

Случай идиопатического рецидивирующего геморрагического перикардита

Шептулина А. Ф., Драпкина О. М., Корнеева О. Н.*

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова. Москва, Россия

Поступила 30/10-2012

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2012; 11(6): 56-57

A case of idiopathic recurrent haemorrhagic pericarditis

Sheptulina A. F., Drapkina O. M., Korneeva O. N.*

I. M. Sechenov First State Moscow Medical University. Moscow, Russia

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2012; 11(6): 56-57

По секционным данным перикардит наблюдается в 1-6% случаев, тогда как прижизненно диагностируется у 0,1% пациентов соматических отделений и 5% больных отделений реанимации и интенсивной терапии с болями в груди [1]. Несмотря на применение современных алгоритмов диагностики, причину перикардита в 80-90% установить не удается [2]. Риск рецидива перикардита составляет 8-80% (в среднем 24%) [3, 4]. Клинические симптомы рецидива аналогичны таковым при остром перикардите, однако проявления заболевания выражены, как правило, в более легкой степени. Количество рецидивов и периоды времени между ними различаются среди пациентов. Со временем рецидивы заболевания прекращаются самостоятельно [3]. Представляем случай рецидивирующего экссудативного геморрагического перикардита неуточненной этиологии, наблюдавшийся в клинике пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Клиническое наблюдение

Пациентка Ц., 61 год, обратилась с жалобами на сердцебиение и одышку при умеренной физической нагрузке, давящие боли в области сердца, отеки нижних конечностей; выраженную общую слабость.

В анамнезе гемитиреоидэктомия в 1986г по поводу диффузного токсического зоба IV степени, тиреоид-паратиреоидэктомия в 2005г в связи с рецидивом, с последующим назначением L-тироксина, дигидротахистерола и кальция. С 2007г сахарный диабет второго типа и фибрилляция предсердий без изменений субъективного

самочувствия. У отца больной рак легкого. Госпитализирована в клинику им. В. Х. Василенко в марте 2011г.

При поступлении: состояние средней тяжести, цианоз губ, пастозность голеней. Границы относительной сердечной тупости в положении лежа: левая — 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, правая — правый край грудины; сидя: левая — 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, правая — 1 см кнаружи от правого края грудины.

Тоны сердца приглушены, аритмичные. Тахикардия 120 в мин, АД 140/90 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см.

В анализах: тромбоциты 335,6х10⁹/л, СОЭ 25-38 мм/час, К⁺ — 5,4 ммоль/л, кальций — 12,8 мг/дл, глюкоза — 146 мг/дл, креатинин — 1,0 мг/дл, железо — 28 мкг/дл. СРБ, РФ — отриц. Комплемент — 32,2 гем.ед. Фибриноген — 4,26 г/л. Маркеры вирусов гепатита В и С, ВИЧ не выявлены, ТТГ — 3,4 мкМЕ/мл, Т4 — 20,0 пмоль/л, антитела к ТПО — 59 МЕ/мл.

ЭхоКГ: незначительная дилатация предсердий (ЛП 5,4•3,5 см, ПП 5,0•3,0 см). Толщина МЖП 1,0 см, ЗС ЛЖ 1,0 см, ММЛЖ 194 г, ФВ 64, среднее давление в ЛА 12 мм рт.ст. В полости перикарда жидкость ~ 1500-1600 мл. Признаки угрозы тампонады сердца: диастолический коллапс стенки правого желудочка, систолический коллапс стенки правого предсердия, коллапс стенки левого предсердия, феномен качающегося (плавающего) сердца, дискордантная зависимость диастолических трансмитральных и транстрикуспидальных потоков (рисунок 1). Срочно пунктирована полость перикарда: в жидкости клетки

©Коллектив авторов, 2012

e-mail: doktorok@land.ru

[Шептулина А. Ф. — клинический ординатор, Драпкина О. М. — профессор, Корнеева О. Н. (*контактное лицо) — врач-кардиолог].

мезотелия, макрофаги, лейкоциты, эритроциты до 12 в поле зрения. Исследование жидкости методом ПЦР: ДНК цитомегаловируса, *M. tuberculosis*, *C. trachomatis*, *M. hominis*, вируса папилломы человека не выявлены.

ПЦР крови на ДНК *M. tuberculosis*, ЦМВ отрицательные, ИФА — антитела к *Rubella*, ЦМВ, *C. trachomatis*, *C. pneumoniae*, *Varicella zoster*, *Candida* отсутствуют. Антитела к кардиолипину, нативной ДНК, антинуклеарные антитела отсутствуют. Онкомаркеры: АФП, РЭА, СА 19-9, СА15-3 не выявлены. Уровень IgA, IgM, IgG в норме.

По данным компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки в полости перикарда определяется большое количество жидкости (объем ~1000 мл). Максимальная толщина слоя жидкости 4,2 см. Сердце умеренно увеличено за счет предсердий, легочный ствол 33 мм, ПЛА 25 мм, ЛЛА 25 мм, восходящая аорта 30 мм, дуга аорты 27 мм, нисходящая 25 мм.

Терапия: НПВС, β -адреноблокаторы, ИАПФ, мочегонные, непрямые антикоагулянты, L-тироксин и Сиофор.

Состояние улучшилось — при повторных ЭхоКГ количество жидкости в полости перикарда до 1000 мл. Рекомендовано продолжить прием антигипертензивных препаратов, диуретиков, варфарина и ибупрофена.

Пациентка была выписана из клиники 25.03.2011 г с клиническим диагнозом:

Сочетанные заболевания: острый экссудативный геморрагический перикардит неуточненной этиологии; ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения II ФК; сахарный диабет 2 типа.

Фоновые заболевания: Артериальная гипертензия II ст., высокого риска. Атеросклероз аорты, коронарных артерий.

Осложнения: нарушение ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий. Хроническая сердечная недостаточность 2 А ст. II ФК NYHA.

Сопутствующие заболевания: Гемитиреоидэктомия в 1986 г. Тиреоидэктомия и паратиреоидэктомия в 2005 году. Гипотиреоз, фаза медикаментозной компенсации.

Впоследствии больная дважды госпитализирована в клинику в связи с рецидивом перикардита. При ЭхоКГ — утолщение до 5-6 мм листков перикарда, снижение ФВ ЛЖ до 53%, увеличение

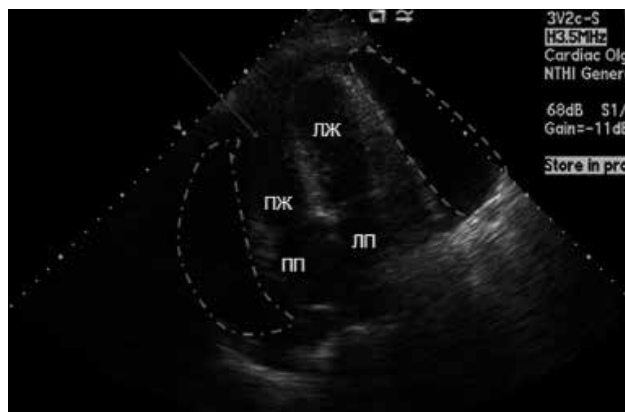


Рис. 1 ЭхоКГ при поступлении: незначительная дилатация предсердий, жидкость в полости перикарда (указано пунктиром), признаки угрозы тампонады сердца: диастолический коллапс стенки правого желудочка (указан стрелкой).

среднего давления в ЛА до 25 мм рт.ст.; жидкости в полости перикарда не более 100 мл.

Обсуждение

Частота рецидива перикардита составляет 8-80% (в среднем 24%) [2]. Возможные причины рецидивирующего течения перикардита включают:

- неадекватную дозу и/или продолжительность противовоспалительной терапии;
- раннее назначение кортикостероидов (при вирусных перикардитах усиливает репликацию вирусов);
- повторное инфицирование;
- усугубление течения основного заболевания [4].

У нашей пациентки рецидив перикардита наблюдался через 3 нед. после первого эпизода на фоне приема ибупрофена, что позволяет говорить о непрерывно рецидивирующем течении заболевания.

Прижизненно перикардит диагностируются только у 0,1% госпитализированных пациентов и у 5% пациентов, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии с болями в груди.

На основании данных анамнеза жизни и анамнеза заболевания, а также результатов проведенного обследования этиология перикардита у представленной больной на данном этапе остается неясной, однако, учитывая характер течения заболевания, наиболее вероятными причинами являются аутоиммунная и инфекционная патология.

Литература

1. Spodick DH. Acute cardiac tamponade. N Engl J Med 2003; 349(7): 684-90.
2. Imazio M, Cecchi E, Demicheli B, et al. Indicators of poor prognosis of acute pericarditis. Circulation 2007; 115: 2739-44.
3. Imazio M, Cecchi E, Correndo L, et al. Treatment of refractory recurrent pericarditis. J Cardiovasc Med (Hagerstown) 2007; 8: 748-53.
4. Maisch B, Seferovic PM, Ristic AD, et al. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases. Eur Heart J 2004; 25: 587-610.