

Случай изолированного гнойного перикардита

Центр б-ца "Ветлосян" Ухткомбината МВР

Главврач д-р Коминский. Д-р В.С. Габуня (Зав. терапевт. отдел)

Перикардит, как первичное идиопатическое заболевание встречается в исключительных случаях. Обычно он является следствием или частичным проявлением других каких-либо болезней а именно: часто при остр. ревматизме изолировано или в виде ревм. полисерозита, туберкулезе, скарлатине, кори, гриппе, при хр. нефрите "уремические перикардиты". Геморрагические перикардиты: при лейкомии, скорбуте, туберкулезе и пр. Гнойные перикардиты всегда являются доказательством специфической инфекции перикарда, а в нашем случае стрептококковой очень редко как первичное заболевание, часто при септических и пиемических заболеваниях, бывает при перфорации абсцессов в полость сердечной сумки, раке пищевода и пр.

Симптомы: боль в обл. сердца а также в обл. эпигастрия. В тяжелых случаях чувство тоски и страха, высокая t° и одышка. Деятельность сердца при каждом тяжелом случае затруднена от повышения давления в перикардии особенно диастолы желудочка, которое препятствует нормальному наполнению сердца и ведет к расстройству гемодинамики, отсюда понижение артериального наполнения (бледность и анемия мозга) переполнение вен тела (цианоз), нарушение легочного кровообращения (одышка).

Физические симптомы: общий вид б-ного с тяжелым перикардитом поражает своей бледностью с выраженным цианозом, положение б-ного в кровати вынужденное - полусидячее. Лицо боязливое, дыхание ускорено, напряженное, часто неравномерное. Вены на шее набухшие и пульсирующие. Область сердца при значительном экссудате выдается вперед отчетливо, межреберные пространства сглажены и самая грудная клетка опухшая и наощупь отечная.

Примечание: Дополнено на конференции врачей Ухткомбината МВР 20. II. 1948г.

Сердечные движения при сильной деятельности и незначительном экссудате видны еще довольно ясно, в других случаях слабо и носят дисфорузный характер при большом выпоте совершенно исчезает.

Верхушечный толчок соответственно количеству жидкости постепенно слабеет и в последствии может совершенно исчезнуть. В этих случаях сердечный толчок, может появиться снова, если больной перегибается вперед, или ложится на левый бок.

При большом экссудате характерна "треугольная" или "бутылочная" форма сердечной тупости, при чем тупой угол треугольника в третьем или даже во втором межреберном пространстве. По краям тупости нередко можно получить тимпанический звук от сдавления легкого.

Однако при экссудативном перикардите не всегда имеем классическую "треугольную" тупость, часто встречаются самые разнообразные формы тупости, что зависит от резистентности легочной ткани, от сращения перикардальных листков и т.д. При сухом перикардите заслуживает внимания шум трения перикарда, яснее выслушивается на основании сердца.

Сила шума меняется при перемене положения тела: в сидячем положении громче, чем при лежачем.

Если имеется значительное количество экссудата, шум трения перикарда не выслушивается, сердечные тоны, особенно первый тон прослушивается очень тихо и неотчетливо при сочетании перикардальных и эндокардиальных шумов, отличить их друг от друга очень трудно, обычно первые, заглушают все остальные.

Последовательные явления при перикардите: сжатие легкого и усиленные одышки и иногда давление на пищевод и затруднение глотания.

Давление на возвратный нерв и одностворчатый клапан гортани и голосовых связок иногда сочетается с левой стороной экссудативн. плевритом. При длительном экссудативном перикардите бывает часто значительная атрофия сердечной мускулатуры, которая отчасти заменяется жировой тканью облитерация сердечной сумки. Если перикардит с самого начала протекает хронически - возникают соединотканые сращения и утолщение перикарда.

Прогноз: экссудативный перикардит при всех обстоятельствах считается тяжелым заболеванием. Неблагоприятный исход зависит от тяжести первичного заболевания или от интенсивности и характера самого перикардита. Но и у здоровых в остальном тяжелый перикардит, тем более гнойный с обильным экссудатом, вследствие ограничения движения сердца может привести к смерти.

Лечение должно быть направлено против основного заболевания. Покой, лед на обл. сердца, при ревматизме салицилаты, для замедления учащенного пульса и укрепления сердечной деятельности, дигиталисовая терапия, кофеек, строфантин, мочегонные и др., при угрожающих явлениях удаление экссудата. Техника пункции: продолжительная, результатов пункции менее благоприятная, чем при пункции плевры, в зависимости от основного заболевания. В случаях гнойного перикардита кроме пункции применялось также рассечение перикарда, как при лечении эмпемы.

При облитерации сердечной сумки Юрачер рекомендовал хирургическое вмешательство т.к. кардиопластика - резекция ребер в сердечной области, для облегчения движений сердца. Нужно отметить, что пункция перикарда, которая совершенно необоснованно считается очень опасной, во многих

случаях может спасти жизнь больного в частности в случаях остр. ревматизма, когда в перикардиальной полости набирается большое количество серозной жидкости. В случаях гнойного перикардита следует быть более осторожным, чтобы при периодическом удалении содержимого и введении раствора пенициллина в случае поражения сердца не занести инфекции.

В инструкциях о пенициллиновом указаны все виды введения в организм пенициллина в том числе в артериальной и плевральной области но относительно его применения в перикардиальной полости ничего не сказано а мы применили в таких же дозах, какие рекомендуются при плевральной полости и получили очень хороший результат, вероятно потому, что наш случай является как первичное изолированное заболевание.

Пункция перикарда /Бергман - том I стр. 35/

Прокол сердечной сорочки делают тонкой иглой в обл. верхушки сердца против левого желудочка с его мощной мускулатурой, которая даже при случайном ранении сердца служит достаточной защитой его. Укол производят не перпендикулярно к поверхности, но в направлении слева косо вверх и вправо. Обычно для пункции избирают V или VI межреберье несколько внаружки от сосковой линии. Прокол можно производить также у нижнего края грудины в углу между мечевидным отростком и левой реберной дугой, направляя иглу или троакар снизу вверх и вкось. Рекомендуется уже во время укола слегка вытягивать поршень шприца для того, чтобы своевременно установить тот момент, когда игла проникает в экссудат. Очень большие экссудаты можно иногда опорожнить со стороны задней оксцилярной линии.

Если пробная пункция дает указание на наличие жидкости, то в то же место вкалывают узкий, плоский куриштановский троакар, или просто толстую иглу. Жидкость удаляется путем отсасывания ее большим шприцом или аппаратом Патэна. Жидкость нужно выпускать очень медленно: при этом

условии нечего бояться удаления ее в возможно большем количестве.

Пункция перикарда, которая совершенно необоснованно считается очень опасной, может иногда спасти жизнь больного: одышка, тахикардия, набухание вен после нее тотчас-же исчезают. Длительность эффекта в общем зависит от основного заболевания; при ревматических заболеваниях он часто оказывается весьма длительным.

Выдержка из истории болезни.

Больной Журов 1920г.р. лечился в хирургическом отделении с 7. I. 1948 года по поводу рваной раны левой кисти.

С 20. I за два дня поднялась температура до 40° .

26. I - рентгеноскопия грудной клетки.

27. I - больной принял 7,0 сульфидина.

28. I - был представлен на консилиум врачей по диагнозу: перикардит?

- был переведен в терапевтическое отделение.

При обследовании в терапевт. отделении установлено следующее: жалобы: боли в обл. сердца и эпигастрия, высокая температура, усиленное потоотделение, одышка, общая слабость и головокружение.

Объективно: лицо одутловатое, боязливое, бледное с выраженным цианозом. Дыхание учащено, несколько неравномерное, на шее выступают набухшие вены с турбулентными движениями.

Грудная клетка асимметрична, выпячивается в обл. сердца и отечна. Межреберные пространства несколько сглажены. Перкуторно: правая граница определяется хорошо от наружного края грудины на $2\frac{1}{2}$ пальца, левую и верхнюю границы определить труднее. Отчетливо отмечается изменение сердечной тупости справа при перемене положения больного, - в стоячем больше чем в лежащем. Пульс учащен, слаб и мал. Кровяное давление низкое $70/40$. Печень прощупывается из-под реберной дуги на 1 палец.

30. I - 1. II - отмечается нарастание отеков, особенно на нижних конечностях и застойные явления печени

4.-5. II при пункции перикардальной полости извлечена гнойная жидкость. При исследовании та обнаружены стрептококки.

7. II - рентгенография грудной клетки.

После повторной рентгеноскопии грудной клетки извлечен двадцатиграммовым шприцем из перикардальной полости густой гной в количестве 150 см^3 .

9. II. Аппаратом Лотэна - 200 см^3 , тоже густого гноя и введен пенициллин в количестве 100.000 о.е.

11. II - тоже пенициллин в том же количестве.

Смогли получить только 15 см^3 жидкого серого гноя, опять введен пенициллин.

16
92.136340
5182.0190336

является заболеванием молодого возраста до 30-35 лет и 9 раз чаще встречается среди женщин, чем среди мужчин.

4. Нарушение температурной топографии (изотермия, термоинверсия и биаксилярная термоасимметрия) а также отсутствие параллелизма между температурой с одной стороны и пульсом с другой, имеют относительное значение для установления диагноза гипертермической вегетативной болезни.

5. Важными характерными признаками для установления диагноза данной болезни являются:

а) несоответствие хорошего внешнего вида, самочувствия и общего состояния больного с длительным повышением температуры,

б) „монотермический тип“ температурной кривой, не только среди женщин (как об этом указывают некоторые авторы) но и среди мужчин,

в) неускоренная, даже замедленная реакция оседания эритроцитов при наличии гипертермии,

г) пирамидо-негативная или пирамидо-частойчивая субфебрильная температура,

д) богатая симптоматика вегетативных расстройств (склонность к адректам, сердцебиение, головокружение, боли в обл. сердца, дрожание и похолодание конечностей, вазомоторные явления, потливость, акроцианоз и т. д.)

6. Длительное содержание месяцами и годами на кожном лечении или на больничном лечении с гипертермической вегетативной болезнью, не может у них не вызвать сомнения о сложности и тяжести своего ^{они молчаливо потерпели} заболевания ^{наконец} в свои силы, в свой жизненный тонус ^и ^{может} стать тяжелым и невротикумом, действительно потерять трудоспособность из-за функционального (адрогенного) расстройства нервной системы.

7. Следует чаще практиковать метод „пробной выписки“ а при необходимости менять характер работы и установить над ^{большими} систематическое амбулаторное наблюдение, пока они хорошо не адаптируются и не забудут о своей субфебрильной температуре.

8. Люди, с затяжной, монотонной и мало-симптомной субфебрильной температурой, в большинстве случаев практически здоровые с ^{некоторыми ограничениями} незначительные болезненные проявления и то функционального, нервного порядка, не дают основания для отстранения их от работы.

Установить диагноз вегетативной болезни с помощью метода пробной выписки