Перикардиты

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I30, I30.0, I30.1, I30.8, I30.9, I31, I31.0, I31.1 · Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Общероссийская общественная организация "Российское общество патологоанатомов"

Перикардит — полиэтиологический воспалительный синдром с болью в груди, возможным шумом трения перикарда и выпотом; опасные варианты включают тампонаду, миоперикардит, бактериальный и констриктивный перикардит. Рекомендация охватывает диагностику, противовоспалительное лечение, дренирование выпота, хирургическую тактику и наблюдение взрослых пациентов.

Главное

- Острый перикардит обычно начинается острой разлитой болью в груди, усиливающейся при вдохе, кашле и глотании; боль может отдавать в плечи, лопатку и спину. Боль ослабевает в положении лёжа на животе, а шум трения перикарда и динамические изменения ЭКГ поддерживают диагноз.
- Тампонаду следует подозревать при нарастающей одышке, слабости, головокружении или обмороках, набухании яремных вен, гипотонии, тахикардии и парадоксальном пульсе. Парадоксальный пульс — падение систолического давления более чем на 10 мм рт. ст. на вдохе.
- Неблагоприятными признаками острого перикардита являются выпот более 20 мм по ЭхоКГ, тампонада, температура выше 38 °C, подострое течение и отсутствие эффекта от НПВП за 7 дней; наличие хотя бы одного из них требует госпитализации и поиска причины.
- ЭхоКГ с допплерографией выполняют всем пациентам с известным диагнозом перикардита для диагностики и диспансерного наблюдения (ЕОК IC, УУР B, УДД 3).
- ЭКГ в 12 отведениях рекомендована всем пациентам с подозрением на перикардит (ЕОК IC, УУР C, УДД 4).
- При остром неспецифическом перикардите первой линией служат АСК или ибупрофен в сочетании с препаратом Безвременника осеннего семян экстракт (источник алкалоида колхицина); глюкокортикоиды оставляют для второй линии (ЕОК IA, УУР C, УДД 5).
- При тампонаде основное вмешательство — дренирование перикарда. Перикардиоцентез выполняют под контролем ЭхоКГ или рентгеноскопии, с медленной эвакуацией жидкости; удаление дренажа возможно при отделяемом 50 мл и менее в сутки.

Диагностика

1. Уточнить характер боли, одышки и лихорадки, а также особенности жалоб при наличии перикардиального выпота.
2. Провести физикальное обследование: измерить артериальное давление и оценить яремные вены, тоны сердца, шум трения перикарда, тахикардию и признаки тампонады. Физикальное обследование показано всем пациентам с подозрением на перикардит (ЕОК IC, УУР C, УДД 5).
3. Зарегистрировать ЭКГ в 12 отведениях и оценивать её в динамике.
4. При остром перикардите возможны конкордантный подъём ST и депрессия интервала PQ или PR.
5. При увеличении объёма экссудата возможно прогрессивное снижение амплитуды зубцов комплекса QRS.
6. Определить СРБ и маркеры повреждения миокарда — тропонины I/T и КФК-МВ; эти исследования рекомендованы всем пациентам с подозрением на острый перикардит (ЕОК IC, УУР C, УДД 5).
7. Выполнить трансторакальную ЭхоКГ с допплерографией для оценки выпота и признаков констрикции.
8. При тампонаде возможны расширение нижней полой вены с отсутствием значимого спадения на вдохе, коллабирование правого предсердия в систолу и правого желудочка в диастолу.
9. При неясной причине, осумкованном или опухолевом выпоте, утолщении перикарда, кальцинозе или подозрении на констрикцию используют КТ или МРТ.
10. При выпоте проводят анализ жидкости с оценкой клеточного состава, общего белка, альбумина и ЛДГ, а также цитологическое исследование; при подозрении на туберкулёз — ПЦР на микобактерии туберкулёза.

Лечение

- В острой фазе ограничить физическую активность; обычно щадящий режим продолжают до исчезновения боли и лихорадки и нормализации СРБ. Профессиональным спортсменам нагрузку ограничивают минимум на 3 месяца, а возвращение к тренировкам допускают после нормализации симптомов, СРБ/СОЭ, ЭКГ и ЭхоКГ.
- Для острого неспецифического перикардита используют АСК 750–1000 мг каждые 8 часов; обычно до нормализации температуры, как правило 1–2 недели. Если сохраняются выпот, слабость или одышка, АСК продолжают по 500 мг каждые 8 часов 1 неделю, затем по 250 мг 2 раза в сутки ещё 2 недели.
- При непереносимости АСК назначают ибупрофен 600 мг каждые 8 часов, обычно на 1–2 недели при неосложнённом течении; гастропротекцию начинают с первых часов лечения. К АСК или ибупрофену добавляют препарат Безвременника осеннего семян экстракт в низкой дозе по массе тела; он может применяться отдельно при непереносимости НПВП.
- Глюкокортикоиды при остром перикардите — только вторая линия при противопоказаниях или неэффективности АСК/НПВП; используют преднизолон 0,2–0,5 мг/кг в сутки совместно с препаратом Безвременника осеннего семян экстракт. Преднизолон 1,0 мг/кг в сутки не рекомендован.
- При рецидивирующем перикардите первой линией являются ибупрофен, индометацин или АСК и препарат Безвременника осеннего семян экстракт; для ибупрофена указана максимальная терапевтическая суточная доза 1600–3200 мг, для индометацина — 75–150 мг/сут. Препарат Безвременника осеннего семян экстракт применяют в низкой дозе до 1 мг/сут и продолжают не менее 6 месяцев с учётом клинического ответа (НПВП — ЕОК IA, УУР C, УДД 5; препарат Безвременника — ЕОК IA, УУР B, УДД 3).
- При идиопатическом рецидивирующем перикардите без эффекта от препарата Безвременника осеннего семян экстракта или при стероидной зависимости может применяться гофликицепт: 160 мг подкожно в день 0, затем 80 мг в дни 7 и 14, далее 80 мг подкожно 1 раз в 2 недели. Перед назначением требуется обследование и согласование с экспертным центром; туберкулёз контролируют исходно и не реже 1 раза в 6 месяцев.
- При миоперикардите назначают покой и ограничение нагрузок на 6 месяцев; первая линия — АСК 1500–3000 мг/сут или ибупрофен 1200–2400 мг/сут. При снижении фракции выброса начинают терапию иАПФ и бета-адреноблокаторами; прежний уровень нагрузок разрешают после восстановления фракции выброса, маркеров воспаления и ЭКГ.
- При гнойном бактериальном перикардите внутривенную антимикробную терапию начинают эмпирически до результатов посевов и выполняют активное дренирование перикарда. При туберкулёзном перикардите схема с рифампицином, изониазидом, пиразинамидом и этамбутолом не менее 2 месяцев с переходом на изониазид и рифампицин до 6 месяцев может быть эффективной.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать всех пациентов с клинической картиной тампонады, бактериального перикардита, острого миоперикардита или высоким риском неблагоприятного течения.
- Госпитализация нужна при любом из признаков высокого риска: выпот более 20 мм, тампонада, температура выше 38 °C, подострое течение или отсутствие эффекта от НПВП за 7 дней.
- Планово направлять в стационар следует при неясном диагнозе и необходимости специальных исследований для выяснения причины выпота, а также при трудностях подбора терапии при рецидивирующем перикардите.
- Пациентов с острым перикардитом низкого риска можно вести амбулаторно.
- После перенесённого эпизода необходимы наблюдение, ЭхоКГ и контроль СРБ в первые 12 недель.

Частые вопросы

Какие признаки наиболее типичны для острого перикардита?

Острая разлитая боль в груди, усиливающаяся при вдохе, кашле и глотании, с возможной иррадиацией в плечи и спину; характерны шум трения перикарда и динамические изменения ЭКГ. Одышка и её нарастание могут указывать на увеличение выпота.

Какие исследования нужны каждому пациенту с подозрением на перикардит?

Нужны физикальное обследование, ЭКГ в 12 отведениях, определение СРБ и маркеров повреждения миокарда — тропонинов I/T и КФК-МВ. Трансторакальную ЭхоКГ с допплерографией выполняют пациентам с известным диагнозом перикардита для диагностики и наблюдения.

Когда при перикардиальном выпоте требуется госпитализация?

При тампонаде, выпоте более 20 мм, температуре выше 38 °C, подостром течении или отсутствии эффекта от НПВП в течение 7 дней. Даже одного такого признака достаточно для госпитализации и поиска причины.

Что назначить в первой линии при остром неспецифическом перикардите?

АСК или ибупрофен в сочетании с препаратом Безвременника осеннего семян экстракт (источник алкалоида колхицина). АСК применяют по 750–1000 мг каждые 8 часов, а при её непереносимости ибупрофен — по 600 мг каждые 8 часов; глюкокортикоиды оставляют для второй линии.

Как действовать при тампонаде сердца?

Требуется дренирование перикарда, обычно перикардиоцентез под контролем ЭхоКГ или рентгеноскопии. Жидкость эвакуируют медленно под контролем артериального давления, ЭКГ и ЭхоКГ; периферические вазодилататоры, диуретики и вентиляцию с положительным давлением при тампонаде не применяют.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/746-perikardity. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/746_2