

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИКАРДИТОВ

З. В. Кочмашева

Перикардиты относятся к числу заболеваний, клиническая диагностика которых всегда вызвала трудности. Заболевания перикарда значительно чаще встречаются, чем распознаются. В XIX в. Лазнэк писал: "Лишь немногие заболевания более трудны для диагностики и имеют более изменчивые симптомы, чем перикардит". Эти слова до сих пор актуальны для врача, которому впервые приходится ставить диагноз перикардита. Трудность диагностики состоит еще и в том, что различные формы перикардитов протекают как различные заболевания и требуют применения разных методов для диагностики и динамического наблюдения.

Нами было изучено 100 случаев заболеваний перикардитом, среди которых встречались разные патоморфологические варианты заболевания. В основе клиники перикардита лежит характер изменения перикардиального листка, который, безусловно, зависит от этиологии заболевания. К сожалению, в большинстве случаев этиология перикардита остается неизвестной. Прогноз заболевания зависит от течения процесса (острого, подострого, хронического), выраженности экссудативного компонента, вида экссудата, степени утолщения перикарда и констрикции камер сердца. Причудливые сочетания всех этих факторов делают непохожим один случай перикардита на другой.

Однако можно выделить три основных варианта перикардита: 1) сухой, 2) экссудативный, 3) адгезивный.

На современном этапе изучения перикардитов благодаря эхокардиографии стало известно, что любой перикардит сопровождается выпотом в сердечную сорочку. Экссудативными принято считать перикардиты, сопровождающиеся выпотом в полость перикарда в объеме, превышающем 300 мл. На этом основании мы подразделили изучаемые нами случаи заболевания перикардитом на сухие и экссудативные формы. В результате такого подразделения обнаружилось преобладание экссудативных перикардитов ($p < 0,05$). Сухие перикардиты протекали как острые или хронические, экссудативные имели более разнообразный характер течения: острый, подострый и хронический. Более ранняя диагностика экссудативных перикардитов в сравнении с сухими была обусловлена тем, что первые сопровождаются большими гемодинамическими нарушениями.

Нам удалось выделить группу симптомов, на которые можно опереться при дифференциальной диагностике сухой или экссудативной формы перикардита. К ним относятся: цианоз, симптом набухших шейных вен, уве-

личение перкуторных границ сердца, изменение верхушечного толчка и звучности тонов сердца, акцент II тона над легочной артерией, шум трения перикарда.

Цианоз встречался при сухих и экссудативных перикардитах. При сухих цианоз наблюдался реже и ограничивался цианозом губ или акрацианозом. Экссудативные перикардиты в 75% случаев сопровождались цианозом разной степени выраженности – от акрацианоза до разлитого интерстициального цианоза в сочетании с отеками ($p < 0,05$).

Симптом увеличения перкуторных границ сердца, в основном, встречался при экссудативных перикардитах, но иногда наблюдался и при сухих за счет нарушений рецепторного аппарата перикарда и потери тонуса миокардом. При этом наибольшую диагностическую значимость имело расширение перкуторных границ в обе стороны. В наших наблюдениях расширение перкуторных границ сердца в обе стороны отмечалось преимущественно при экссудативной форме заболевания ($p < 0,001$). Характеристики верхушечного толчка также различались при сухих и экссудативных перикардитах. При сухих верхушечный толчок либо имел нормальные характеристики, либо был умеренно сниженным и разлитым, но определялся всегда. Экссудативные перикардиты в 87% случаев сопровождались значительными изменениями характеристик верхушечного толчка, при этом у 12% он не определялся вовсе. Разница в группах по этому симптому статистически достоверна ($p < 0,05$).

Для больных экссудативным перикардитом характерно более значительное изменение звучности сердечных тонов в сравнении с больными сухим перикардитом ($p < 0,05$).

Акцент II тона над легочной артерией (симптом Герке) и симптом набухших шейных вен наблюдались только при экссудативном перикардите.

Шум трения перикарда выслушивался как при сухом, так и при экссудативном перикардите, но при сухом он встречался чаще ($p < 0,001$).

Клиника перикардита помимо объема перикардального экссудата зависит от течения процесса. При подостром и хроническом вариантах течения происходит изменение перикардального листка в виде его уплотнения и снижения растяжимости. Нередко при этом наслаиваются фиброзные и кальцинозные изменения перикарда, обуславливая констрикцию сердца.

Наиболее трудной бывает диагностика подострых форм перикардита, которые протекают без яркой клинической картины в начальный период заболевания, но, неуклонно прогрессируя, приводят к грубому изменению перикарда и сдавлению полостей сердца. Диагноз в подобных случа-

ях устанавливается поздно, когда у пациента появляются симптомы сглавления сердца. И даже при развернутой клинике констриктивного перикардита пациентов нередко наблюдают как больных циррозом печени.

В наших наблюдениях подострое течение имели сухие перикардиты или экссудативные с небольшим объемом экссудата ($p < 0,05$).

Мы проанализировали симптоматику перикардита с различным характером течения. Было обнаружено, что наиболее яркой клинической картиной отличались подострые перикардиты. При этом преобладали симптомы нарушения гемодинамики (цианоз, отеки, парадоксальный венный пульс, гепатомегалия), при острых и хронических перикардитах симптомы нарушения гемодинамики встречались значительно реже ($p < 0,05$), но чаще выслушивался шум трения перикарда ($p < 0,001$).

Из приведенных особенностей клинической симптоматики различных форм перикардитов следует, что экссудативные перикардиты в сравнении с сухими проявляются более выраженными отеками, цианозом, увеличением перкуторных границ сердца, снижением верхушечного толчка, уменьшением звучности тонов сердца, но реже чем сухие перикардиты сопровождаются патогномичным симптомом — шумом трения перикарда.

В диагностике острых и хронических перикардитов большее значение имеет шум трения перикарда, чем симптомы нарушения гемодинамики. При подостром течении перикардита на первый план клинической картины заболевания выступают симптомы нарушения гемодинамики, обусловленные констрикцией сердца.

СЕРДЕЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА

В.В.Кочмашева, Т.А.Попова

Изменения сердца при анкилозирующем спондилоартрите довольно разнообразны. Они определяются преобладанием или сочетанием трех основных факторов, свойственных этой патологии:

1) изменениями фиброзной основы сердца и, в первую очередь, аортальных створок и восходящей аорты, в меньшей степени — створок митрального клапана;

2) степенью вовлечения в патологический процесс миокарда (в виде миокардита или постмиокардитического кардиосклероза и миокардио — дистрофии);

3) деформацией грудного отдела позвоночника, влияющей через нарушение функции внешнего дыхания на легочный кровоток и функциональную перегрузку правых отделов сердца.