

Заметки и наблюдения из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025

Демьяненко А.В.¹, Варавин Н.А.², Сантакоев А.А.², Соловьева Д.М.²

ОСТРЫЙ ПЕРИКАРДИТ И ДВУСТОРОННИЙ ПЛЕВРИТ В ДЕБЮТЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

¹ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, Москва, Россия

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

Острый перикардит является частой причиной болей в груди у молодых людей и может сопровождаться перикардиальным выпотом, часто небольшого размера. В большинстве случаев причина не установлена или предполагается, что это вирусная инфекция. Системная красная волчанка (СКВ) — хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся мультисистемным поражением — частая причина перикардита и перикардиального выпота. Однако значительный перикардиальный выпот и тампонада сердца при этом заболевании наблюдаются редко и еще реже могут встречаться как первое его проявление. Диагностика СКВ представляет собой сложную клиническую задачу и требует высокой клинической настороженности. В статье приводится клинический случай редкой формы СКВ, которая проявилась у молодого пациента в виде перикардиального выпота, который, в свою очередь, привел к тампонаде сердца.

Ключевые слова: системная красная волчанка; тампонада сердца; перикардиальный выпот; плеврит.

Для цитирования: Демьяненко А.В., Варавин Н.А., Сантакоев А.А., Соловьева Д.М. Острый перикардит и двусторонний плеврит в дебюте системной красной волчанки. *Клиническая медицина*. 2025;103(1):51–54.

DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2025-103-1-51-54>

Для корреспонденции: Демьяненко Алексей Владимирович — e-mail: dav_73@list.ru

Alexey V. Demyanenko¹, Nikita A. Varavin², Alexander A. Santakov², Darya M. Solovyova²

ACUTE PERICARDITIS AND BILATERAL PLEURITIS IN THE ONSET OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

¹Central Military Clinical Hospital named after P.V. Mandryk of the Ministry of Defense of Russia, Moscow, Russia

²Military Medical Academy named after S.M. Kirov of the Ministry of Defense of Russia, Saint Petersburg, Russia

Acute pericarditis is a common cause of chest pain in young individuals and may be accompanied by pericardial effusion, often of small size. In most cases, the cause is unknown or presumed to be a viral infection. Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease characterized by multisystem involvement and is a frequent cause of pericarditis and pericardial effusion. However, significant pericardial effusion and cardiac tamponade in this condition are rare and even less frequently occur as the first manifestation. The diagnosis of SLE presents a complex clinical challenge and requires a high level of clinical suspicion. The article presents a clinical case of a rare form of SLE that manifested in a young patient as pericardial effusion, which subsequently led to cardiac tamponade.

Key words: systemic lupus erythematosus; cardiac tamponade; pericardial effusion; pleuritis.

For citation: Demyanenko A.V., Varavin N.A., Santakov A.A., Solovieva D.M. Acute pericarditis and bilateral pleurisy at the onset of systemic lupus erythematosus. *Klinicheskaya meditsina*. 2025;103(1):51–54. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2025-103-1-51-54>

For correspondence: Alexey V. Demyanenko — e-mail: dav_73@list.ru

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 17.05.2024

Accepted 18.06.2024

Системная красная волчанка (СКВ) — хроническое аутоиммунное заболевание, которое имеет множество клинических проявлений и может поражать любую систему органов. Поражение сердца встречается часто и может наблюдаться более чем у 50% пациентов с СКВ. Хотя перикардиальный выпот и перикардит являются наиболее распространенными сердечными проявлениями, тампонада сердца встречается крайне редко, особенно как первое проявление заболевания [1–4]. Тампонада сердца является опасным для жизни осложнением СКВ,

которое проявляется болью в груди, одышкой, учащенным сердцебиением и, в более тяжелых случаях, головокружением и обмороком [5].

Классификация СКВ Европейского альянса ассоциаций ревматологов (EULAR) 2019 г. включает клиническую и серологическую диагностику с положительным титром антинуклеарных антител не менее 1:80. Клинические критерии включают гематологические, скелетно-мышечные, серозные, почечные, кожно-слизистые, конституциональные и нервно-психические аспекты.

Лечение всех пациентов с СКВ включает гидроксихлорохин в дозе до 5 мг/кг. Стероиды могут использоваться в качестве дополнения к иммуносупрессивной терапии [2, 4].

Острый перикардит — распространенная причина болей в груди у молодых людей — часто сопровождается небольшим перикардиальным выпотом. В большинстве случаев причина не выясняется или предполагается, что это вирусная инфекция. Однако если перикардит рецидивирует или протекает тяжело, следует рассматривать альтернативные причины, которые могут повлиять на лечение и прогноз [5–7].

Клинический случай

Пациент К., 19 лет, ухудшение самочувствия отмечает с 08.04.2024, когда, находясь в войсковой части по месту службы, отметил появление общего недомогания, насморка, повышение температуры тела до 37 °С. 09.04.2024 обратился за медицинской помощью в медицинский пункт войсковой части. Госпитализирован в лазарет, назначена антибактериальная терапия. Находился в лазарете части в течение 3 дней, выписан с выздоровлением. Однако через 2 дня вновь отметил повышение температуры до 39 °С, появились общая слабость, боль в груди, обратился за медицинской помощью в медицинский пункт части, госпитализирован, возобновлена антибактериальная терапия. 16.04.2024 отметил появление одышки при небольшой физической нагрузке. 18.04.2024 в связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения был направлен в военный госпиталь с диагнозом «Внебольничная пневмония», где на флюорографии органов грудной клетки выявлена жидкость в полости перикарда и плевральных полостях, которая было подтверждена по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) и компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки.

19.04.2024 пациент был переведен в ГУЗ «Областной кардиологический диспансер» г. Саратова. Проконсультирован кардиохирургом, выполнена ЭхоКГ. Выявлен выпот в полости перикарда в большом объеме с нитями фибрина. Диастолическая сепарация листков перикарда за передней

стенкой правого желудочка (ПЖ): 8 мм, за боковой стенкой ПЖ: 17–22 мм, за заднебоковыми отделами левого желудочка (ЛЖ): 38 мм, за правым предсердием (ПП): 14 мм, за верхушкой сердца — максимально до 22 мм. Объем выпота не менее 750 мл (Simpson). Глобальная сократимость левого желудочка: в пределах нормы. Фракция выброса (ФВ) 66%. Выпот в плевральной полости слева в виде неоднородной мелкодисперсной взвеси (на уровне угла лопатки, сепарация листков 55 мм), справа — в синусе (сепарация листков 33 мм). Учитывая угрозу тампонады сердца, принято решение о госпитализации для проведения пункции и дренирования полости перикарда и плевральных полостей. 22.04.24 переведен для дальнейшего лечения и обследования в ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С.М. Кирова» Минобороны России. При поступлении состояние пациента удовлетворительное, стабильное. Жалоб активно не предъявляет. Сознание ясное. Кожный покров обычной окраски, физиологической влажности, теплый на ощупь, чистый. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. Трофических нарушений кожного покрова нет. Температура тела на момент осмотра 36,7 °С. Аускультативно в легких дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. SpO₂ 100%. Гемодинамика стабильная. АД 125/70 мм рт. ст. Пульс 57 в минуту, ритмичный. По монитору ритм синусовый с ЧСС 57 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык сухой. Живот не вздут, мягкий, на пальпацию не реагирует. Перистальтика выслушивается. Питание самостоятельное. Стула не было. Мочеиспускание по уретральному катетеру, 600 мл мочи желтого цвета, без видимых патологических примесей. По дренажам: перикард — следы серозного отделяемого, левая плевральная полость — следы серозного отделяемого.

По данным лабораторных методов обследования: в общем анализе крови — снижение гемоглобина до 116 г/л, в биохимическом анализе крови — повышение уровня АСТ до 152,4 ЕД/л, АЛТ до 186,6 ЕД/л, СРБ до 67,2 мг/л, снижение уровня общего белка до 54,9 г/л, альбумина до 28,2 г/л.

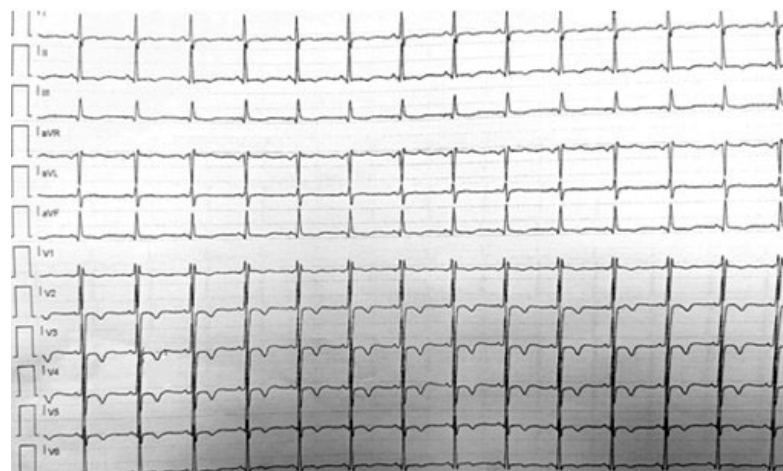


Рис. 1. Нарушения процессов реполяризации
Fig. 1. Repolarization process disturbances

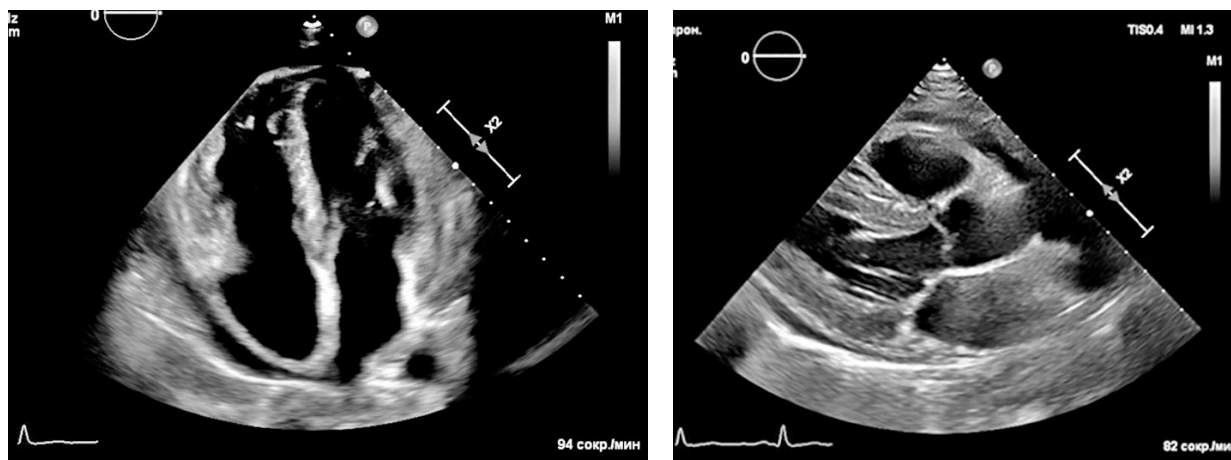


Рис. 2. Выпот в полости перикарда после пункции по данным ЭхоКГ
Fig. 2. Pericardial effusion after puncture according to EchoCG data

Данные инструментальных методов обследования

ЭКГ от 22.04.2024. Синусовая брадикардия. Неполная блокада правой ножки предсердно-желудочкового пучка. Распространенные неспецифические нарушения процессов реполяризации, более выраженные в переднеперегородочной области (рис. 1).

ЭхоКГ от 22.04.2024. Камеры сердца не расширены (конечный диастолический объем (КДО) ЛЖ 90 мл, объем левого предсердия (ОЛП) 48 мл, объем правого предсердия (ОПП) 57 мл). Нарушений локальной кинетики миокарда ЛЖ не выявлено. Глобальная сократительная способность ЛЖ сохранена (ФВ по Симпсону 59%). Систолическая функция ПЖ сохранена. Функция клапанов не нарушена. Давление в легочной артерии не повышено (СДЛА 25 мм рт. ст.). В полости перикарда лоцируется жидкость с расхождением листков перикарда за свободной стенкой правого желудочка до 6 мм, за задней, нижне-боковой, боковой стенками левого желудочка до 10 мм (рис. 2).

КТ органов грудной клетки от 22.04.2024. КТ-картина расширения средостения за счет жидкости в полости перикарда (рис. 3).



Рис. 3. КТ-картина жидкости в полости перикарда
Fig. 3. CT image of fluid in the pericardial cavity

Предварительный диагноз:

Основное заболевание: Острый идиопатический экссудативно-фибринозный перикардит. Двухсторонний экссудативный плеврит.

Осложнение основного заболевания: Тампонада сердца от 19.04.2024. Дренирование полости перикарда от 19.04.2024. Дренирование левой плевральной полости от 19.04.2024. Пункция правой плевральной полости от 19.04.2024.

Пациенту была начата противовоспалительная терапия: ибупрофен 1800 мг/сут, колхицин 0,5 мг/сут, а также гастропротективная терапия. В рамках дифференциальной диагностики проводилось исключение туберкулеза (Т-Spot отрицательный), системных заболеваний соединительной ткани: болезни Стилла взрослых, васкулитов (ревматоидный фактор отрицательный, уровень ферритина, рANCA, сANCA в пределах референсных значений), заболеваний вирусной этиологии (IgM к капсидному белку вируса Эпштейна–Бarr, цитомегаловируса в пределах референсных значений). По результатам иммунологических исследований выявлены следующие маркеры аутоиммунных заболеваний: антитела к ДНК нативной (двуспиральной) — 200 ед/мл (N 0–20), антинуклеарный фактор на клеточной линии HEp-2 с определением 6 типов свечения: титр — 5120, ядерный гранулярный тип свечения (АС-2,4).

Пациент был проконсультирован ревматологом, установлен диагноз: Системная красная волчанка: подострое течение, с умеренной активностью, с поражением серозных оболочек (плевры, перикарда), с умеренными гематологическими изменениями.

Обсуждение

В рамках СКВ плеврит с плевральным выпотом встречается часто и был описан в 30–50% случаев, но обычно он небольшой и редко требует инвазивных процедур для дренирования. Перикардиальный выпот может наблюдаться у 2% пациентов, а значительный перикардиальный выпот или тампонада сердца встречаются менее чем в 1% случаев СКВ и еще реже являются первым прояв-

лением заболевания. В одном исследовании сообщалось о частоте возникновения тампонады до 22%, но обычно спустя годы после постановки диагноза СКВ. Симптоматический полисерозит с плевральным, перикардиальным выпотом и/или асцитом был выявлен у 12–30% пациентов с СКВ. Хотя СКВ чаще встречается у пациентов женского пола, в некоторых исследованиях сообщалось о более высокой частоте перикардиального серозита у мужчин [8–9].

Постановка диагноза СКВ представляет собой сложную задачу и требует высокой клинической настороженности. В обсуждаемом клиническом случае после обнаружения положительного АНА были оценены критерии классификации EULAR/ACR и установлено 14 баллов, подтверждающие диагноз (острый перикардит — 6, антитела к ДНК нативной (двуспиральной) — 6, лихорадка — 2). При этом не было выявлено признаков перитонита или асцита, а также других типичных признаков СКВ, таких как кожные, артритные, почечные или неврологические признаки [3].

Прогноз полисерозита, ассоциированного с СКВ, обычно благоприятный, если он выявлен и начато соответствующее лечение. Рецидив серозита встречается редко и часто поддается лечению нестероидными противовоспалительными препаратами и кортикостероидами, как это произошло в данном случае [8, 10]. Данный клинический случай иллюстрирует редкую форму проявления СКВ у молодого мужчины, у которого первым проявлением были полисерозит и тампонада сердца.

Выводы

Представленный клинический случай описывает редкий вариант дебюта заболевания, когда у молодого пациента первым симптомом СКВ стал перикардиальный выпот, который привел к тампонаде сердца. Тампонада сердца — это опасное состояние, и врачи должны учитывать СКВ при обследовании пациентов с перикардиальным выпотом. Чтобы успешно лечить перикардит у пациентов с СКВ, очень важно своевременно и точно диагностировать заболевание. Раннее выявление серологических маркеров СКВ имеет решающее значение для постановки диагноза. Врачи должны включать СКВ в список возможных причин развития перикардита и тампонады сердца, а также проводить соответствующее обследование для выявления ревматологических заболеваний [10].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Панафидина Т.А., Попкова Т.В., Асеева Е.А., Лила А.М. Современный подход в диагностике и лечении системной красной волчанки. *Доктор.Ру.* 2021;20(7):40–50. [Panafidina T.A., Popkova T.V., Aseeva E.A., Lila A.M. Modern Approach to the Diagnosis and Management of Systemic Lupus Erythematosus. *Doctor.Ru.* 2021;20(7):40–50. (In Russian)]. DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-7-40-50
2. Лила В.А., Мазуров В.И., Лапин С.В., Мазинг А.В., Мошникова А.Н. Современные возможности ранней диагностики системной красной волчанки. *Современная ревматология.* 2018;12(3):34–9. [Lila V.A., Mazurov V.I., Lapin S.V., Mazing A.V., Moshnikova A.N. Current possibilities for early diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal.* 2018;12(3):34–9. (In Russian)]. DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-7-40-50

3. Лила В.А. Клинико-лабораторные взаимосвязи у пациентов с различными вариантами течения системной красной волчанки. *Современная ревматология.* 2020;14(1):26–31. [Lila V.A. Clinical and laboratory relationships in patients with different variants of the course of systemic lupus erythematosus. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal.* 2020;14(1):26–31. (In Russian)]. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-1-26-31
4. Barradas M.I., Dos Santos I.C., Duarte F., Tavares A., Martins D. Systemic disease presenting as cardiac tamponade: a case report. *European heart journal.* 2024;137(8):4. DOI: 10.1093/ehjcr/ytat137
5. Григорьева Н.Ю., Стрельцова А.А., Соловьева Д.В. Современное представление о диагностике и лечении перикардитов. *Медицинский альманах.* 2020; 2(63):1–3. [Grigorieva N.Yu., Streltsova A.A., Solovyova D.V. Modern understanding of the diagnosis and treatment of pericarditis. *Medical Almanac.* 2020; 2(63):1–3. (In Russian)].
6. Благова О.В., Недоступ А.В., Седов В.П., Коган Е.А., Алиева И.Н., Сорокин Г.Ю., Саркисова Н.Д. Перикардиты в современной терапевтической клинике: нозологический спектр, подходы к диагностике и лечению. *Терапевтический архив.* 2020;92 (12):10–18. DOI: 10.26442/00403660.2020.12.200432 [Blagova O.V., Nedostup A.V., Sedov V.P., Kogan E.A., Alijeva I.N., Sorokin G.Yu., Sarkisova N.D. Pericarditis in contemporary therapeutic clinic: nosological spectrum, approaches to diagnosis and treatment. *Therapeutic Archive.* 2020;92 (12):10–18. (In Russian)]. DOI: 10.26442/00403660.2020.12.200432
7. Демин А.А., Дробышева В.П. Болезни перикарда. *Российский кардиологический журнал.* 2016;1(129):90–98. [Demin A.A., Drobysheva V.P. Diseases of the pericardium. *Russian Journal of Cardiology.* 2016;1(129):90–98. (In Russian)]. DOI: 10.15829/1560-4071-2016-1-90-98
8. Chourabi C., Mahfoudhi H., Sayhi S., Dhahri R., Taamallah K., Chenik S. et al. Cardiac tamponade: an uncommon presenting feature of systemic lupus erythematosus (a case-based review). *The Pan African medical journal.* 2020;368(36):28–30 DOI: 10.11604/pamj.2020.36.368.25044
9. Yousif P.A., Sudhakar S., Malemud C., Blumenthal D.E. Cardiac tamponade as initial presentation of systemic lupus erythematosus in third-trimester pregnancy. *The American journal of case reports.* 2022;23(23):10. DOI: 10.12659/AJCR.936273
10. Maharaj S.S., Chang S.M. Cardiac tamponade as the initial presentation of systemic lupus erythematosus: a case report and review of the literature. *Pediatric rheumatology online journal.* 2015;13(9):17. DOI: 10.1186/s12969-015-0005-0

Поступила 17.05.2024

Принята в печать 18.06.2024

Информация об авторах

Демьяненко Алексей Владимирович — д-р мед. наук, заместитель начальника ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» Минобороны России по медицинской части.

Варавин Никита Алексеевич — врач-кардиолог 1 кафедры терапии усовершенствования врачей ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России; <https://orcid.org/0000-0001-9389-6018>

Сантак Александр Андреевич — слушатель ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России; <https://orcid.org/0009-0003-7761-0894>

Соловьева Дарья Михайловна — врач-рентгенолог ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России.

Information about the authors

Alexey V. Demyanenko — Doctor of Medical Sciences, Deputy Head of the Central Military Clinical Hospital named after P.V. Mandryka of the Ministry of Defense of Russia for Medical Affairs

Nikita A. Varavin — a cardiologist at the 1st Department of Advanced Medical Therapy at the Military Medical Academy named after S.M. Kirov of the Ministry of Defense of Russia; <https://orcid.org/0000-0001-9389-6018>

Alexander A. Santakov — a student at the Military Medical Academy named after S.M. Kirov of the Ministry of Defense of Russia; <https://orcid.org/0009-0003-7761-0894>

Darya M. Solovyova — a radiologist at the Military Medical Academy named after S.M. Kirov of the Ministry of Defense of Russia