

Перикардит. Классификация. Алгоритмы диагностики и лечения

Анна Кучина,
врач-кардиолог, терапевт, врач функциональной диагностики

В статье — главные правила ведения пациентов с перикардитами, составленные по обязательной клинрекомедации. Читайте, когда назначить НПВС, постельный режим и перикардэктомия и как это поможет пациентам. Скачайте проверенные схемы лечения острого и рецидивирующего перикардитов.

Клиническая классификация перикардитов

Перикардиты — это крайне гетерогенная группа заболеваний, имеющих различную этиологию и один общий признак: вовлечение в патологический процесс перикарда. Классификацию смотрите в памятке.

Классификация перикардитов

По течению

- ① Острый перикардит (максимально до 4–6 недель)
- ② Подострый перикардит (длительностью более 4–6 недель, но менее 3 месяцев без ремиссии)
- ③ Хронический перикардит (более 3 месяцев)
- ④ Рецидивирующий перикардит (возникающий после разрешения первого эпизода острого перикардита и бессимптомном периоде не менее 4–6 недель):
интермиттирующий — с бессимптомными периодами без применения терапии более 6 недель; непрерывно рецидивирующий — прекращение или снижение интенсивности противовоспалительной терапии приводит к возникновению рецидива менее, чем за 6 недель

По характеру выпота

- ① Сухой (фибринозный)
- ② Экссудативный: по характеру выпота (транссудат — гидроперикард, экссудат — серозный, геморрагический, гнойный и гнилостный, хилезный); по степени выпота (небольшой выпот — 50-100 мл, умеренный — 100-500 мл, выраженный — >500 мл)

По гемодинамическим нарушениям

- ① Тампонада сердца
- ② Констриктивный перикардит

Морфологическая классификация болезней перикарда

Скопление жидкости в полости перикарда – невоспалительный выпот

- ① Серозный: транссудат – например, при гипоальбуминемии
- ② Серозно-геморрагический: транссудат с примесью крови — при опухолях и их метастазах с поражением перикарда, лучевой терапии органов грудной клетки, тупых травмах сердца и грудной клетки
- ③ Геморрагический: при разрывах миокарда на фоне ИМ, расслоении и разрывах аневризм восходящего отдела дуги аорты, травмах сердца
- ④ Хилезный: при обструкции грудного лимфатического протока и нарушении лимфооттока из перикарда

Перикардит

- ① **По патогенезу:** первичный (острый неспецифический идиопатический перикардит, инфекционные и паразитарные перикардиты, чаще вирусные); вторичный (инфекционные, аутоиммунные, неопластические, метаболические, травматические, ятрогенные причины)
- ② **По характеру воспаления и воспалительного экссудата:** серозный или серозно-геморрагический, фибринозный, фибринозно-гнойный, фибринозно-геморрагический, гнойный и гнилостный, казеозный, фиброзный

Морфологическая классификация болезней перикарда

Опухоли перикарда

- ① Первичные опухоли перикарда – доброкачественные и злокачественные
- ② Метастазы злокачественных опухолей другой локализации или их прорастание в перикард, чаще — рака легкого, молочных желез, желудка
- ③ Поражения при лимфомах и лейкозах

Прочие болезни перикарда

- ① Пороки развития – кисты, дивертикулы
- ② Эпикардальные бляшки (очаговый склероз эпикарда)
- ③ Сращения перикарда
- ④ Кисты и дивертикулы перикарда.

Диагностика перикардитов

Боли в груди возникают у 85–90% пациентов с перикардитом

Объективное обследование. Наиболее характерная жалоба при перикардите — боли в груди. Они обычно интенсивные, острые, жгучего характера. Иногда пациенты жалуются на одышку, которая формируется в результате диастолической дисфункции. Для

классического варианта острого перикардита характерна субфебрильная температура, однако в ряде случаев может быть нормотермия.

При небольшом объеме перикардального выпота симптомов обычно не бывает. При умеренном объеме выпота пациенты могут жаловаться на нарастающую одышку, ноющие боли за грудиной или в грудной клетке — они описывают их как чувство распирания. При выраженном выпоте и гемодинамических нарушениях появляются жалобы на головокружение и сердцебиение из-за развития гипотонии и рефлекторной тахикардии. При нарастании выпота могут возникать симптомы сдавления близлежащих органов: тошнота и потеря аппетита (сдавление диафрагмы), дисфагия (сдавление пищевода), охриплость голоса (сдавление возвратного гортанного нерва), икота (сдавление диафрагмального нерва).



Вынужденное положение при перикардальном выпоте

Иногда пациент принимает характерную позу: он стремится сесть так, чтобы колени были максимально прижаты к грудной клетке; сама грудная клетка, как правило, наклонена вперед. Это свидетельствует о большом объеме выпота в полости перикарда. О нем также можно судить при высокой скорости снижения систолического АД или абсолютных значениях САД <100 мм рт. ст. Аускультативно тоны сердца приглушены или глухие. У трети пациентов в первые сутки заболевания в проекции сердца можно выслушать шум трения перикарда, однако в дальнейшем частота выявления этого аускультативного феномена снижается.

При выраженном выпоте и тампонаде сердца появляются признаки гемодинамических нарушений — триады Бека: гипотония, пульсация яремных вен и приглушенные тоны сердца. Для тампонады сердца характерен патогномичный симптом — снижение САД более чем на 10 мм рт. ст. на вдохе при спокойном дыхании. При миоперикардите в большинстве случаев у пациентов возникают лихорадка и тахикардия; при этом температура редко превышает 38°C .

При констриктивном перикардите возникают синдром сдавления верхней полой вены, цианоз и учащение ЧДД в горизонтальном положении. Один из характерных признаков при объективном исследовании — выраженный асцит и гепатомегалия, появление которых предшествует отекам нижних конечностей. При рубцовом поражении миокарда предсердий возникает фибрилляция предсердий.

Лабораторные методы обследования. При подозрении на заболевание определяют уровень С-реактивного белка и маркеров повреждения миокарда — КФК-МВ и тропонинов, а также оценивают гематологические показатели — уровень лейкоцитов и СОЭ. Пациентам с рецидивирующим перикардитом, кроме этих лабораторных тестов, необходимо оценить уровень АЛТ, АСТ и ферритина. У таких пациентов также следует определить уровень ревматоидного фактора и титр антинуклеарных антител для исключения аутоиммунного генеза заболевания. При подозрении на гнойный перикардит следует в кратчайшие сроки провести диагностический перикардиоцентез с дальнейшим микробиологическим исследованием перикардальной жидкости на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы.

Инструментальные методы обследования. Для диагностики нарушений ритма и проводимости регистрируют ЭКГ. Для констриктивного перикардита характерна триада симптомов: высокий зубец Р, низковольтажный комплекс QRS, отрицательный зубец Т. Всем пациентам также назначают рентгенографию органов грудной клетки.

В норме в полости перикарда содержится 10–50 мл жидкости

Один из основных методов диагностики — ЭхоКГ. Ее проводят при первичной диагностике и диспансерном наблюдении пациентов с верифицированным диагнозом. Для более точной оценки перикарда применяют трехмерную ЭхоКГ: она позволяет визуализировать его в любой анатомической плоскости, обнаружить перикардальный выпот и определить его объем.

ЭхоКГ позволяет точно выявлять констриктивный перикардит: диагноз ставят при утолщении листков ≥ 3 мм. Другие признаки:

- участки адгезии;
- парадоксальное движение межжелудочковой перегородки во время ранней диастолы: во время вдоха — в сторону левого желудочка, во время выдоха — в противоположном направлении;
- уменьшение раскрытия митрального клапана во время предсердной систолы;
- преждевременное открытие клапана легочной артерии.

Показания к МСКТ сердца смотрите в памятке. Если у пациента есть противопоказания к исследованию, проводят МРТ сердца.

Показания к МСКТ сердца при перикардите

- ① Для уточнения данных ЭхоКГ при артефактах, плохом УЗ окне
- ② При подозрении на опухолевое поражение перикарда или поражение, связанное с болезнями легких или средостения
- ③ Хронический перикардит, особенно в случае частичного или полного кальциноза перикарда или констриктивного перикардита
- ④ При планировании пункции или оперативного лечения, если необходимо уточнить данные ЭхоКГ
- ⑤ Наблюдение за пациентами с перикардитом в динамике.

Впишите название организации, дополните памятку, распечатайте и используйте ее в работе.

Если есть подозрение на злокачественный характер выпота, необходимо выполнить цитологическое исследование и анализ опухолевых маркеров перикардальной жидкости. Как правило, при злокачественных новообразованиях выпот в полость перикарда имеет геморрагический характер. При подозрении на туберкулезную этиологию заболевания выполняют молекулярно-биологическое исследование перикардальной жидкости на микобактерии туберкулеза; их ДНК определяют методом ПЦР.

Патологоанатомическое исследование биопсийного или операционного материала перикарда с применением иммуногистохимических методов помогает установить диагноз опухолевого и туберкулезного перикардита. Они позволяют дифференцировать аутоиммунный перикардит, злокачественные мезотелиомы и аденокарциномы легких.

Лечение перикардита

Всем пациентам показано строгое ограничение физической активности: постельный или полупостельный режим. Его продолжительность зависит от длительности болевого синдрома, лихорадки и динамики уровня С-реактивного белка.

Острый перикардит. Для лечения острого неспецифического перикардита пациентам назначают ацетилсалициловую кислоту (АСК), ибупрофен и колхицин. Глюкокортикостероиды (ГКС) рассматривают как терапию второй линии. Схемы лечения смотрите в таблице 1.

Таблица 1. Медикаментозное лечение острого перикардита

| Препарат | Стартовая дозировка | Продолжительность приема препарата | Снижение дозы |
|---|---|--|--|
| АСК | 750–1000 мг каждые 8 часов | 1–2 недели; длительность определяется симптоматикой и уровнем СРБ | Снижать дозу по 250–500 мг каждые 1–2 недели |
| Ибупрофен | 600 мг каждые 8 часов | 1–2 недели; длительность определяется симптоматикой и уровнем СРБ | Снижать дозу по 200–400 мг каждые 1–2 недели |
| Безвременника осеннего семян экстракт (источник алкалоида Колхицина) добавляют к АСК или ибупрофену для улучшения ответа на терапию и предотвращения рецидива | 0,5 мг 1 раз/сут. (масса <70 кг) или 2 раза/сут. (>70 кг) | 3 месяца; длительность определяется симптоматикой и уровнем СРБ | Снижать дозу по 0,5 мг через день при весе пациента <70 кг или перейти на прием 0,5 мг 1 раз/сут. при весе пациента >70 кг |
| Азатиоприн | 1,5–3 мг/кг/сут. | Если в течение 3 месяцев эффекта нет, препарат отменяют; длительность определяется симптоматикой и уровнем СРБ | Поддерживающая доза – от <1 мг/кг/сут. до 3 мг/кг/сут.; определяется течением заболевания, ответом на лечение и динамикой общегематологических показателей |

При противовоспалительном лечении необходимо назначить гастропротективную терапию

Если пациент уже получает АСК в качестве антиагрегантной терапии, для лечения перикардита нужно назначить именно ее в дозе 750–1000 мг каждые 8 часов. Лечение проводят до нормализации температуры — как правило, в течение 1–2 недель. Если по истечении этого времени сохраняются симптомы (слабость, недомогание, чувство нехватки воздуха) или экссудат в полости перикарда, продолжают лечение в дозе 500 мг каждые 8 часов в течение 1 недели, далее — 250 мг 2 раза в сутки в течение 2 недель.

В других случаях препарат выбора — ибупрофен в дозе 600 мг каждые 8 часов. Это обусловлено его минимальным количеством побочных эффектов. В неосложненных случаях продолжительность лечения обычно составляет 1–2 недели. Эффективность лечения оценивают через 1 неделю: если сохраняется высокий уровень С-реактивного белка или нет динамики клинического статуса, лечение продолжают.

Так как вероятность рецидива острого перикардита высокая, к АСК или ибупрофену добавляют колхицин в низких дозах — это позволяет улучшить ответ на лечение. В качестве монотерапии препарат назначают при непереносимости НПВС.

ГКС — препараты второй линии: их назначают пациентам, у которых есть противопоказания к АСК и ибупрофену, поскольку при этом лечении есть хронизации течения заболевания.

Рецидивирующий перикардит. При этом варианте течения заболевания в качестве первой линии назначают ибупрофен, индометацин или АСК. Последнюю редко используют в клинической практике из-за высокого риска развития нежелательных явлений. При назначении НПВС следует придерживаться максимальных терапевтических суточных доз, которые составляют 1600–3200 мг/сут., с уменьшением дозы на 200–400 мг каждые 1–2 недели для ибупрофена и 75–150 мг/сут. для индометацина. К лечению также добавляют колхицин. Схемы терапии смотрите в таблице 2.

Таблица 2. Медикаментозное лечение рецидивирующего перикардита

| Препарат | Стартовые дозы | Длительность терапии | Темпы снижения | Класс рекомендаций |
|-------------|---|----------------------|---|----------------------|
| АСК | 1,5–4,0 г/сут. | Недели или месяцы | Каждые 1–2 недели по 250–500 мг | IA УУР А УДД 1 |
| Ибупрофен | 1200–2400 мг/сут. | Недели или месяцы | Каждые 1–2 недели по 200–400 мг | IA УУР А УДД 1 |
| Индометацин | 75–150 мг/сут. | Недели или месяцы | Каждые 1–2 недели по 25 мг | IA УУР А УДД 1 |
| Колхицин | 0,5 мг (<70 кг) или 0,5 мг × 2 раза (≥70 кг) | Не менее 6 месяцев | Необязательно, но возможно 0,5 мг через день (<70 кг) или 0,5 мг один раз (≥70 кг) в последние недели | IA УУР А УДД 1 |

Если лечение оказалось неэффективным, применяют комбинированную иммуносупрессивную терапию с добавлением азатиоприна, иммуноглобулина G человека или препаратов, блокирующих интерлейкин-1, или селективный блокатор интерлейкиновых (ИЛ-1) рецепторов — анакинру (табл. 3). Принципы ведения пациентов с хроническим перикардитом аналогичны.

Таблица 3. Альтернативные схемы лечения рецидивирующего перикардита

| Препарат | Дозы |
|-----------------------------|--|
| Азатиоприн | Постепенное увеличение с 1 мг/кг/сут. до 2–3 мг/кг/сут. на несколько месяцев |
| Иммуноглобулин человека IgG | 400–500 мг в/в в день в течение 5 дней |
| Анакинра | С 1–2 мг/кг/сут. до 100 мг/сут. в течение нескольких месяцев |

Перикардиальный выпот, миоперикардит, бактериальный перикардит. При малом и умеренном выпоте, связанном с перикардитом, тактика соответствует принципам лечения самого перикардита. Если выпот не связан с воспалением, лечение АСК, ибупрофеном и колхицином неэффективно. В этом случае при нарастании его объема проводят перикардиоцентез.

Принципы ведения пациентов с миоперикардитом аналогичны лечению острого перикардита. Первая линия терапии — АСК и НПВС, вторая — ГКС. Таким пациентам необходимо регулярно проводить ЭхоКГ для оценки сократимости левого желудочка. При снижении ФВ назначают терапию ингибиторами АПФ и β-адреноблокаторами.

При бактериальном перикардите назначают внутривенные антибактериальные препараты системного действия. Лечение начинают эмпирически до получения результатов посевов крови. Гнойные выпоты обычно осумковываются и имеют тенденцию к быстрому накоплению, поэтому необходимо своевременно дренировать полость перикарда.

Констриктивный перикардит. Основной метод лечения — хирургический (перикардэктомия). Консервативную терапию назначают в следующих случаях:

- если известен этиологический агент, например, при туберкулезном перикардите: она помогает замедлить дальнейшее прогрессирование констрикции;
- в качестве противовоспалительного лечения: она позволяет предотвратить развитие констрикции, которая возникает в 10–20% случаев в течение нескольких месяцев после разрешения перикардита;
- в качестве симптоматической терапии при тяжелом течении заболевания.