



Острый перикардит: стратегия лечения

В научную программу ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Кардиология на марше – 2023» (Москва, 6–8 июня 2023 г.) вошли выступления ведущих отечественных экспертов в области кардиологии и смежных направлений медицины, посвященные актуальным вопросам диагностики и лечения неотложных состояний, в том числе острого перикардита. Заведующий блоком интенсивной терапии отдела неотложной кардиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, к.м.н. Дмитрий Вольфович ПЕВЗНЕР рассмотрел современные аспекты эпидемиологии и лечения острого перикардита, представил клинические случаи из собственной практики, демонстрирующие специфику оказания неотложной кардиологической помощи пациентам с воспалительными заболеваниями перикарда.

В блок интенсивной терапии отдела неотложной кардиологии поступают пациенты с такими диагнозами, как острый коронарный синдром, острая декомпенсация сердечной недостаточности, острая сердечная недостаточность различной этиологии, кардиогенный шок, осложненные пароксизмы различных форм аритмии. Как известно, острый перикардит развивается вследствие острого коронарного синдрома у пациентов с инфарктом миокарда. Кроме того, острая сердечная недостаточность, острая декомпенсация сердечной недостаточности и нарушения сердечного ритма могут быть очевидными признаками острого перикардита.

В зависимости от этиологии перикардита подразделяют на идиопатические, инфекционные, неинфекционные. Среди наиболее частых причин острого перикардита можно отметить вирусную, туберкулезную инфекции, аутоиммунные, опухолевые, метаболические процессы, амилоидоз, диссекцию аорты, повреждение миокарда. В 50–80% случаев не удается выявить причину острого перикардита.

Диагностика острого перикардита осуществляется по определенным критериям. Острый перикардит следует диагностировать при наличии не менее двух из четырех критериев:

- 1) боль в грудной клетке перикардального характера;
- 2) перикардальные шумы;
- 3) новый распространенный подъем сегмента ST или депрессия сегмента PR на электрокардиограмме;
- 4) перикардальный выпот (новый или рецидивирующий).

К дополнительным показателям, подтверждающим диагноз острого перикардита, относят повышение маркера воспаления (С-реактивный белок (СРБ), лейкоцитоз), воспаление перикарда по данным компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца.

Перикардическая боль в груди отличается от боли при остром коронарном синдроме: ее характер меняется при изменении положения тела. Нередко пациенты жалуются на продолжительные, рецидивирующие боли, усиливающиеся в положении лежа и уменьшающиеся в положении сидя.

Алгоритм обследования пациентов с подозрением на острый перикардит включает два этапа. На первом выявляют маркеры повреждения миокарда, проводят электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ), а также определяют маркеры органических дисфункций (повреждение печени, почек и др.). В большинстве случаев высокую

вероятность развития перикардита можно определить на первом этапе обследования. Только небольшому количеству пациентов на втором этапе требуется проведение дополнительных методов обследования (КТ, МРТ сердца) или анализ перикардального выпота, полученный при перикардиоцентезе в случае тампонады сердца предполагаемой бактериальной или онкологической этиологии, симптоматического выпота при неэффективности консервативной терапии.

Текущие рекомендации Европейского кардиологического общества по диагностике и лечению острой хронической сердечной недостаточности подтверждают необходимость в случае гемодинамической нестабильности немедленного проведения ЭхоКГ1.

Тактика лечения пациентов при остром перикардите зависит от оценки прогностических факторов. Факторы риска неблагоприятного прогноза у пациентов с острым перикардитом подразделяют на большие и малые. К большим, наиболее значимым факторам риска неблагоприятного прогноза относят высокую температуру тела (свыше 38 °С), подострое течение (симптомы на протяжении нескольких дней без острого начала), большой выпот в полости перикарда, тампонаду сердца, отсутствие ответа на не-

¹ Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D., et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur. J. Heart Fail. 2016; 18 (8): 891–975.

стероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в течение семи дней. Наличие этих факторов свидетельствует о тяжести воспалительного процесса в перикарде и необходимости применения максимально агрессивной тактики лечения. К менее прогностически важным при остром перикардите относят такие факторы риска, как миоперикардит, иммуносупрессия, травма, прием пероральных антикоагулянтов.

В клинической практике только у ограниченного количества пациентов с перикардитом можно отложить госпитализацию. В основном это пациенты, у которых отсутствуют критерии тяжелого прогноза. В большинстве случаев пациенты с признаками острого перикардита нуждаются в срочной госпитализации, поскольку на раннем этапе патологический процесс может отличаться фульминантным течением, осложняться тяжелой сердечной недостаточностью и в конечном итоге тампонадой сердца. Соответственно для пациентов, имеющих предикторы плохого прогноза, обязательным условием являются госпитализация и проведение полного этиологического поиска.

Противовоспалительная терапия – основной метод лечения острого перикардита. В первой линии терапии применяют ацетилсалициловую кислоту, ибупрофен и другие НПВП в сочетании с колхицином. Как правило, при идиопатических перикардитах данная схема лечения эффективна, необходимости в назначении антибиотиков нет. В то же время всем пациентам с перикардитом при поступлении в кардиологическое отделение обязательно проводят дополнительные бактериологические исследования в целях поиска потенциальной бактериальной причины заболевания.

Далее Д.В. Певзнер рассмотрел особенности развития осложненного острого перикардита. Острый перикардит может осложняться тампонадой сердца, развитием

констриктивного или рецидивирующего перикардита. При этом тампонада сердца считается наиболее жизнеугрожающим осложнением перикардита. Сложность своевременного выявления этого состояния заключается в том, что даже при большом скоплении жидкости в полости перикарда у больных могут отсутствовать тяжелые признаки недостаточности кровообращения. Данные клинических исследований и реальной практики показывают, что ЭхоКГ – наиболее информативный метод диагностики тампонады сердца. Для диагностики и лечения тампонады сердца пациентам выполняют перикардиоцентез – пункцию перикарда.

Рецидив острого перикардита считается прогностически неблагоприятным фактором развития последующего констриктивного перикардита. Если рецидив произошел впервые, риск его развития впоследствии увеличивается на треть, а после второго рецидива – на 50%. В заключение Д.В. Певзнер представил клинические случаи, характеризующие особенности ведения пациентов с острым перикардитом.

Клинический случай 1. Пациентка, 25 лет, после перенесенного гриппа предъявляла жалобы на ухудшение самочувствия. Была госпитализирована в Республиканскую клиническую больницу с лихорадкой (температура тела до 39 °С), кашлем с зеленой мокротой, резкой слабостью. У пациентки были обнаружены выраженные признаки маркеров воспаления миокарда (СРБ – 96 мг/л, прокальцитонин (ПКТ) – 2,3 нг/мл, лейкоцитоз). Данные КТ органов грудной клетки: полисегментарная пневмония. ЭхоКГ: признаки сепарации листков перикарда. Подозрение на перикардит. Больной назначили антибиотикотерапию, НПВП.

Через две недели пациентка была госпитализирована в отделение кардиореанимации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России. Анализы крови: лейкоцитоз, СРБ –

161 мг/л, ПКТ – 0,15 нг/мл, аланин-аминотрансфераза – 76 ЕД/л, аспаратаминотрансфераза – 161 ЕД/л. По данным обследования, у пациентки сохранялись перикардиальный выпот и симптомы сердечной недостаточности. КТ органов грудной клетки показала двусторонний гидроторакс, поствоспалительные изменения. Результаты ЭхоКГ: признаки констрикции. Пациентки провели торакоцентез, назначили терапию ибупрофеном, колхицином. На фоне терапии отмечались нормализация маркеров воспаления, уменьшение выраженности констрикции, разрешение сердечной недостаточности. Однако у пациентки сохраняется высокая вероятность развития повторных рецидивов острого перикардита, что может потребовать специфической терапии. Единственно возможным вариантом коррекции стойкой констрикции является перикардэктомия.

Клинический случай 2. Пациентка, 42 года. После второй беременности появились жалобы на одышку при физической нагрузке. ЭхоКГ показала наличие жидкости в полости перикарда. Больной назначили НПВП. На фоне их применения состояние больной улучшилось. Однако через пять лет вновь появились жалобы на одышку, выявлена жидкость в полости перикарда. Диагностирован экссудативный перикардит, и повторно назначена терапия НПВП. После терапии состояние улучшилось, но спустя два года случился рецидив: одышка, гипотония, брадикардия. ЭхоКГ: жидкость в полости перикарда (сепарация листков до 30 мм). Пациентке назначили колхицин, ибупрофен, бисопролол. Но на фоне лечения состояние не улучшилось. Больной провели перикардиоцентез, удалено 700 мл серозной жидкости, причина перикардита не установлена. Маркеры системных заболеваний отрицательные. Продолжена терапия колхицином, ибупрофеном, добавлен преднизолон. В настоящий момент решается вопрос о проведении хирургического лечения. ➔