

Острый перикардит: особенности диагностики и лечения в реальной практике

К.М. Беселия✉, А.В. Алабушев, С.А. Королева, Л.Л. Опиева, Ф.А. Эльджаркиева, М.С. Долгая, А.Р. Гайнутдинова, Д.Г. Гогниева

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация

Обоснование. Острый перикардит (ОП) – воспалительное заболевание перикарда, требующее своевременной и точной диагностики для предотвращения потенциально опасных осложнений. В статье рассматриваются ключевые аспекты диагностики и лечения ОП в реальной клинической практике. Ввиду неспецифической клинической картины и отсутствия специальных методов диагностики постановка диагноза ОП может вызывать трудности. Примерно у 1/3 пациентов течение заболевания принимает рецидивирующий характер, что требует оценить возможные факторы риска повторных эпизодов ОП. Клиническая практика ведения пациентов с ОП в Российской Федерации ограничена описанием отдельных случаев.

Цель. Оценить особенности ведения и лечения пациентов с ОП в госпитальном регистре.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование проведено в московских больницах ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» и ГБУЗ «ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова» с января 2023 по сентябрь 2024 г. Протокол одобрен этическим комитетом ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). Анализировались карты пациентов с диагнозом ОП. Критерии включения: возраст ≥18 лет, наличие 2 из 4 больших критериев ОП. Исключались пациенты с ВИЧ, беременностью, острыми психическими состояниями и тяжелой хронической почечной недостаточностью (расчетная скорость клубочковой фильтрации <15 мл/мин/1,73 м²).

Результаты. Включены 40 пациентов с ОП. Оценивалось соответствие диагностических характеристик с большими критериями диагностики: 1 из 4 больших критериев встречался у 7 (17%) человек, 2 из 4 – у 25 (63%), 3 из 4 – у 8 (20%), полное соответствие всем критериям отсутствовало. У 27 (68%) пациентов отмечены изменения на электрокардиограмме, элевация сегмента ST – у 24 (60%), во всех отведениях – только у 3 (13%). Депрессия PQ и шум трения перикарда не фиксировались. ОП диагностировали в день госпитализации у 29 (73%) пациентов, у 11 (27%) – на 2-е сутки после проведения коронароангиографии. У 4 (10%) развилась острая сердечная недостаточность, требующая диуретиков. Монотерапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) применялась у 21 (53%) пациента, комбинированная терапия НПВП + колхицин – у 6 (15%). Бактериальная этиология ОП помимо антибиотиков также требует назначения комбинации НПВП/глюкокортикостероиды (ГКС) + колхицин. В обсуждаемом исследовании терапия НПВП, ГКС и колхицином инициировалась только при неэффективности антибактериальной терапии, что не соответствует клиническим рекомендациям. Дозировка НПВП соответствовала рекомендациям в 40% случаев, адекватная доза колхицина – в 28%. Комбинированная терапия при выписке рекомендована в 21 (52,5%) случае. Корректные дозы и сроки указаны у 18 (44%) и 7 (17,5%) пациентов.

Заключение. Диагноз ОП чаще ставился в первые сутки, у остальных задержка в диагностике связана с повышением тропонина и элевацией сегмента ST на электрокардиограмме, что требует проведения коронароангиографии с целью дифференциальной диагностики. Основные ошибки лечения: некорректные дозы НПВП/ГКС, отсутствие колхицина в терапии и сроков приема в выписных эпикризах, а также сведений об ограничениях физической нагрузки.

Ключевые слова: острый перикардит, нестероидные противовоспалительные препараты, колхицин, глюкокортикостероиды, элевация сегмента ST, боль в груди, шум трения перикарда, перикардальный выпот

Для цитирования: Беселия К.М., Алабушев А.В., Королева С.А., Опиева Л.Л., Эльджаркиева Ф.А., Долгая М.С., Гайнутдинова А.Р., Гогниева Д.Г. Острый перикардит: особенности диагностики и лечения в реальной практике. Consilium Medicum. 2025;27(1):38–42. DOI: 10.26442/20751753.2025.1.203091

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2025 г.

Введение

Острый перикардит (ОП) – это воспалительное поражение сердечной оболочки (перикарда), развившееся как самостоятельная нозология либо как осложнение другого заболевания [1]. Истинная распространенность ОП неизвестна, но, согласно современным данным, на долю ОП приходится до 5% обращений в отделение неотложной помощи по поводу боли в грудной клетке [2]. Ввиду неспецифической клинической картины и отсутствия специальных методов диагностики постановка диагноза ОП может вызывать трудности [1]. Поздняя диагностика способствует задержке инициации медикаментозной терапии, основой которой является длительный прием эмпирически назначенных не-

стероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в установленных клиническими рекомендациями дозах [1].

Известно, что для ОП характерно благоприятное течение: госпитальная смертность составляет менее 1% и обусловлена в основном сопутствующей патологией [3]. Несмотря на это, ОП может значительно снижать качество жизни пациентов ввиду выраженного болевого синдрома, развития тампонады сердца, в ряде случаев – рецидивирующего характера развития [1]. Российским кардиологическим обществом (РКО) и Европейским обществом кардиологов подчеркивается, что наиболее эффективным способом профилактики осложнений ОП является своевременное начало надлежащего лечения [1, 4].

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Беселия Кети Муртазовна** – аспирант ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: berabera190213@gmail.com

Алабушев Антон Вячеславович – студент ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Королева Светлана Алексеевна – студентка ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Опиева Луиза Ломалиевна – студентка ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

✉ **Keti M. Beseliia** – Graduate Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: berabera190213@gmail.com; ORCID: 0009-0004-8196-4852

Anton V. Alabushev – Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0009-0005-4711-2282

Svetlana A. Koroleva – Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0009-0008-6349-0007

Luiza L. Opieva – Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0009-0007-1288-8800

Acute pericarditis: features of diagnosis and treatment in real practice

Kety M. Beseliia[✉], Anton V. Alabushev, Svetlana A. Koroleva, Luiza L. Opieva, Fatima A. Eldzharkieva, Maria S. Dolgaya, Alina R. Gainutdinova, Daria G. Gognieva

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract

Background. Acute pericarditis is an inflammatory disease of the pericardium that requires timely and accurate diagnosis to prevent potentially dangerous complications. This article reviews the key aspects of diagnosis and treatment of acute pericarditis in real clinical practice. Due to nonspecific clinical picture and absence of special diagnostic methods, diagnosis of acute pericarditis may cause difficulties. In about one third of patients, the course of the disease is recurrent, which requires assessment of possible risk factors for recurrent episodes of acute pericarditis. The clinical practice of management of patients with OP in the Russian Federation is limited to the description of individual cases.

Aim. To evaluate the peculiarities of management and treatment of patients with OP in the hospital register.

Materials and methods. A retrospective study was carried out in Moscow hospitals Moscow City Hospital named after S.S. Yudin and Pirogov City Clinical Hospital №1 from January 2023 to September 2024. The protocol was approved by the ethical committee of the Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). The charts of patients diagnosed with OP were analyzed. Inclusion criteria: age ≥ 18 years, presence of 2 of 4 major criteria for OP. Patients with HIV, pregnancy, acute psychiatric conditions and severe chronic renal failure ($\text{pSCF} < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) were excluded.

Results. Forty patients with OP were included. Consistency of diagnostic characteristics with the grand diagnostic criteria was assessed 1 of 4 grand criteria occurred in 7 (17%) cases; 2 of 4 occurred in 25 (63%) individuals, 3 of 4 in 8 (20%); complete compliance with all criteria was absent. 27 (68%) patients had ECG changes, ST segment elevation in 24 (60%), but only 3 (13%) had changes in all leads. PQ depression and pericardial friction murmur were not recorded. OP was diagnosed on the day of hospitalization in 29 (73%) patients, in 11 (27%) – on the 2nd day after CAG. Four (10%) developed acute heart failure requiring diuretics. Monotherapy with NSAIDs was used in 21 (53%) patients, combined therapy with NSAIDs + colchicine – in 6 (15%). Bacterial etiology of OP besides antibiotics also requires prescription of combination of NSAIDs/HCS + colchicine. In the discussed study, therapy with NSAIDs, GCS and colchicine was initiated only when antibiotic therapy was ineffective, which is not in accordance with clinical guidelines. The dosage of NSAIDs was in accordance with recommendations in 40% of cases, adequate dose of colchicine in 28%. Combination therapy at discharge was recommended in 21 (52.5%) cases; correct doses and timing were indicated in 18 (44%) and 7 (17.5%) patients.

Conclusion. The diagnosis of OP was more often made in the first day; in the rest, the delay in diagnosis was associated with troponin elevation and ST segment elevation on ECG, which requires CAG for differential diagnosis. The main errors of treatment: incorrect doses of NSAIDs/GCS, absence of colchicine in therapy and terms of its administration in discharge epicrisis, as well as absence of information about physical load limitations.

Keywords: acute pericarditis, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, colchicine, glucocorticosteroids, ST-segment elevation, chest pain, pericardial friction murmur, pericardial effusion

For citation: Beseliia KM, Alabushev AV, Koroleva SA, Opieva LL, Eldzharkieva FA, Dolgaya MS, Gainutdinova AR, Gognieva DG. Acute pericarditis: features of diagnosis and treatment in real practice. Consilium Medicum. 2025;27(1):38–42. DOI: 10.26442/20751753.2025.1.203091

Клиническая практика ведения пациентов с ОП в нашей стране ограничена описанием отдельных случаев [5, 6]. В этой связи интерес представляет оценка особенностей ведения и лечения пациентов с ОП в рамках госпитального регистра.

Материалы и методы

Ретроспективное исследование проведено на базе городских клинических больниц ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» и ГБУЗ «ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова» (г. Москва) в период с января 2023 по сентябрь 2024 г. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), выписка №17-23. Ввиду ретроспективного дизайна подписания добровольного информированного согласия не требовалось.

Проанализированы электронные карты всех пациентов, выписанных с диагнозом ОП, и собраны данные о госпитализации с момента обращения в приемное отделение до выписки или смерти в больнице. Критерии включения следующие: возраст ≥ 18 лет; ОП, установление диагноза которого требовало наличия 2 из 4 больших критериев [4]:

- 1) боль в груди;
- 2) шум трения перикарда;
- 3) специфические конкордантные изменения сегмента ST и депрессия интервала PQ или PR на электрокардиограмме;
- 4) перикардальный выпот (новый или рецидивирующий).

Критерии исключения: инфицирование ВИЧ; беременность; острые психические состояния; хроническая болезнь почек с расчетной скоростью клубочковой фильтрации (pCKF) $< 15 \text{ мл/мин/1,73 m}^2$ (по формуле Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), заместительная почечная терапия.

Всем больным проведены рентгенография органов грудной клетки (РГК), электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), стандартные анализы крови, предусмотренные рекомендациями [4]. При необходимости проводились мультиспиральная компьютерная томография (КТ) грудной клетки, магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца, коронароангиография (КАГ). Диагностическая и лечебная пункция перикарда осуществлялась согласно рекомендациям РКО. При наличии показаний с целью исключения специфических форм перикардитов

Эльдзаркиева Фатима Абдул-Хакимовна – студентка ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Долгая Мария Сергеевна – студентка ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Гайнутдинова Алина Радиковна – студентка ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Гогниева Дарья Геннадиевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Института персонализированной кардиологии, доц. каф. кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Fatima A. Eldzharkieva – Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0009-0008-5691-5900

Maria S. Dolgaya – Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0009-0009-5480-2408

Alina R. Gainutdinova – Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0009-0006-4026-4598

Daria G. Gognieva – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-0451-2009

определяли в крови антинуклеарный фактор и антитела к циклическому цитрулинированному пептиду, тиреотропный гормон, выполняли диаскин-тест.

Статистический анализ

Все количественные переменные проверяли на наличие нормального распределения при помощи теста Колмогорова–Смирнова. Переменные с нормальным распределением описывали средним значением и стандартным отклонением. Если распределение отличалось от нормального, его описывали медианой и межквартильным размахом между 25 и 75-м перцентилями.

Ограничения

Основными ограничениями представленного исследования являются ретроспективный дизайн и малая выборка пациентов.

Результаты

Включены 40 пациентов с ОП (78% – мужчины), средний возраст – 45 ± 16 лет. Среди включенных пациентов 27 (68%) госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, 11 (28%) – в линейное кардиологическое отделение. Переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии из линейного отделения 2 (5%) больных. Медиана длительности госпитализации составила 7,0 [3,6; 11,5] дня. Идиопатический ОП диагностирован у 26 (65%) пациентов, ОП бактериальной этиологии – у 14 (35%), из них у 7 (50%) – внебольничная полисегментарная пневмония, у 3 (21%) – менингококковая инфекция, у 4 (29%) возбудитель идентифицирован при посеве пунктата перикардиальной жидкости.

Основными жалобами на момент госпитализации являлись боль за грудиной ($n=38$) и одышка при физической нагрузке ($n=25$). Подъем сегмента ST на ЭКГ встречался у 24 (60%) пациентов, из которых только в 3 (13%) случаях наблюдалась элевация во всех отведениях. Инверсия зубцов T определялась у 6 (16%) пациентов, данные о депрессии интервала PQ или PR в медицинской документации отсутствовали. У 9 (23%) пациентов отмечалась синусовая тахикардия, у 6 (16%) зарегистрирован впервые выявленный пароксизм фибрилляции/трепетания предсердий.

По данным физикального осмотра шум трения перикарда зарегистрирован в 2 (5%) случаях, набухания яремных вен не отмечалось. Фебрильная лихорадка при поступлении описана у 22 (55%) пациентов. В 4 (11%) случаях выслушивались мелкопузырчатые хрипы в легких, что свидетельствовало о застойных явлениях.

По данным общего анализа крови лейкоцитоз более $11 \times 10^9/\text{л}$ определялся у 19 (48%) пациентов, при этом значения скорости оседания эритроцитов в общем анализе крови указаны лишь у 8 (20%) пациентов. У 37 (93%) пациентов отмечалось повышение уровня С-реактивного белка (СРБ). Медиана уровня СРБ составила 104 [39; 160] мг/л. Повышение уровня тропонина наблюдалось в 14 (35%) случаях, что расценено как «миоперикардит». Повышение уровня N-концевого пропептида натрийуретического гормона (NT-proBNP) отмечалось у 11 (28%) пациентов. Медиана NT-proBNP составила 560 [290; 745] пг/мл, средняя рСКФ – 81 ± 33 мл/мин/1,73 м².

Клинико-лабораторные характеристики пациентов при поступлении представлены в табл. 1.

Коморбидными заболеваниями являлись у 19 (48%) – гипертоническая болезнь, у 2 (5%) – постинфарктный кардиосклероз, у 5 (12%) – сахарный диабет, у 9 (23%) – фибрилляция/трепетание предсердий, у 5 (12%) – бронхиальная астма в обострении, у 2 (5%) – имплантация электрокардиостимулятора более 12 мес назад.

Данные ЭхоКГ при поступлении представлены в табл. 2.

Таким образом, 1 из 4 критериев встречался у 7 (17%) пациентов, 2 из 4 – у 25 (63%), 3 из 4 – у 8 (20%). Пациентов со всеми большими критериями ОП на момент поступления не

Таблица 1. Клинико-лабораторная характеристика пациентов

Характеристика	Значение
Возраст, лет	45 ± 16
Боль в груди, абс. (%)	38 (95)
Лихорадка, абс. (%)	22 (55)
Вынужденное положение, абс. (%)	1 (2,5)
Одышка, абс. (%)	25 (63)
Пульсация яремных вен, абс. (%)	0 (0)
Шум трения перикарда при аускультации, абс. (%)	2 (5)
Хрипы в легких, абс. (%)	4 (10)
Периферические отеки, абс. (%)	6 (15)
Плевральный выпот по данным РГК/КТ, абс. (%)	16 (40)
Пневмония при поступлении, абс. (%)	9 (23)
Лабораторные данные	
Лейкоцитоз, абс. (%)	19 (48)
СОЭ, абс. (%)	8 (20)
СРБ, мг/л; Ме [Q1; Q3]	104 [39; 160]
Прокальцитонин, нг/мл; Ме [Q1; Q3]	0,15 [0,07; 0,23]
Тропонин I, пг/мл; Ме [Q1; Q3]	0,05 [0,02; 0,60]
Тропонин T, пг/мл; Ме [Q1; Q3]	0,24 [0,02; 1,35]
Креатинин крови, мкмоль/л; Ме [Q1; Q3]	82 [70; 107]
рСКФ, мл/мин/1,73 м ²	81 ± 33
NT-proBNP, пг/мл; Ме [Q1; Q3]	560 [290; 745]
Примечание. Здесь и далее в табл. 2: Ме – медиана, СОЭ – скорость оседания эритроцитов.	

Таблица 2. Данные ЭхоКГ при поступлении

Данные ЭхоКГ	
Эхо-негативное пространство, мм, абс. (%)	
<10	29 (73)
10–20	6 (15)
>20	5 (12)
Расширение НПВ, абс. (%)	4 (10)
Коллабирование НПВ, абс. (%)	40 (100)
Легочная гипертензия, абс. (%)	14 (38)
ФВ ЛЖ, %; Ме [Q1; Q3]	57 [50; 62]
Зоны гипокинеза, абс. (%)	9 (24)
Примечание. НПВ – нижняя полая вена, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка.	

выявлено. Диагноз ОП в 1-е сутки госпитализации выставлен 29 (73%) пациентам, на 2-е сутки госпитализации – 11 (28%). Терапия ОП инициирована после постановки диагноза.

Лечение НПВП (ибупрофеном, кетопрофеном, ацетилсалициловой кислотой – АСК) получали 27 (68%) пациентов, НПВП в виде монотерапии – 21 (53%), в комбинации с колхицином – 6 (15%). Терапию НПВП (ибупрофен 600 мг каждые 8 ч; АСК >2,25 г/сут), согласно рекомендациям РКО, получали только 16 (40%). В остальных случаях при использовании данных НПВП дозировка оказалась некорректной [4]. Четыре (10%) пациента получали кетопрофен в дозе 100 мг 3 раза в сутки внутривенно. Клинические рекомендации РКО не ограничивают использование других НПВП, однако конкретные дозы указаны только для АСК и ибупрофена [4].

Терапия колхицином проводилась 12 (30%) пациентам, монотерапия колхицином – 2 (5%), лечение комбинацией колхицина с преднизолоном – 3 (7,5%). Адекватную дозировку колхицина (0,5 мг 2 раза в сутки или 0,5 мг/сут) получали 11 (28%) пациентов, ошибочное назначение наблюдалось в 1 (2,5%) случае.

Таблица 3. Применяемые за период госпитализации препараты

Препарат	Число пациентов, абс. (%)
<i>Препараты, назначаемые в стационаре</i>	
НПВП	27 (68)
Колхицин	12 (30)
ГКС	5 (12,5)
АБТ	9 (22,5)
<i>Препараты и их комбинации</i>	
НПВП	21 (53)
Колхицин	2 (5)
ГКС	2 (5)
Колхицин + НПВП	6 (15)
Колхицин + ГКС	3 (7,5)

Монотерапия глюкокортикостероидами (ГКС) назначена 2 (5%) пациентам (дексаметазон в дозе 12 мг/сут и преднизолон 30 мг/сут). Во всех случаях ГКС назначались по массе тела согласно рекомендациям РКО (например, преднизолон 0,2–0,5 мг/кг в сутки) [4]. Стоит отметить, что у всех 5 пациентов ГКС выступали препаратом терапии 1-й линии из-за бронхиальной астмы в стадии обострения. В 1 (2,5%) случае ГКС назначены в качестве терапии 1-й линии без показаний, однако впоследствии заменены на НПВП.

Антибиотикотерапия за период госпитализации проводилась 9 (23%) пациентам в связи с бактериальной этиологией перикардита.

Назначенная в стационаре лекарственная терапия представлена в табл. 3.

Дополнительная диагностика включала проведение РГТК (n=37), мультиспиральной КТ грудной клетки (n=24), МРТ сердца (n=4) и КАГ (n=15). Основной причиной проведения КАГ и МРТ стало повышение тропонина при поступлении (n=9 и n=5 соответственно) и связанная с этим необходимость уточнения природы повреждения миокарда. Диагноз ОП подтвержден на МРТ в 5 (13%) случаях: утолщение листков перикарда описано у 3 (7,5%), перикардиальный выпот – у 3 (7,5%), накопление контрастного вещества листками перикарда – у 5 (12,5%). Диаскин-тест выполнен 10 (25%) пациентам. Во всех случаях результат отрицательный. Диагностический перикардиоцентез с бактериологическим исследованием перикардиальной жидкости проведен у 5 пациентов с сепарацией листков перикарда >20 мм и у 1 пациента >15 мм, у 3 (50%) из них отмечался рост флоры. Во всех случаях проводилось дренирование полости перикарда.

При выписке комбинированная терапия согласно рекомендациям (НПВП/ГКС и колхицин) назначена в 21 (53%) случае. При этом правильные дозы использовали у 18 (45%) пациентов. Длительность терапии согласно рекомендациям РКО учитывалась в 7 (18%) случаях:

1. НПВП: ибупрофен 600 мг каждые 8 ч 1–2 нед с последующим снижением дозы до 200–400 мг каждые 1–2 нед; АСК 750–1000 мг каждые 8 ч 1–2 нед с дальнейшим снижением дозы до 250–500 мг каждые 1–2 нед.
2. Колхицин 0,5 мг/сут при массе тела <70 кг или 0,5 мг 2 раза в сутки при массе тела >70 кг в течение 3 мес. В последние 2 нед терапии прием колхицина 0,5 мг/сут вне зависимости от массы тела пациента.
3. ГКС в низких или умеренных дозах (например, преднизолон 0,2–0,5 мг/кг в сутки или эквивалент) под контролем уровня СРБ.

Ограничение физической активности отмечено в качестве рекомендации в 10 (25%) эпизодах.

Обсуждение

ОП является воспалительным заболеванием сердечной оболочки, которая может развиваться как самостоятельная нозология либо как осложнение другого заболевания. Несмотря на отсутствие точных данных о его распространенности, современные исследования показывают, что до 5% пациентов, обратившихся в неотложные отделения с жалобами на боль в грудной клетке, страдают ОП. В России для диагностики и лечения этого состояния используются клинические рекомендации РКО, однако реальная практика применения этих рекомендаций требует дальнейшего изучения. В представленном исследовании проведен анализ диагностики и лечения ОП в скоромощных стационарах г. Москвы.

Во всех случаях оценивалось соответствие клинко-лабораторных и инструментальных характеристик с большими критериями диагностики (боль в груди; выпот в полости перикарда [новый или рецидивирующий]; шум трения перикарда и специфические конкордантные изменения сегмента ST и депрессия интервала PQ или PR) [4]: 1 из 4 критериев встречался у 7 (17%) пациентов, 2 из 4 – у 25 (63%), 3 из 4 – у 8 (20%). Пациентов со всеми большими критериями ОП на момент поступления не выявлено. ЭКГ представляет собой вспомогательный инструмент диагностики, который в сочетании с клиническими и эхокардиографическими характеристиками необходим для установления диагноза ОП. К специфическим ЭКГ-характеристикам относятся: депрессия интервала PQ (PR), элевация сегмента ST без реципрокных изменений. В представленном исследовании только в 27 (68%) случаях при первичном осмотре обращали на себя внимание изменения на ЭКГ: у 24 (60%) пациентов отмечалась элевация сегмента ST, при этом только у 3 (13%) подъем сегмента ST регистрировался во всех отведениях. Депрессия интервала PQ/PR (присутствующая по данным литературы у 25–50% пациентов с ОП) в медицинской документации не описана [2]. Также отсутствовали данные о наличии шума трения перикарда. При анализе жалоб мы отметили, что только у 1 пациента отмечена зависимость болевого синдрома от положения тела.

У 29 (73%) пациентов ОП диагностирован в день госпитализации. В 11 (27%) случаях ОП установлен на 2-е сутки пребывания, что связано с необходимостью проведения КАГ для дифференциальной диагностики с ОКС (повышение тропонина и элевация сегмента ST во всех случаях). Необходимо отметить, что показатели тропонина являются дополнительными маркерами для диагностики вовлечения эпикарда при ОП.

Важно отметить, что в 4 (10%) случаях ОП развивалась ОН, потребовавшая назначения диуретиков. В 2 случаях ОН сопровождалась повышением уровня тропонина, что может свидетельствовать о значительной вовлеченности миокарда. Еще одним объяснением развития ОН может быть транзиторная констрикция на фоне ОП [4]. По данным выписных эпикризов определить транзиторную констрикцию затруднительно вследствие коротких протоколов ЭхоКГ с отсутствием информации о диастолической функции и дыхательной вариабельности трансмитрального и транстрикуспидального потоков.

Основой лечения ОП являются противовоспалительные препараты (НПВП/ГКС и колхицин). НПВП рекомендуются в качестве терапии 1-й линии при ОП, а колхицин – как дополнение для снижения частоты рецидивов [4]. Монотерапия НПВП применялась в 21 (53%) случае. Комбинированная терапия НПВП + колхицин назначена в 6 (15%) случаях. ГКС обычно используют при противопоказаниях/неэффективности НПВП, а также при наличии особых показаний, например при аутоиммунных заболеваниях [4]. Пять (13%) пациентов получали препараты группы ГКС, 2 (40%) из них – в виде монотерапии с момента постановки

диагноза ОП. Бактериальная этиология ОП помимо антибиотиков также требует назначения комбинации НПВП/ГКС + колхицин. В обсуждаемом исследовании терапия НПВП, ГКС и колхицином инициировалась только при неэффективности антибактериальной терапии, что не соответствует клиническим рекомендациям. Колхицин на госпитальном этапе назначался в 30% случаях, в виде монотерапии – в 2 (5%).

В 40% случаях пациенты получали дозировку НПВП, соответствующую рекомендациям. Только в 28% случаях использована адекватная доза колхицина. Дозировка ГКС во всех 5 случаях соответствовала рекомендациям РКО [4].

Комбинированная терапия (НПВП/ГКС + колхицин) при выписке назначалась лишь в 1/2 (52,5%) случаев. Рекомендации по продолжению этой терапии в нужной дозировке встречались у 18 (44%) пациентов, а указание на продолжительность лечения – всего у 7 (17,5%). Что касается физической активности, то, несмотря на рекомендации полного воздержания до исчезновения симптомов и клинической ремиссии, а также ограничения тяжелых нагрузок в течение 3–6 мес, в исследуемой группе рекомендации по ограничению физической активности получили лишь 10 (25%) пациентов.

Заключение

В большинстве случаев диагноз ОП устанавливался в первые сутки госпитализации, у остальных задержка в диагностике связана с повышением тропонина и элевацией сегмента ST на ЭКГ, что требует проведения КАГ с целью дифференциальной диагностики. Наибольшее количество ошибок приходится на назначение схем лечения. К ним относятся: некорректные дозы НПВП/ГКС, отсутствие колхицина в составе комбинированной терапии и конкретных сроков приема препаратов в выписных эпикризах, а также не указываются рекомендации по ограничению физической нагрузки.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of

the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), выписка №17-23. Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской конвенции.

Ethics approval. The study was approved by the local ethics committee of Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), extract №17-23. The approval and procedure for the protocol were obtained in accordance with the principles of the Helsinki Convention.

Информированное согласие на публикацию. Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Литература/References

1. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *Eur Heart J*. 2015;36(44):3075-128. DOI:10.1093/eurheartj/ehv319
2. Cremer PC, Klein AL, Imazio M. Diagnosis, Risk Stratification, and Treatment of Pericarditis: A Review. *JAMA*. 2024;332(13):1090-100. DOI:10.1001/jama.2024.12935
3. Cremer PC, Kumar A, Kontzias A, et al. Complicated Pericarditis: Understanding Risk Factors and Pathophysiology to Inform Imaging and Treatment. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68(21):2311-28. DOI:10.1016/j.jacc.2016.07.785
4. Арутюнов Г.П., Палеев Ф.Н., Тарловская Е.И., и др. Перикардиты. Клинические рекомендации 2022. *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(3):5398 [Arutyunov GP, Paleev FN, Tarlovskaya EI, et al. Pericarditis. Clinical Guidelines 2022. *Russian Journal of Cardiology*. 2023;28(3):5398 (in Russian)]. DOI:10.15829/1560-4071-2023-5398
5. Грибанов В.П., Кириллов А.С., Вавилов И.А., и др. Острый перикардит у пациента с перенесенным COVID-19: догоспитальный и госпитальный этапы наблюдения. *Медицинский алфавит*. 2021;1(11):60-4 [Gribanov VP, Kirillov AS, Vavilov IA, et al. Acute pericarditis in patient with COVID-19: pre-hospital and in-hospital follow-up stages. *Medical alphabet*. 2021;1(11):60-4 (in Russian)]. DOI:10.33667/2078-5631-2021-11-60-64
6. Останина Н.Г., Серезина Е.К., Обрезан А.Г. Клинический случай острого перикардита у молодого пациента. *Кардиология: новости, мнения, обучение*. 2023;11(2):61-5 [Ostanina NG, Serezhina EK, Obrezan AG. Klinicheskii sluchai ostrogo perikardita u mladogo patsienta. *Kardiologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. 2023;11(2):61-5 (in Russian)]. DOI:10.33029/2309-1908-2023-11-2-61-65
7. Imazio M. Medical therapy of pericarditis: tips and tricks for clinical practice. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2024;25(6):420-5. DOI:10.2459/JCM.0000000000001618

Статья поступила в редакцию / The article received: 02.12.2024

Статья принята к печати / The article accepted for publication: 25.03.2025



OMNIDOCTOR.RU