Перикардиты и заболевания перикарда у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I30, I31, I32 · Всероссийская общественная организация "Ассоциация детских кардиологов России"

Перикардит у детей — воспаление листков перикарда с выпотом или без него; он может быть самостоятельным заболеванием или проявлением инфекции, аутоиммунного, онкологического и другого процесса. Рекомендация посвящена диагностике, противовоспалительному лечению, ведению выпота и тампонады, профилактике рецидивов и диспансерному наблюдению детей.

Главное

- Острый перикардит диагностируют при наличии минимум 2 из 4 признаков: боли в груди, шума трения перикарда, характерных изменений ЭКГ или перикардиального выпота.
- Острый перикардит длится до 4–6 недель; постоянный или подострый — более 4–6 недель, но менее 3 месяцев без ремиссии; хронический — более 3 месяцев; рецидивирующий возникает после бессимптомного периода не менее 4–6 недель.
- ЭхоКГ — исследование первой линии при подозрении на перикардит; оно подтверждает выпот и помогает выявить риск осложнений. Тампонада может проявляться коллапсом правых отделов сердца, расширением нижней полой вены и дыхательной вариабельностью потоков.
- Тампонада сердца — жизнеугрожающее состояние. На неё указывают гипотензия, набухание шейных вен, глухие тоны сердца, тахикардия, одышка и парадоксальный пульс; специфический порог парадоксального пульса — снижение систолического давления на вдохе более чем на 10 мм рт. ст.
- Факторы риска осложнений, требующие стационарного лечения: подострое начало, высокая лихорадка и лейкоцитоз, подозрение на тампонаду или гнойный перикардит, большой выпот, отсутствие ответа на НПВП за 7 дней, иммунокомпрометация, приём пероральных антикоагулянтов и острая травма.
- После острого перикардита ребёнка ставят на диспансерный учёт на 3 года, при хроническом перикардите — постоянно. В первый год после выписки первые 3 месяца осмотры проводят ежемесячно, затем ежеквартально; ЭхоКГ выполняют дважды в год, первое исследование — в течение 12 недель.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить характер и динамику боли, связь с дыханием и положением тела, одышку, лихорадку, предшествующие инфекции, операции на сердце, травмы, сопутствующие системные заболевания, прививки, эпидемиологические факторы и принимаемые лекарства.
2. Выполнить физикальное обследование с оценкой позы, признаков сердечной недостаточности и тампонады, пульса и артериального давления, аускультации сердца и лёгких. Специфичный признак острого перикардита — шум трения перикарда; при тампонаде возможны триада Бека и парадоксальный пульс.
3. В первичном обследовании и динамике определить общий анализ крови, СОЭ и С-реактивный белок; дополнительно исследовать креатинин, натрий, калий, глюкозу, общий белок, билирубин, мочевую кислоту, АСТ и АЛТ. Также выполнить общий анализ мочи. Уровни УУР/УДД для этих исследований: С/5.
4. Определить тропонин I или T и КФК-МВ; исследование показано всем пациентам с перикардитом в первичном обследовании и динамике, УУР С, УДД 4. Повышение тропонина чаще связано с сопутствующим миокардитом и само по себе не является отрицательным прогностическим признаком при миоперикардите.
5. Зарегистрировать ЭКГ в 12 отведениях в покое. Для острого перикардита типичны распространённый подъём ST и депрессия PR с последующей стадийностью изменений, но у до 40% пациентов ЭКГ может быть атипичной или полностью отсутствовать.
6. Выполнить ЭхоКГ всем пациентам с подозрением на перикардит, УУР С, УДД 3. Оценить наличие и объём выпота, признаки фибрина и сгустков, гемодинамику и признаки тампонады.
7. МРТ сердца с контрастированием проводят, когда выпот не определяется при ЭхоКГ, предполагается специфическая локализация выпота или вовлечён миокард; КТ сердца с контрастированием проводят для выявления воспалительных изменений, утолщения и кальцификации перикарда и косвенного определения характера жидкости.

Лечение

- При остром перикардите в первые дни и при декомпенсации назначают резкое ограничение физической активности и строгий постельный режим; после компенсации — полупостельный режим до исчезновения боли и лихорадки и нормализации биохимических маркеров воспаления, УУР С, УДД 5.
- Первая линия при остром перикардите — НПВП в высоких дозах до исчезновения симптомов, ЕОК IC, УУР С, УДД 5. Препарат первого выбора у детей с 3 месяцев — ибупрофен 30–50 мг/кг/сут в 3 приёма каждые 8 часов; максимум 600 мг за приём или 1,8 г/сут. После нормализации СРБ дозу снижают на 2 мг/кг за приём каждые 8 часов раз в 1–2 недели.
- Колхицин назначают дополнительно к НПВП, а при их непереносимости — как монотерапию, ЕОК IIaC, УУР С, УДД 5. В тексте указаны дозы: 0,5 мг/сут в 2 приёма у детей младше 5 лет и 1,0–1,5 мг/сут в 2–3 приёма у детей старше 5 лет; при остром перикардите курс составляет 3 месяца, при рецидивирующем — 6–12 месяцев.
- АСК не применяют рутинно у детей из-за риска синдрома Рея; детям младше 12 лет она не рекомендуется, ЕОК IIIC, УУР С, УДД 5. Глюкокортикоиды не используют как первую линию; при рефрактерном течении или противопоказаниях к НПВП и колхицину допустим преднизолон 0,25–0,5 мг/кг/сут с последующим медленным снижением.
- При рецидивирующем перикардите первой линией остаются НПВП и колхицин; колхицин продолжают не менее 6 месяцев с учётом клинического ответа. При неэффективности первой и второй линий назначают анакинру 1–2 мг/кг/сут подкожно, максимум 100 мг/сут, ЕОК IIвС, УУР В, УДД 2.
- При тампонаде проводят экстренный перикардиоцентез, ЕОК IC, УУР С, УДД 5. При тампонаде не назначают периферические вазодилататоры и диуретики, а также не применяют механическую вентиляцию с положительным давлением, ЕОК IIIC, УУР С, УДД 5.
- При бактериальном перикардите назначают системные антибактериальные препараты, предпочтительно парентерально, с выбором по возбудителю или эмпирически; гнойный выпот требует своевременного дренирования. При туберкулёзном перикардите лечение проводят совместно с фтизиатром.
- Симптомный констриктивный перикардит требует оперативного лечения; основным методом является перикардэктомия, ЕОК IC, УУР С, УДД 5. При отсутствии симптомов допустима выжидательная тактика, а диуретики используют осторожно из-за риска снижения сердечного выброса.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать пациентов с факторами высокого риска осложнений; средняя длительность пребывания в стационаре составляет 14–21 день и зависит от тяжести состояния.
- При тяжёлом перикардите и риске тампонады ребёнка госпитализируют в отделение интенсивной терапии.
- Дети с неосложнённым острым перикардитом и небольшим выпотом могут лечиться и наблюдаться амбулаторно.
- Выписка возможна при стойком улучшении, отсутствии боли и лихорадки, нормализации СРБ и СОЭ, возвращении ST на изолинию и регрессе выпота по ЭхоКГ.
- При остром перикардите спортсменов отстраняют от занятий минимум на 3 месяца; возвращение к тренировкам возможно после исчезновения симптомов, нормализации СРБ, СОЭ, ЭКГ и ЭхоКГ.

Частые вопросы

Какие критерии нужны для постановки диагноза острого перикардита?

Нужно выявить минимум 2 из 4 признаков: боль в груди, шум трения перикарда, изменения ЭКГ или перикардиальный выпот. Лабораторного патогномоничного маркера перикардита нет.

Какой метод исследования является первым при подозрении на перикардит у ребёнка?

ЭхоКГ выполняют всем пациентам с подозрением на перикардит; это диагностический тест первой линии, позволяющий оценить выпот и риск тампонады. ЭКГ в 12 отведениях также регистрируют всем таким пациентам.

Как лечить острый неспецифический перикардит у ребёнка?

Первая линия — НПВП, обычно ибупрофен 30–50 мг/кг/сут в 3 приёма каждые 8 часов, максимум 600 мг за приём или 1,8 г/сут. Колхицин добавляют к НПВП или используют отдельно при их непереносимости; глюкокортикоиды оставляют для второй линии.

Когда при перикардиальном выпоте нужен перикардиоцентез?

Основные показания — тампонада сердца, симптомный умеренный или выраженный выпот, не отвечающий на лекарственную терапию, а также большой выпот при подозрении на бактериальную или опухолевую природу.

Когда при рецидивирующем перикардите назначают анакинру?

Анакинру используют при рецидивирующем перикардите после неэффективности препаратов первой и второй линии, особенно при кортикостероидозависимом или рефрактерном течении. Детская доза — 1–2 мг/кг/сут подкожно, но не более 100 мг/сут.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/927-perikardity-i-zabolevaniya-perikarda-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/927_1