , что ведет к переутомлению сердечной мышцы , дистрофии миокарда.

Клиника

В клинической картине выделяют 3 основных признака:

- 1) "малое" сердце
- 2) Высокое венозное давление
- 3) Увеличение печени и асцит

Ведущими жалобами являются : одышка и сердцебиение при незначительной физической нагрузке , общая слабость , быстрая утомляемость.

При осмотре отчается бледность кожных покровов , одутловатость лица , которая более выражена по утрам . Шейные вены набухшие , не спадаются во время вдоха . Пульс парадоксальный. Отрицательный верхушечный толчок , который при пальпации может не определяться.

При рентгенологическом исследовании обнаруживают «тихое» сердце, т.е. амплитуда пульсации очень мала , контуры могут быть деформированы . АД снижено. Венозное давление высокое. Печень увеличивается , становится плотной , развивается ложный цирроз печени , нарастает асцит . Смерть наступает при явлениях сердечной недостаточности.

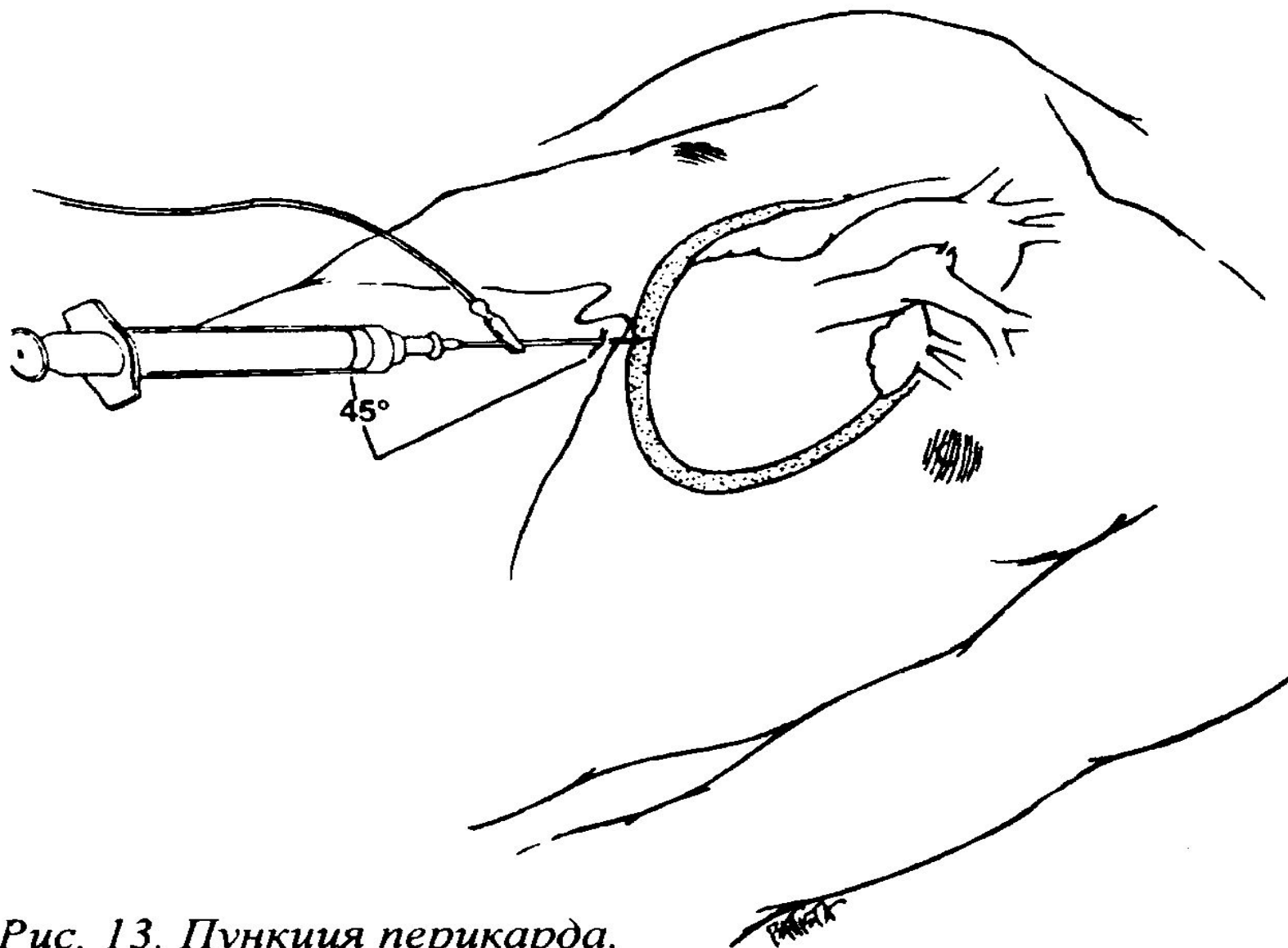


Рис. 13. Пункция перикарда.