

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края
государственное автономное учреждение здравоохранения
«ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71,28 20 95

e-mail: priem@kkb.chita.ru

27.01.2026 г. №48-о

УТВЕРЖДАЮ

И.о. главного врача _____


М. Л. Алферьев

Информационное письмо

Алгоритм диагностики и тактика ведения пациентов с перикардитами

Моторина Татьяна Сергеевна – ассистент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО ЧГМА; Фёдорова Алёна Петровна – к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО ЧГМА, руководитель центра аритмологии ГАУЗ «ЗККБ»; Иванов Дмитрий Петрович – заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГАУЗ «ЗККБ».

Перикардит – воспалительное поражение перикарда, проявляющееся болью в грудной клетке, шумом трения перикарда, изменениями на ЭКГ и часто – наличием выпота.

Диагностические критерии острого перикардита (наличие ≥ 2 из 4):

1. Типичная боль в груди (плевральная, усиливается на вдохе, в положении лежа, уменьшается сидя с наклоном вперед).
2. Шум трения перикарда.
3. Типичные изменения ЭКГ (конкордантный подъем сегмента ST, депрессия сегмента PR).
4. Вновь выявленный или увеличенный перикардальный выпот по данным ЭхоКГ.

Показания для экстренной/неотложной госпитализации:

1. Подозрение или наличие тампонады сердца (одышка, тахикардия, гипотензия, парадоксальный пульс, данные ЭхоКГ).
2. Большой (>20 мм) или быстро нарастающий перикардальный выпот.
3. Подозрение на гнойный (бактериальный) или туберкулезный перикардит (лихорадка, лейкоцитоз, иммуносупрессия).
4. Острый миоперикардит/перимиокардит со снижением фракции выброса левого желудочка или значимым повышением маркеров некроза миокарда.
5. Отсутствие ответа на терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) в течение 7 дней.
6. Высокая лихорадка ($>38^{\circ}\text{C}$), подострое течение.
7. Пациенты с травмой грудной клетки и признаками перикардита/гемоперикарда.

Показания для плановой госпитализации/консультации в специализированном отделении:

1. Рецидивирующий или хронический перикардит для подбора терапии.
2. Подозрение на констриктивный перикардит.
3. Перикардит неясной этиологии при неэффективности стартовой терапии, требующий инвазивной диагностики (перикардиоцентез, биопсия).
4. Перикардит на фоне системных заболеваний (онкология, аутоиммунные болезни, уремия).

Обязательный минимум обследования при подозрении на перикардит:

1. ЭКГ в 12 отведениях (в динамике при изменении состояния).
2. ЭхоКГ (трансторакальная): оценка наличия, локализации и объема выпота, признаков тампонады (диастолический коллапс правого предсердия/правого желудочка, респираторные изменения трансмитрального

потока), сократительной функции миокарда, признаков констрикции (утолщение перикарда, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки, респираторная вариабельность потоков).

3. Лабораторные исследования:

- общий анализ крови,
- СОЭ,
- СРБ – основной маркер активности воспаления,
- тропонин I/Т,
- КФК-МВ – для исключения сопутствующего повреждения миокарда (миоперикардит),
- креатинин,
- мочевины,
- печеночные ферменты (АЛТ, АСТ),
- тиреотропный гормон, Т4 свободный – для исключения гипотиреоза как причины выпота.

4. Рентгенография органов грудной клетки (для оценки конфигурации сердца, выявления кальциноза, сопутствующей патологии легких).

Дополнительные исследования (по показаниям):

1. КТ/МРТ сердца с контрастированием. Для точной оценки толщины и кальциноза перикарда, выявления осумкованных выпотов, дифференциальной диагностики констриктивного перикардита и рестриктивной кардиомиопатии, поиска неопластического процесса.

2. Перикардиоцентез с анализом выпота. Показан при тампонаде, подозрении на гнойный, туберкулезный или опухолевый перикардит. Исследование перикардимальной жидкости: цитология, микробиология (посев, ПЦР на *M. tuberculosis*), биохимия (ЛДГ, белок, глюкоза, дифференциация экссудат/транссудат).

3. Диагностический поиск этиологии: ANA, ревматоидный фактор, серологические тесты на вирусы (по клиническим показаниям), онкомаркеры, тест на ВИЧ, проба Манту/Диаскинтест.

Принципы лечения острого идиопатического/вирусного перикардита.

Режим. Ограничение физических нагрузок до исчезновения боли и нормализации СРБ. Спортсменам – возобновление тренировок не ранее чем через 3 месяца при нормализации всех параметров.

Фармакотерапия первой линии:

Ибупрофен 600 мг каждые 8 часов (или эквивалентные дозы других НПВП) + гастропротекторы. Курс 1-2 недели, с последующим снижением дозы.

Колхицин (безвременника осеннего семян экстракт) 0,5 мг 2 раза в сутки (при массе тела >70 кг) или 0,5 мг 1 раз в сутки (при массе <70 кг) в

течение 3 месяцев. Обязательное назначение совместно с НПВП для снижения риска рецидива.

При непереносимости НПВП или у пациентов, уже получающих ацетилсалициловую кислоту (АСК), возможно применение АСК 750-1000 мг каждые 8 часов.

Фармакотерапия второй линии (при неэффективности/непереносимости первой линии):

Глюкокортикоиды (ГКС): преднизолон 0,2–0,5 мг/кг/сут. Не рекомендуется в качестве стартовой терапии из-за риска хронизации и рецидивов. При назначении обязательно сочетать с колхицином. Дозу снижать медленно.

Принципы лечения рецидивирующего перикардита:

Повторный курс НПВП в полной дозе + колхицин (длительность приема не менее 6 месяцев).

При частых рецидивах и зависимости от ГКС – рассмотрение терапии азатиоприном, в/в иммуноглобулинами или ингибиторами интерлейкина-1 (ангиохимический препарат гофликицепт) по решению консилиума/экспертного центра.

Принципы лечения тампонады сердца:

Экстренный перикардиоцентез под контролем ЭхоКГ или рентгеноскопии – основной метод лечения.

Противопоказано: введение вазодилататоров, диуретиков, ИВЛ с положительным давлением (без крайней необходимости).

Принципы лечения констриктивного перикардита:

При преходящей (воспалительной) констрикции – пробная противовоспалительная терапия.

Консервативная терапия (диуретики, ограничение соли) – паллиативно при невозможности операции или подготовке к ней.

Перикардэктомия.

Принципы лечения перикардитов специфической этиологии:

Бактериальный (гнойный): срочное дренирование перикарда + системная и внутриперикардальная антибактериальная терапия по чувствительности.

Туберкулезный: противотуберкулезная терапия и рассмотреть назначение ГКС (преднизолон) для снижения риска констрикции.

Уремический: интенсификация диализа и при необходимости – НПВП/колхицин/внутриперикардальное введение триамцинолона.

Опухолевый: перикардиоцентез/формирование перикардального окна для симптоматического лечения. Возможно внутриперикардальное

введение цитостатиков (цисплатин, тиотепа). Системная противоопухолевая терапия.

Критерии эффективности лечения и выписки из стационара:

1. Купирование болевого синдрома.
2. Нормализация температуры тела.
3. Нормализация уровня СРБ.
4. Отсутствие или значительное уменьшение перикардального выпота по данным ЭхоКГ.
5. Регресс ЭКГ изменений (возврат сегмента ST на изолинию).