

Клинический случай идиопатического рецидивирующего перикардита: диагностика и тактика ведения

О.М. Урясьев¹, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша (*uryasev08@yandex.ru*);

А.В. Соловьева¹, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша (*savva2005@bk.ru*);

Е.А. Юневич², заведующий терапевтическим отделением ГБУ РО «ОКБ»;

Э.В. Столяров², врач-терапевт терапевтического отделения ГБУ РО «ОКБ» (*stolarnauka@mail.ru*);

М.А. Левина², врач-терапевт терапевтического отделения ГБУ РО «ОКБ»;

Н.Д. Нозадзе^{1,2}, клинический ординатор кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша, врач-стажер терапевтического отделения ГБУ РО «ОКБ» (*ninonozadze55@yandex.ru*).

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России (390026, г. Рязань, ул. Высоковольская, 9);

² Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Областная клиническая больница» (390039, г. Рязань, ул. Интернациональная, 3А).

Идиопатический рецидивирующий перикардит (ИРП) представляет собой сложное и малоизученное заболевание, характеризующееся повторяющимися эпизодами воспаления перикарда без установленной этиологии. Несмотря на отсутствие явной причины, ИРП может приводить к значительному снижению качества жизни пациентов и требует тщательного подхода к диагностике и лечению. В статье приводится описание клинического случая ИРП с анализом диагностических критериев, тактики ведения пациента и оценки эффективности терапии. Диагноз ИРП установлен после исключения инфекционных, аутоиммунных и других возможных причин перикардита на основании данных лабораторных и инструментальных исследований, проводился анализ динамики состояния на фоне базисной противовоспалительной терапии.

Заключение: Описанный клинический случай подчеркивает важность дифференциальной диагностики и своевременно начатого лечения ИРП. Применение современных методов визуализации и комплексной терапии согласно действующим клиническим рекомендациям позволяет достичь контроля над заболеванием и улучшить прогноз у пациентов с ИРП.

Ключевые слова: идиопатический рецидивирующий перикардит, колхицин, нестероидные противовоспалительные препараты.

Clinical case of idiopathic recurrent pericarditis in a patient with arterial hypertension

O.M. Uryasev¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of the Faculty Therapy named after Professor V.Ya. Garmash (*uryasev08@yandex.ru*);

A.V. Solovyeva¹, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Faculty Therapy named after Professor V.Y. Garmash (*savva2005@bk.ru*);

E.A. Yunevich², Head of the Therapy Department, Regional Clinical Hospital;

E.V. Stolyarov², General Practitioner, Therapy Department, Regional Clinical Hospital (*stolarnauka@mail.ru*);

M.A. Levina², General Practitioner, Therapy Department, Regional Clinical Hospital;

N.D. Nozadze^{1,2}, Clinical Resident, Department of Faculty Therapy named after Professor V.Ya. Garmash, Intern, Therapy Department, Regional Clinical Hospital (*ninonozadze55@yandex.ru*).

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov" of the Ministry of Health of the Russian Federation (9, Vysokovoltnaya str., Ryazan, Russia, 390026);

² The State budgetary institution of the Ryazan region "Regional Clinical Hospital" (3A, Internatsionalnaya str., Ryazan, Russia, 390039).



Idiopathic recurrent pericarditis (IRP) is a complex and poorly understood disease characterized by recurrent episodes of pericardial inflammation without an established etiology. Despite the lack of a clear cause, IRP can significantly reduce patients' quality of life and requires a thorough approach to diagnosis and treatment. This article describes a clinical case of IRP, analyzing diagnostic criteria, patient management, and evaluating treatment effectiveness. The diagnosis of IRP was established after excluding infectious, autoimmune, and other possible causes of pericarditis based on laboratory and imaging data. The patient's progression during standard anti-inflammatory therapy was analyzed.

Conclusion: This clinical case highlights the importance of differential diagnosis and timely treatment of IRP. The use of modern imaging techniques and combination therapy in accordance with current clinical guidelines allows for disease control and an improved prognosis in patients with IRP.

Keywords: idiopathic recurrent pericarditis, colchicine, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

ВВЕДЕНИЕ

Рецидивирующий перикардит остается одной из наиболее сложных проблем в современной кардиологии, составляя до 30 % случаев после первичного эпизода острого перикардита [1]. Особую категорию представляет идиопатический рецидивирующий перикардит (ИРП) — состояние, при котором, несмотря на расширенную диагностику, не удается выявить этиологический фактор. Согласно последним рекомендациям ESC, ИРП рассматривается как диагноз исключения после тщательного скрининга на инфекционные, аутоиммунные, метаболические и неопластические причины.

В основе патогенеза лежат нарушения регуляции воспалительного ответа, о чем свидетельствуют исследования, обнаружившие повышенные уровни интерлейкина-1 β и других провоспалительных цитокинов [2]. Клинически заболевание проявляется повторяющимися эпизодами загрудинной боли, перикардially выпота и, в редких случаях, констриктивным перикардитом [3]. ИРП значительно ухудшает качество жизни пациентов и требует длительной, часто многоэтапной терапии. Современные подходы к лечению включают комбинацию нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), колхицина и, при резистентных формах, биологических агентов (антагонисты IL-1 — анакинра) [4]. До недавнего времени отсутствовали единые алгоритмы ведения перикардитов, что приводило к высокой частоте рецидивов [5].

Цель: на примере клинического случая проанализировать диагностические критерии, терапевтические стратегии и долгосрочный прогноз при ИРП в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент К., 44 лет, заболел остро в декабре 2024 г., когда повысилась температура тела до 38,3°C, появился кашель, одышка в покое, боль в левой половине грудной клетки.

За медицинской помощью с вышеперечисленными жалобами обратился лишь 17.02.2025. Была выполнена эхокардиография (ЭхоКГ): выявлено около 1000 мл жидкости в полости перикарда, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) — 57 %. Пациент был госпитализирован в отделение торакальной хирургии, выполнена перикардially пункция с эвакуацией 600 мл серозного выпота. При контрольной ЭхоКГ через неделю жидкость в полости перикарда не определялась. Помимо перикардиоцентеза в отделении проводилась противовоспалительная (колхицин, аспирин) терапия, антибактериальная (цефтриаксон), диуретическая (спиронолактон), антисекреторная (омепразол). Из отделения торакальной хирургии был выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями принимать аспирин с постепенным снижением дозы, эзомепразол 40 мг утром натощак на весь период приема аспирина, колхицин — 0,5 мг 1 раз в день в течение 3 месяцев. Далее пациент в течение месяца наблюдался амбулаторно, при ЭхоКГ от 20.03.2025 жидкости в полости перикарда не обнаружено. Однако через неделю пациент вновь обратился с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, боли в левой половине грудной клетки, одышку. При ЭхоКГ от 27.03.2025 отмечалось около 500 мл жидкости в полости перикарда в связи с чем пациент был госпитализирован в терапевтическое отделение.

В анамнезе жизни: непереносимость лекарственных препаратов, вредные привычки отрицает, страдает гипертонической болезнью, наследственность не отягощена.



При поступлении состояние пациента оценивалось как средней степени тяжести. Температура тела 38,5°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические отеки отсутствуют, периферические лимфоузлы не пальпируются. Рост — 165 см, вес — 65 кг, индекс массы тела — 23,9 кг/м². Перкуторно границы относительной тупости сердца расширены влево, при аускультации тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается шум трения перикарда. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. справа, 118/78 мм рт. ст. слева, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 100 ударов в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Во время госпитализации пациенту выполнялся комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, направленных на выявление системных, инфекционных заболеваний, злокачественных новообразований, следствием которых могло быть воспаление серозных оболочек.

Результаты обследований в терапевтическом отделении: в общем анализе крови (ОАК) от 27.03.2025: лейкоциты — $19,58 \times 10^9$ /л, эритроциты — $4,47 \times 10^9$ /л, гемоглобин — 135 г/л, тромбоциты — 125×10^9 /л, гематокрит — 34,8 %, нейтрофилы — 85,7 %, лимфоциты — 7,2 %, моноциты — 6,4 %, базофилы — 0,6 %, эозинофилы — 0,1 %, скорость оседания эритроцитов — 22 мм/ч. В биохимическом анализе крови от 27.03.25: общий белок — 64,5 г/л, альбумин — 38,0 г/л, общий билирубин — 18,1 мкмоль/л, прямой билирубин — 8,9 мкмоль/л, аспаратаминотрансфераза — 50,5 Е/л, аланинаминотрансфераза — 31,0 Е/л, мочевины — 12 ммоль/л, креатинин — 191,9 мкмоль/л, амилаза — 18,1 Е/л, железо — 1,3 мкмоль/л, калий — 4,8 ммоль/л, натрий — 138,2 ммоль/л, С-реактивный белок (СРБ) — 67,48 мг/л. Анализ крови на количественный тропонин от 28.03.25: 31,1 нг/мл; от 30.03.25: 20,72 нг/мл. реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном от 28.03.25: отрицательный. Австралийский антиген методом иммуноферментного анализа (ИФА) от 28.03.25 не обнаружен. Антитела к гепатиту С методом ИФА от 28.03.25 не обнаружены. Анализ кала на скрытую кровь методом

ИФА от 31.03.25 не обнаружен. Прокальцитонин от 28.03.25: менее 0,5 нг/мл. Анализ крови на антинуклеарный фактор (АНФ) [ANA IIFT, HEp-2] от 03.04.25: менее 1 : 160. Анализ крови на антитела к нативной (двуспиральной) ДНК IgG от 03.04.25: 1,2 МЕ/мл. Анализ крови на С3, С4 — компоненты комплемента от 03.04.25: С3 — 1,71 г/л, С4 — 0,43 г/л.

На серии электрокардиограмм (ЭКГ) от 27.03. — 03.04. — 07.04.2025: синусовый ритм с ЧСС 108–87–84 ударов в мин. Нормальное положение электрической оси сердца (ЭОС). Субэндокардиальные изменения миокарда переднебоковой стенки ЛЖ.

При Холтеровском мониторировании ЭКГ от 09.04.2025 за время мониторирования 23 ч 21 мин регистрировался синусовый ритм с ЧСС 48–132 уд в мин. Выявлены редкие наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы. Ишемические изменения не обнаружены.

При эзофагогастродуоденоскопии от 04.04.2025: эндоскопические признаки поверхностного очагового гастрита.

Повторно ЭхоКГ выполнена 28.03.2025: в полости перикарда до 600 мл свободной жидкости, переднее эхонегативное пространство до 6 мм, умеренные признаки тампонады. Нижняя полая вена — 23 мм, коллапс 30 %, коллапс стенки правого предсердия. В плевральной полости слева около 700 мл жидкости, справа до 300 мл (в синусе). Кроме того, пациенту при поступлении 28.03.2025 было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и плевральных полостей. В плевральных полостях с обеих сторон визуализировалась свободная гомогенная жидкость: справа объемом 300 мл, слева объемом 600–650 мл, жидкости в брюшной полости не было выявлено. Была также выполнена рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки (РКТ ОГК) 28.03.2025 (рис. 1). В плевральных полостях с обеих сторон отмечался свободный выпот, справа толщиной до 10 мм, слева в задних отделах паракостально толщиной до 19 мм, в наддиафрагмальных отделах до 15 мм. В полости перикарда полоска жидкости от 12 мм до 22 мм. По формуле расчета выпота (толщина выпота в мм × 19) в плевральной полости справа

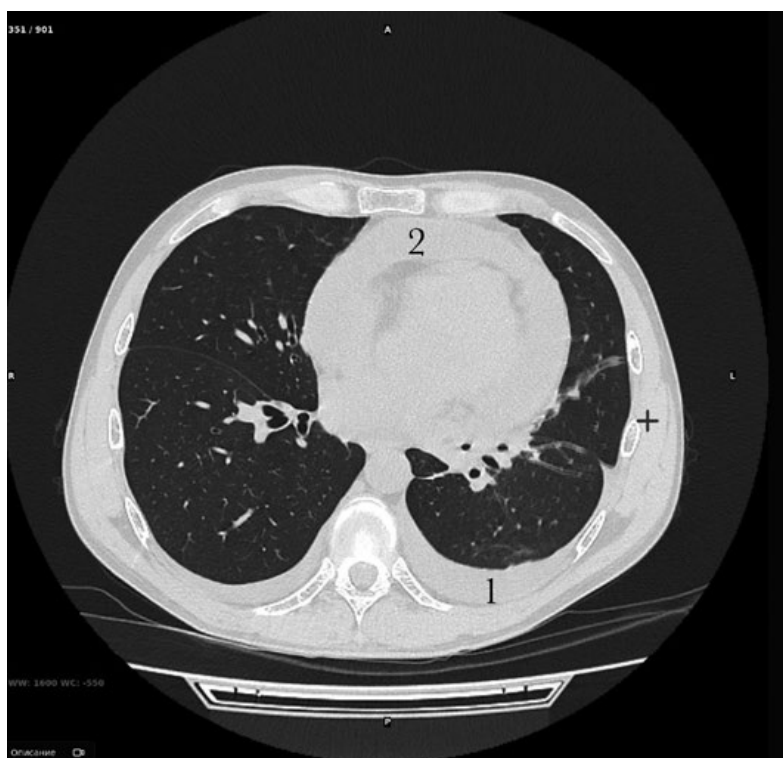


Рис. 1. Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки пациента К.

1 — выпот в плевральной полости;
2 — выпот в полости перикарда (полоска толщиной от 12 мм до 22 мм)

X-ray computed tomography of the chest organs of patient K.

190 мл, слева 360 мл, в полости перикарда до 418 мл свободной жидкости. Обращает также на себя внимание увеличение внутригрудных лимфатических узлов (л/у) аортопульмональной группы до 10 мм по короткой оси, паратрахеальных л/у справа до 6 мм, субкаринальных л/у толщиной 10 мм, остальные л/у мелкие. Дополнительные образования в средостении не выявлены.

При консультации пациента торакальным хирургом было принято решение от проведения перикардиоцентеза воздержаться в связи с высокими рисками от данной процедуры на момент осмотра. Была выполнена пункция плевральных полостей с целью последующего анализа плевральной жидкости. Анализ плевральной жидкости от 28.03.25: цвет светло-желтый, проба Ривальта положительная, лейкоциты — 15–20 в поле зрения, клетки мезотелия — 8–12 в поле зрения. АК, БК не обнаружены. Биохимический анализ плевральной жидкости от 31.03.25: общий белок — 46,0 г/л, альбумин — 29,96 г/л, глюкоза — 5,77 ммоль/л, холестерин — 2,53 ммоль/л. Посев плевральной жидкости на флору и чувствитель-

ность к антибиотикам от 02.04.25: патогенная и условно-патогенная флора не обнаружена.

На основании данных анамнеза, результатов объективного исследования, лабораторных и инструментальных методов был сформулирован окончательный диагноз.

Основное заболевание: ИРП (I30.9).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь 2 стадии, целевые значения достигнуты, риск сердечно-сосудистых осложнений 3.

Осложнения: Двусторонний плевральный выпот, разрешение. Гидроперикард. Сопутствующий: Эрозивный гастрит вне обострения.

В терапевтическом отделении пациенту проводилась противовоспалительная (колхицин, ибупрофен), антибактериальная (цефтриаксон), диуретическая (фуросемид с переходом на торасемид, спиронолактон), антисекреторная (эзомепразол) терапия. На фоне лечения состояние улучшилось: температура нормализовалась, боли и одышка купировались. В ОАК уровень лейкоцитов снизился до $5,52 \times 10^9$ /л, уровень СРБ с 210 до 67,48 мг/л, нормализовался уровень креатинина (76,5 мкмоль/л). На контрольном УЗИ сердца

и плевральных полостей от 07.04.25 свободной жидкости не выявлено, ФВ ЛЖ — 60 %. Пациент выписан с рекомендациями продолжить прием колхицина 0,5 мг/сут до 1 месяца, ибупрофен 200 мг/сут 2 недели, эзомеразол 20 мг 2 р/д, периндоприл 4 мг/сут, эплеренон 25 мг/сут.

В начале мая 2025 г. развился очередной рецидив перикардита с повышением температуры до 37,5°C, загрудинными болями, артралгиями, болями в пояснице. Лабораторно: в ОАК лейкоциты до $15,8 \times 10^9/\text{л}$, СРБ до 154,15 мг/л, Nt-proBNP 942,1 пг/мл. В анализе мочи протеинурия до 1 г/л. Получен положительный анализ крови на ДНК вируса Эпштейна–Барр. При ЭхоКГ выявлено до 150 мл жидкости в перикарде, 350 мл плеврального выпота слева. Пациент консультирован ревматологом, заподозрено системное заболевание, рекомендовано дообследование. Фтизиатром туберкулезная этиология исключена. 26.05.2025 проведена телемедицинская консультация в ФГБУ «НМИЦК им. Е.И. Чазова» Минздрава России, рекомендовано увеличить дозу колхицина до 0,5 мг 2 р/д, ибупрофена до 600 мг 3 р/д, дообследование по чек-листу ИРП. В августе 2025 г. при плановой госпитализации в НМИЦК им. Е.И. Чазова: СРБ 0,4 мг/л, тропонин в норме; при ЭхоКГ выпота в полости перикарда нет, париетальный листок перикарда уплотнен; коронарография исключила патологию коронарного русла; ревматологом исключены диффузные болезни соединительной ткани (АНФ < 1 : 160). Рекомендована постепенная отмена ибупрофена.

В конце сентября 2025 г. вновь появились боли в грудной клетке, лихорадка до 38,5°C, артралгии. 10.10.2025 пациент госпитализирован в кардиологическое отделение для больных с хронической сердечной недостаточностью Областной клинической больницы г. Рязани.

При поступлении: состояние средней тяжести. По данным ЭхоКГ (09.10.25): ФВ ЛЖ 65–68 %, полости не расширены, перикард неравномерно уплотнен, жидкости в полости перикарда нет. УЗИ плевральных полостей (10.10.25): справа до 140 мл, слева до 350 мл гомогенной жидкости. ЭКГ: синусовый ритм, нарушение внутрижелудочковой проводимости, диффузные изменения зубца Т. Лабораторно: в динамике отмечено сни-

жение СРБ с 24,6 мг/л (13.10) до 1,79 мг/л (17.10) и до 0 мг/л (23.10); ревматоидный фактор с 14,9 Е/мл до 0 Е/мл; Nt-proBNP при поступлении 553 пг/мл. Тропонин Т в норме. В общем анализе мочи патологии не выявлено. Расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) при выписке 101 мл/мин/1,73 м². По данным УЗИ органов брюшной полости (23.10.25) патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Плевральный выпот слева к выписке уменьшился до 70 мл. Проведено лечение: ибупрофен 2000 мг/сут (800 мг в 8:00 и 14:00, 600 мг в 22:00) с последующим снижением дозы, колхицин 500 мг/сут, периндоприл 4 мг/сут, метопролол 25 мг/сут, пантопразол. На фоне терапии достигнута клинико-лабораторная ремиссия. Выписан 24.10.25 в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить прием препаратов, контроль ЭхоКГ амбулаторно.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данный клинический случай демонстрирует типичное течение ИРП. Диагноз может быть выставлен пациенту только после тщательного обследования и исключения других хронических заболеваний, способствующих воспалению серозных оболочек.

Отсутствие лечения может привести к такому жизнеугрожающему осложнению, как тампонада сердца. Важно отметить, что первый эпизод перикардита был купирован стандартной терапией (аспирин + колхицин), однако это не предотвратило развитие рецидива, так как пациент самостоятельно прекратил прием препаратов после выписки из отделения торакальной хирургии, что подчеркивает необходимость длительного приема колхицина согласно действующим клиническим рекомендациям.

В представленном наблюдении обращает на себя внимание упорное рецидивирующее течение с вовлечением не только перикарда, но и плевры (двусторонний экссудативный плеврит), суставным синдромом, лихорадкой и лабораторной активностью. При наличии тампонады сердца и рецидивирующего течения всегда должен быть инициирован онкопоиск у пациента с перикардитом [6]. Тщательный диагностический поиск, включавший



исключение инфекционных, аутоиммунных и онкологических причин, позволил остановиться на диагнозе ИРП. Важно подчеркнуть, что даже после углубленного обследования в Федеральном центре не было выявлено этиологического фактора, были даны рекомендации по эскалации противовоспалительной терапии.

Лечение пациента в полном объеме соответствовало современным подходам к ведению ИРП: в последнюю госпитализацию (октябрь 2025 г.) была использована комбинация ибупрофена в высоких дозах (2000 мг/сут с постепенным снижением) и колхицина 0,5 мг/сут. На фоне терапии отмечена отчетливая положительная динамика: купирование болевого синдрома, нормализация температуры, уровня СРБ, уменьшение плеврального выпота, улучшение процессов реполяризации на ЭКГ.

Данный случай подчеркивает важность междисциплинарного подхода (кардиолог, ревматолог, торакальный хирург) и необходимость длительного наблюдения за пациентами с ИРП даже в период ремиссии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный случай иллюстрирует сложности диагностики и ведения рецидивирующего перикардита, подчеркивая важность междисциплинарного подхода специалистов различного профиля. Диагноз установлен после исключения инфекционных, аутоиммунных и онкологических причин перикардита. Лечение пациента, включавшее комбинацию НПВП в высоких дозах и колхицина, соответствует современным клиническим рекомендациям и обеспечило достижение длительного положительного терапевтического эффекта.

Литература

1. Andreis A., Imazio M., Casula M., et al. Recurrent pericarditis: an update on diagnosis and management. *Internal and Emergency Medicine*. 2021;16(3):551–558. <https://doi.org/10.1007/s11739-021-02639-6>.
2. Schulz-Menger J., Collini V., Gröschel J., et al. 2025 ESC Guidelines for the management of myocarditis and pericarditis. *Eur Heart J*. 2025;46(40):3952–4041. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf192.
3. Lopalco G., Rigante D., Cantarini L., et al. The autoinflammatory side of recurrent pericarditis: Enlightening the pathogenesis for a more rational treatment. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 2021;31(5):265–274. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2020.04.006>.
4. Lo Presti S., Elajami T.K., Reyalde R., Anthony C., Imazio M., Klein A.L. Emerging Therapies for Recurrent Pericarditis: Interleukin-1 inhibitors. *J Am Heart Assoc*. 2021 Oct 5;10(19):e021685. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.021685>.
5. Chiabrando J.G., Bonaventura A., Vecchié A., Wohlford G.F., Mauro A.G., Jordan J.H., Grizzard J.D., Montecucco F., Berrocal D.H., Brucato A., Imazio M., Abbate A. Management of Acute and Recurrent Pericarditis: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Jan 7;75(1):76–92. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.021>.
6. Урясьев О.М., Соловьева А.В., Коршунова Л.В., и др. Особенности течения экссудативного перикардита при метастатическом поражении сердца. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2023;11(4):563–572. <https://doi.org/10.23888/HMJ2023114563-572>.

