



ЗМІСТ

І. РОЗДІЛ – НЕФРОЛОГІЯ

Синдроми в нефрології.....	8
Сечовий синдром.....	8
Нефритичний синдром.....	8
Нефротичний синдром.....	9
Класифікація.....	9
Патогенез.....	10
Клінічна картина.....	11
Діагностика.....	12
Лікування.....	13
Інфекції сечовивідних шляхів.....	16
Гострий пієлонефрит.....	17
Хронічний пієлонефрит.....	24
Гломерулонефрит.....	28
Класифікація.....	28
Клінічна картина.....	30
Діагностика.....	33
Лікування.....	35
Швидкопрогресуючий гломерулонефрит.....	40
Мембранозна нефропатія.....	43
Класифікація.....	43
Клінічна картина.....	43
Діагностика.....	44
Лікування.....	44
Фокальний сегментарний гломерулосклероз.....	47
Етіологія.....	47
Класифікація.....	47
Патогенез.....	48
Клінічна картина.....	49
Діагностика.....	50
Лікування.....	50
IgA-нефропатія (мезангіопроліферативний гломерулонефрит).....	54
Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит.....	59
Етіологія.....	59
Патогенез.....	60
Клінічна картина.....	60
Діагностика.....	61
Лікування.....	61
Профілактика.....	62
Гостре пошкодження нирок.....	63
Етіологія.....	63
Класифікація.....	64
Патогенез.....	65
Клінічна картина.....	65
Діагностика.....	67
Лікування.....	68
Інтенсивна терапія.....	69
Ниркова замісна терапія.....	71
Профілактика.....	72
Хронічна хвороба нирок.....	73
Класифікація.....	74



Сучасна номенклатура.....	75
Етіологія.....	75
Патогенез.....	75
Клінічна картина.....	78
Діагностика.....	80
Лікування.....	82
Рекомендації KDIGO.....	82
Контроль артеріального тиску і протеїнурії.....	84
Корекція анемії.....	84
Корекція мінерального і кісткового розладів.....	86
Корекція ліпідного обміну.....	86
Корекція азотемії.....	87
Підготовка до ниркової замісної терапії.....	87
Ниркова замісна терапія.....	87
Трансплантція нирки.....	87
Рекомендована вакцинація.....	88
Використання рентгенконтрастних препаратів.....	88
Рекомендації BMJ.....	88
ШКФ категорії G1-G2 без уремії.....	88
ШКФ категорії G3-G4 без уремії.....	90
ШКФ категорії G5 або з уремією.....	92
Діабетична хвороба нирок.....	94
Патогенез.....	95
Діагностика.....	95
Лікування.....	96
Контроль артеріального тиску і протеїнурії.....	96
Контроль глікемії.....	97
Корекція ліпідного обміну.....	99
Корекція анемії.....	99
Ниркова замісна терапія.....	99
Гіпертензивна хвороба нирок.....	100
Люпус-нефрит.....	101
Амілоїдоз нирок.....	107
Класифікація.....	107
Клінічна картина.....	109
Діагностика.....	110
Лікування.....	112
Профілактика.....	114
II. РОЗДІЛ – КАРДІОЛОГІЯ	
Артеріальна гіпертензія.....	115
Есенціальна артеріальна гіпертензія.....	115
Гіпертонічний криз.....	129
Лікування неускладненого гіпертонічного кризу.....	129
Лікування ускладненого гіпертонічного кризу.....	130
Вторинна артеріальна гіпертензія.....	134
Ренопаренхіматозна гіпертензія.....	135
Реноваскулярна гіпертензія.....	136
Ендокринна гіпертензія.....	136
Кардіоваскулярні гіпертензії.....	138
Атеросклероз.....	140
Хронічний коронарний синдром.....	145
Стабільна стенокардія напруги.....	146
Вазоспастична стенокардія (Принцметала).....	158



Безбольова ішемія міокарда.....	159
Мікровскулярна стенокардія («синдром Х»).....	160
Гострий коронарний синдром.....	161
Гострий коронарний синдром без елевації сегменту ST (NSTEMI).....	162
Діагностика.....	162
Диференційна діагностика.....	168
Лікування.....	168
Екстрена медична допомога.....	170
Вторинна медична допомога.....	171
Медикаментозне забезпечення.....	172
Третинна медична допомога.....	178
Нестабільна стенокардія.....	181
Інфаркт міокарда.....	184
Інфаркт міокарда із зубцем Q.....	185
Особливості клінічної картини ІМ без зубця Q.....	187
Діагностика інфаркту міокарда.....	187
Гострий коронарний синдром з елевацією сегменту ST (STEMI).....	189
Лікування.....	190
Раннє відновлення коронарного кровообігу.....	190
Екстрена медична допомога.....	196
Вторинна медична допомога.....	197
Медикаментозне забезпечення.....	197
Лікування після реперфузійних заходів.....	200
Ускладнення інфаркту міокарда.....	204
Лікування ускладнень ГКС.....	204
Синдром Дреслера.....	206
Аневризма лівого шлуночка.....	208
Інфекційний ендокардит.....	209
Міокардит.....	228
Кардіоміопатії.....	241
Гіпертрофічна кардіоміопатія.....	241
Дилатаційна кардіоміопатія.....	250
Рестриктивна кардіоміопатія.....	254
Аритмогенна кардіоміопатія.....	258
Серцева недостатність.....	261
Хронічна серцева недостатність.....	261
Класифікація.....	265
Клінічна картина.....	268
Діагностика.....	273
Лікування.....	276
СН зі зниженою ФВ.....	277
СН з помірно зниженою ФВ.....	280
СН зі збереженою ФВ.....	281
Первинна профілактика.....	283
Гостра серцева недостатність.....	284
Класифікація.....	285
Клінічна картина.....	287
Діагностика.....	288
Лікування.....	290
Перикардит.....	294
Класифікація.....	296
Клінічна картина.....	297
Сухий перикардит.....	297



Екзудативний перикардит.....	298
Констриктивний перикардит.....	299
Діагностика.....	300
Лікування.....	305
Порушення ритму.....	308
Синусова тахікардія.....	310
Синусова брадикардія.....	312
Надшлуночкова (суправентрикулярна) тахікардія.....	314
Тахікардія з широкими комплексами QRS.....	318
Шлуночкова пароксизмальна тахікардія.....	318
Поліморфна шлуночкова тахікардія (torsade de pointes).....	320
Синдром передчасного збудження шлуночків.....	322
Синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта (WPW).....	323
Синдром укороченого інтервалу PQ (Клерка-Леві-Крістеско).....	326
Синдром Бругада.....	327
Екстрасистолія.....	329
Надшлуночкова (суправентрикулярна) екстрасистолія.....	332
Шлуночкова екстрасистолія.....	333
Порушення проведення імпульсу.....	341
Синоатріальна блокада.....	341
Атріовентрикулярна блокада.....	342
Синдром Фредеріка.....	346
Блокади ніжок і гілок пучка Гіса.....	347
Повна блокада правої ніжки пучка Гіса.....	348
Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса.....	348
Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса.....	349
Неповна блокада лівої ніжки пучка Гіса.....	350
Блокада лівої передньої гілки пучка Гіса.....	351
Блокада лівої задньої гілки пучка Гіса.....	352
Синдром Морганї-Адамса-Стокса.....	353
Фібриляція та тріпотіння шлуночків.....	354
Фібриляція передсердь.....	357
Класифікація.....	358
Клінічна картина.....	360
Скринінг.....	360
Діагностика.....	360
Лікування.....	362
Антикоагулянтна терапія/профілактика інсульту.....	362
Ефективний контроль симптомів.....	366
Серцево-судинні фактори ризику.....	375
Профілактика.....	375
Тріпотіння передсердь.....	376
Легеневе серце.....	378
Легенева артеріальна гіпертензія.....	379
Класифікація.....	381
Клінічна картина.....	384
Діагностика.....	386
Лікування.....	389
Нейроциркуляторна дистонія.....	391
Додатки.....	392
Джерела.....	430



ниркової паренхіми; порушення екскреції контрастної речовини; паранефральні накопичення рідини.

Оглядова урографія: аномалії розвитку сечовивідної системи; тіні конкрементів (виняток – рентген-негативні камені).

Екскреторна урографія: функціональний стан нирок, аномалії розвитку сечовивідної системи; локалізація конкрементів.

Підвищений копептин (новий біомаркер для виявлення запалення при бактеріальних інфекціях та сепсисі).

IL-6 і IL-31 (вивчаються в якості можливих маркерів запалення для диф. д-ки інфекції нижніх сечовивідних шляхів та пієлонефриту).

Диференційна діагностика

Ускладнений ПН (переважно обструктивний ПН), цистит, гострий простатит, уретрит, хронічний ПН, захворювання органів малого тазу, синдром хронічного тазового болю, пневмонія нижньої частки легені, гострий холецистит, гострий апендицит, гострий панкреатит.

Лікування

• **відновлення пасажу сечі при обструктивному ПН** (до відновлення уродинаміки антибіотики не призначати).

Рекомендації EAU (European Association of Urology) 2020

I. НЕУСКЛАДНЕНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

■ Амбулаторне лікування:

• *емпірична пероральна АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ:*

Цефалоспорини

Фторхінолони

На тлі гіперчутливості до фторхінолонів або при відомій резистентності:

Триметоприм/сульфаметоксазол (160/800 мг)

Бета-лактами п/о (якщо уропатоген чутливий).

Якщо ці препарати використовуються при відсутності результатів чутливості до антибіотиків → початкова в/в доза парентерального антибіотика (наприклад, цефтріаксон).

Терапія емпіричними антибіотиками повинна призводити до поліпшення стану протягом 48-72 год.

Якщо стан пацієнта не поліпшується (без прогресивного ↓ або усунення локальних і системних ознак і симптомів) протягом 48-72 год після призначення антибіотиків → відповідне додаткове обстеження.



Рекомендовані схеми емпіричної пероральної антибіотикотерапії			
Препарат	Доза	Тривалість	Коментарі
Ципрофлоксацин	500 мг п/о 2 р/д	7 днів	Стійкість до фторхінолону повинна бути меншою <10%
Левовфлоксацин	750 мг кожного дня	5 днів	
Триметоприм/сульфаметоксазол	160/800 мг п/о 2 р/д	14 днів	Якщо такі засоби застосовуються емпірично, слід ввести початкову в/в дозу парентерального антибіотика (напр, цефтріаксон).
Цефподоксім	200 мг 2 р/д	10 днів	
Цефтібутем	400 мг кожного дня	10 днів	

Не використовуйте нітрофурантоїн, пероральний фосфоміцин та півмецилін для лікування неускладненого пієлонефриту

■ **стаціонарне лікування для пацієнтів із неускладненим пієлонефритом, які потребують госпіталізації:**

Початкова в/в антимікробна схема:

Фторхінолон

Аміноглікозид (з ампіциліном або без нього)

Цефалоспорин або пеніциліни розширеного спектру

Рекомендовані схеми емпіричної парентеральної антибіотикотерапії		
Антибіотики	Добова доза	Коментарі
I-ша лінія		
Ципрофлоксацин	400 мг 2 р/д	Не вивчалися як монотерапія при гострому неускладненому пієлонефриті
Левовфлоксацин	750 мг кожного дня	
Цефотаксим	2 г 3 р/д	
Цефтріаксон	1-2 г щодня	Досліджували меншу дозу, але рекомендували вищу
II-га лінія		
Цефепім	1-2 г 2 р/д	Досліджували меншу дозу, але рекомендували вищу
Піперацилін/тазобактам	2,5-4,5 г 3 р/д	
Гентаміцин	5 мг/кг щодня	Не вивчалися як монотерапія при гострому неускладненому пієлонефриті.
Амікацин	15 мг/кг щодня	
III-я лінія		
Іміпенем/циластатин	0,5 г 3 р/д	



ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК

Хронічна хвороба нирок (ХХН) – ураження нирок, що характеризується порушенням структури і/або ознаками порушення функції нирок, що триває ≥ 3 місяців і має наслідки для здоров'я. Це синдром, що відображає прогресування хронічних захворювань нирок, в основі яких лежать механізми формування нефросклерозу. З 2002 року застосовується поняття «хронічна хвороба нирок» замість «хронічна ниркова недостатність».

Зустрічається у 9-13% дорослого населення у світі.
В нормі ШКФ $\downarrow$ на 0,75 мл/хв на рік, але екскреція альбуміну з сечею не змінюється.
ХХН класифікується на основі причини, категорії ШКФ (G1-G5) та категорії альбумінурії (A1-A3).

Критерії ХХН за умови наявності ≥ 3 місяців

Ознаки структурного ураження нирок (≥ 1)	· альбумінурія ≥ 30 мг/д; · співвідношення альбумін-креатинін (≥ 30 мг/г або ≥ 3 мг/моль); · відхилення в осаді в сечі (еритроцити, лейкоцити); · електролітні порушення (через тубулярні розлади); · структурні аномалії нирок; · гістологічно підтверджені аномалії нирок; · наявність трансплантованої нирки.
$\downarrow$ ШКФ	< 60 мл/хв/1,73 м ²

Класифікація ХХН

Класифікація ХХН по ШКФ (мл/хв/1,73 м²)

Стадія	Категорія	ШКФ	Термін
1	G1	≥ 90	нормальна або висока
2	G2	60-89	незначно знижена
3	G3	3a 45-59	незначно або помірно знижена
3		3b 30-44	помірно або значно знижена
4	G4	15-29	значно знижена
5	G5	< 15	ниркова недостатність

Категорії ХХН по альбумінурії

Категорія	ШЕА, швидкість екскреції альбуміну	САК, співвідношення альбумін-креатинін	Визначення
A1	< 30 мг /д	< 30 мг/г (< 3 мг/ммоль)	Нормально або незначно підвищена
A2	30-300 мг/д	30-300 мг/г (3-30 мг/ммоль)	Помірно підвищена
A3	> 300 мг/д	> 300 мг/г (> 30 мг/ммоль)	Сильно підвищена



МРТ ОЧП: можлива наявність об'ємних утворень нирок (наприклад, нирково-клітинний рак).

Огляд очного дна: можливі ознаки діабетичної/гіпертонічної ретинопатії.

Диференційна діагностика

Діабетична хвороба нирок, гіпертензивна хвороба нирок (гіпертензивна нефропатія), ішемічна нефропатія, обструктивна уропатія, нефротичний синдром, гломерулонефрит.

Приклади формулювання діагнозів

- ХХН III стадія (G3a, A2), ШКФ 48 мл/хв/1,73 м². Вторинний хронічний пієлонефрит, стадія загострення. Анемія II ст. Вторинна ренопаренхіматозна артеріальна гіпертензія II стадія, 2 ступінь, ризик 4.
- ХХН II стадія (G2, A2), ШКФ 65 мл/хв/1,73 м². Хронічний гломерулонефрит (ФСГС) (нефробіопсія від «дата»). Нефротичний синдром. Анемія II ст. Вторинна ренопаренхіматозна артеріальна гіпертензія II стадія, 2 ступінь, ризик 4. СН I ст.
- ЦД 2 тип, важка форма, стадія декомпенсації. Діабетична хвороба нирок III стадія (G3a, A1), ШКФ 50 мл/хв/1,73 м².

Лікування

Мета лікування – уповільнення прогресування зниження функції нирок і запобігання застосування замісної ниркової терапії або трансплантації нирок.

NB! Найголовніше – виявити пацієнтів на ранній стадії і класифікувати стадію ХХН (категорія ШКФ G1-G5) для виявлення супутніх патологій (наприклад, анемія, вторинний гіперпаратиреоз) та для усунення факторів ризику.

Рекомендації KDIGO:

- **зниження споживання білка до 0,8 г/кг/д** дорослим із ЦД або без ЦД і ШКФ < 30 мл/хв/1,73 м² (ШКФ категорії G4-G5);
- **уникнути високого споживання білка (> 1,3 г/кг/д)** дорослим з ХХН, які мають ризик прогресування;
- **споживання натрію < 2 г/д (солі до 5 г/д) у дорослих;**
- **уникати продуктів із високим вмістом К:**
 - банани, ревінь, інжир, авокадо;
 - помідори, шпинат, кабачки, капуста, пастернак;
 - картопля (запечена, смажена);
 - шоколад, чіпси, горіхи, іриски;



- останні дані свідчать про зниження серцево-судинних подій і смертності завдяки орієнтації на САТ <120 mm Hg у пацієнтів з високим ризиком без інсульту або ЦД в анамнезі;

- рекомендації США рекомендують лікувати пацієнтів із ІХС до цільового рівня нижче 130/80 mm Hg.

► **контроль рівня глікемії:**

- модифікація способу життя;

- прийом метформіну, агоністів рецепторів GLP-1 (бажано ліраглутид), інгібіторів SGLT-2 (переважно емпагліфлозин) при ЦД 2 типу.

► **реваскуляризація** (для покращення якості або тривалості життя: для поліпшення симптомів ІХС, рефрактерних до медикаментозної терапії, або для покращення виживання):

- за допомогою операції аорто-коронарного шунтування (АКШ);

- за допомогою черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ).

ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИМПТОМАМИ СТЕНОКАРДІЇ:

► **прийняти сидяче положення**

► **купірування гострих нападів стенокардії, перед фізичним чи емоційним навантаженням:**

Спрей із нітрогліцерином (1 доза - 400 мкг) 1 доза під язик кожні 5 хв (не більше 3 доз), не ковтати і не вдихати

Нітрогліцерин по 0,3-0,6 мг сублінгвально поки не зникне біль (мак 1,2 мг протягом 15 хв)

Спрей із ізосорбідом динітратом (1 доза - 1,25 мг) по 1-3 впорскування в ротову порожнину з інтервалом 30 с

Ізосорбиду динітрат по 5 мг сублінгвально (для купірування нападу стенокардії/перед очікуваним емоційним та фізичним навантаженням).

► **антиангінальна терапія**

I-ша лінія:

Бета-адреноблокатори (наявність симптомів стенокардії, особливо у пацієнтів із попереднім ІМ або дисфункцією ЛШ):

Бісопролол 10-20 мг п/о 1 р/д

Карведілол від 6,25 до 25 мг п/о 2 р/д

Метопролол 50-200 мг п/о 2 р/д (негайне вивільнення) або 25-400 мг п/о 1 р/д (подовжене вивільнення)

Надолол 40-80 мг п/о 1 р/д

Тимолол 10-30 мг п/о 2 р/д



Nb! Дозу підбирати так, щоб знизити ЧСС до 55-60/хв у спокої. Припинення прийому БАБ повинно бути поступовим, а не раптовим.

NB! БАБ можна приймати при тахікардії, викликаній дигідропіридиновими АКК.

Не рекомендовано при поєднанні БАБ з верапамілом або дилтіаземом.

I/АБО

АКК або нітрати тривалої дії можна додати або замінити, якщо симптоми стенокардії недостатньо контролюються лише БАБ.

Антагоністи кальцієвих каналів (додаткова або альтернативна терапія БАБ):

Ніфедипін 30-90 мг п/о 1 р/д (подовжене вивільнення)

Амлодипін 5-10 мг п/о 1 р/д

Фелодипін 5-10 мг п/о 1 р/д

Ісрадипін 2,5-7,5 мг п/о 3 р/д

I/АБО

Спрей Ізо-мік, Ізокет (1 доза-1,25мг ізосорбіду динітрату) 1-3 впорскування в ротову порожнину з інтервалом 30 с.

Ізосорбіду мононітрат 20 мг п/о (негайне вивільнення) 2 р/д

Ізосорбіду динітрат 10-20 мг 3-4 р/д за 30 хв до їжі

(другу/наступну дозу слід приймати не раніше ніж через 6-8 год)

Гліцерилу тринітрат трансдермально 5-15 мг/24 годинний пластр

1 р/д

I/АБО

Ранолазин 500-1000 мг п/о 2 р/д

II-га лінія:

Нікорандил 10-20 мг п/о 2 р/д

Івабрадин 2,5-7,5 мг п/о 2 р/д - не комбінувати з недигідропіридиновими АКК

Триметазидин 20 мг 3 р/д під час прийому їжі.

Довготривала стратегія антишемічної терапії у пацієнтів з ХКС

(Див. Додаток №5)



також протягом наступних 6-ти місяців, що визначає тактику ведення пацієнтів. Після проведення стратифікації ризику за цією шкалою приймається рішення про необхідність та екстреність проведення черезшкірного коронарного втручання.

▪ **ЧКВ (черезшкірне коронарне втручання):**

- стандартний судинний доступ при ЧКВ – через променеву артерію (краще), при необхідності – стегновий;

- бажано - стенти DES (drug eluting stent) з покриттям лікарським засобом, ніж BMS (bare-metal stent) – стент без лікарського покриття.

▪ **Аорто-коронарне шунтування (АКШ):**

При ішемії, що триває або нестабільній гемодинаміці і з показами до КШ → екстрена операція (не відкладати її через дію антитромбоцитарної терапії).

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА при NSTEMI

- положення пацієнта лежачи із злегка піднятою головою
- оксигенотерапія пацієнтам із $SpO_2 < 95\%$
- катетеризація периферичної вени

• **Нітрати** при наявності болю на момент контакту:

Таб Нітрогліцерин 0,5-1 мг сублінгвально кожні 15-20 хв

Спрей Нітромінт (нітрогліцерин, 1 доза - 400 мкг) 1 доза під язик кожні 5 хв (не більше 3 доз)

У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5-10 хв.

Важкий больовий синдром → нітрогліцерин в/в крапельно під постійним контролем АТ та ЧСС.

- **Ацетилсаліцилова кислота (АСК)** 150-300 мг розжувати (у випадку, якщо пацієнт її самостійно не приймав до приїзду бригади ШМД, можливе в/в введення розчину АСК 1,0.

При протипоказах до АСК → Клопідогрель 300 мг п/о.

Ранній початок подвійної антитромбоцитарної терапії (ПАТ) всім пацієнтам (за відсутності протипоказів): тикагрелор або клопідогрель на фоні прийому АСК.

- **β-блокатори** (пропранолол, есмолол, метопролол) усім пацієнтам з ГКС за відсутності протипоказів

- **Наркотичні анальгетики** (Морфін)

NB! Ненаркотичні анальгетики протипоказані!



II. Діагностичні критерії міокардиту:

1. ЕКГ/холтер/стрес-тести:

Вперше виниклі патологічні зміни на ЕКГ і/або при Холтер-ЕКГ і/або при виконанні стрес-тестів:

- АВ-блокада I або III ступеня або блокада ніжок пучка Гіса;
- зміна ST/T хвилі (елевація ST або без елевації, інверсія зубця Т);
- синоатріальна блокада;
- шлуночкова тахікардія або фібриляція шлуночків, асистолія;
- фібриляція передсердь;
- знижена амплітуда зубця R;
- внутрішньошлуночкова блокада (розширений комплекс QRS);
- патологічний зубець Q;
- низький вольтаж;
- часта екстрасистолія;
- надшлуночкова тахікардія.

2. Маркери цитолізу кардіоміоцитів: підвищені тропоніни Т та І.

3. Функціональні і структурні зміни на ЕхоКГ, ангіографії, МРТ:

Вперше виниклі, незрозумілі структурні зміни та функції ЛШ та/або ПШ (включаючи випадкові знахідки у безсимптомних хворих):

- ▶ локальне порушення скоротливої здатності;
- ▶ глобальна систолічна або діастолічна дисфункції:
 - з дилатацією шлуночків або без них;
 - зі збільшеною товщиною стінки або без неї;
 - з чи без перикардіального випоту;
 - з внутрішньопорожнинним тромбом або без нього.

4. Зміни на МРТ (з контрастуванням гадолінієм): набряк міокарда та/або інші класичні зміни, що характерні для міокардиту (див. нижче).

Клінічно підозрюваний міокардит, якщо:

- ▶ ≥ 1 клінічної ознаки та ≥ 1 діагностичного критерію з різних категорій;
- ▶ при відсутності:
 - ураження коронарних артерій на коронароангіографії (коронаростеноз $\geq 50\%$);
 - відомі вже існуючі серцево-судинні захворювання або позасерцеві причини, які могли б призвести до клінічної картини в хворого (напр., захворювання клапанів, вроджені вади серця, гіпертиреоз тощо).
- ▶ при відсутності клінічної картини - ≥ 2 діагностичних критеріїв.

Додаткові клінічні критерії:

- лихоманка $>38^{\circ}\text{C}$ в день поступлення/попередні 30 днів з або без ознак респіраторної і шлунково-кишкової інфекції;
- перипартальний період (післяпологовий);
- попередній перенесений міокардит або підозра на міокардит;



Розміри перикардiального випоту:

- малий (< 10 мм);
- помірний (10-20 мм);
- виражений (> 20 мм).

► констриктивний перикардит:

- потовщення і зрощення листків перикарда, ехо-негативний простір між листками заповнений негомогенною масою;
- паралельний передньо-задній рух листків перикарда і епікарда;
- відсутність руху міокарда ЛШ після короткого раннього діастолічного наповнення;
- на вдиху рух МШП до ЛШ;
- розміри шлуночків в N або ↓;
- помірна дилатація передсердь;
- недостатнє колабування нижньої порожнистої вени (< 50%) після глибокого вдиху.

► тампонада серця:

- розширення нижньої порожнистої вени (без колабування під час вдиху);
- на вдиху ↑ V ПШ + ↓ V ЛШ, на видиху ↑ V ЛШ + ↓ V ПШ, парадоксальний рух МШП: на вдиху – зміщення в сторону ЛШ, на видиху – в сторону ПШ;
- діастолічний колапс ПШ (вільна стінка ПШ торкається МШП);
- при доплерівському дослідженні – під час вдиху потік через тристулковий клапан збільшується, а через мітральний знижується; накопичення рідини в порожнині перикарда.



Парастернальна позиція по довгій осі – випіт в перикарді (стрілка) і плевральна рідина. НАО – низхідний відділ аорти.



Парастернальна позиції по короткій осі: колапс ПП під час діастолі при тампонаді серця, сіра стрілка – перикардiальний випіт.