

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ ИLMИЙ-  
АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ПЕРИКАРДИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**



**«КЕЛИШИЛГАН»**  
**РИКИАТМ директори**  
**Х.Ғ. Фозилов**

" " 2025 йил

## **«ПЕРИКАРДИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**«ПЕРИКАРДИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ  
ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми

ХКК -10 коди (лар):

I30	Ўткир перикардит
I30.0	Ўткир носпецифик идиопатик перикардит
I30.1	Инфекцион перикардит
I30.8	Ўткир перикардитнинг бошқа шакллари
I30.9	Сабаби номаълум ўткир перикардит
I31	Перикарднинг бошқа касалликлари
I31.0	Сурункали адгезив перикардит
I31.1	Сурункали констриктив перикардит
I31.2	Гемоперикард, бошқа сарҳадларда таснифи келтирилмаган
I31.3	Перикард бўшлиғида суюқлик тўпланиши (яллиғланишсиз)
I31.8	Перикарднинг бошқа аниқланган касалликлари
I31.9	Номаълум перикард касалликлари
I32	Бошқа сарҳадларда таснифланган касалликлардаги перикардит
I32.0	Бактериал касалликлардаги перикардит, бошқа сарҳадларда таснифи келтирилган
I32.1	Бошқа инфекцион ва паразитар касалликлардаги перикардит, бошқа сарҳадларда таснифи кел-тирилган
I32.8	Бошқа касалликлардаги перикардит, бошқа сарҳадларда таснифи келтирилган

ХКК -11 коди (лар):

BB2Z	Бошқа рукнларда таснифланмаган перикардит
BB2Y	Бошқа аниқланган перикардит
BB20.Z	Бошқа рукнларда таснифланмаган ўткир перикардит
BB20.Y	Бошқа аниқланган ўткир перикардит
BB20.0	Инфекцион перикардит
BB20.0&XN3BH	Вирусли перикардит
BB20.0&XN74M	Бактериал перикардит
1B41.0	Ўткир ревматик перикардит
BB20.Z	Ўткир экссудатив перикардит
1A62.1/BB20.0	Захм перикардити
1A72.Y/BB20.0	Гонококкли перикардит
1B5Y/BB20.0&XN3NM	Ўткир стрептококкли перикардит
BB20.0&XN3PW	Пневмококкли перикардит
1B5Y&XN9ZG/BB20.0	Стафилококкли перикардит
BB22	Констриктив перикардит
BB20.1	Неопластик перикардит
1C1C.Y/BB20.0	Менингококкли перикардит
BB20.Y/GB61.5	Уремик перикардит
BB20.0&XN0WC	Аспергиллёз перикардит
4A40.0Y/BB20.Y	Тизимли қизил бўричадаги перикардит

BB21	Сурункали ревматик перикардит
BA60.0	Дресслер синдроми (постинфаркт перикардит)
BA60.1	Ўткир миокард инфарктининг жорий асорати сифатида бошқа перикардитлар
1B12.0/BB20.0	Туберкулёз перикардит

**Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2029 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:** Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИКИАТМ) ҳисобланади.

**Кардиология ишчи гуруҳининг қуйидаги аъзолари клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшдилар:**

Жараённи ташкил этиш борасида кардиология йўналишидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

1. **Фозилов Х.Г.** – РИКИАТМ директори, т.ф.н. ССВ бош кардиологи.
2. **Низамов У.И.** – РИКИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари, PhD, ССВ консультант кардиологи.
3. **Каримов А.М.** – РИКИАТМ директорининг филиаллар бўйича ўринбосари, PhD, ССВ консультант кардиологи.
4. **Курбанова Р.А.** – РИКИАТМ бош шифокори ўринбосари.
5. **Толипова Ю.Ш.** – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кардиология ва геронтология кафедраси доценти, т.ф.д., ССВ бош геронтологи.
6. **Ахматов Я.Р.** – РИКИАТМ Карши филиали директори, PhD.

**Муаллифлар рўйхати:**

**Муллабаева Г.У.** – тиббиёт фанлари доктори, каминвазив жаррохлик бўлими раҳбари Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази (РИКИАТМ).

**Курбонов А.К.** – тиббиёт фанлари доктори, доцент, Ўзбекистон Республикаси Президенти Администрацияси ҳузуридаги Тиббиёт бош бошқармаси (ЎзРПАХТББ) бошлиғи ўринбосари, Тошкент давлат стоматология институти Ички касалликлар кафедраси мудири.

**Низомов У.Э.** - Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази (РИКИАТМ) бош шифокори

**Тақризчилар:**

**Э.У.Асимбекова** – Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Бакулев номидаги юрак-қон томир жаррохлиги илмий-тиббий текшириш маркази клиник-диагностика бўлими етакчи илмий ходими, тиббиёт фанлари доктори.

**А.Х.Абдуллаев** – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази реби- литация лабораторияси мудири, тиббиёт фанлари доктори. Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон Кардиологлар ассоциацияси аъзолари, Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИКИАТМ ДМ коллективи ва уларнинг ўринбосарлари) иштирокида ишчи гуруҳининг 1 йил 2023-ноябрдаги онлайн форматдаги якуний йиғилишида норасмий консенсусга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари - РИКИАТМ директори, т.ф.н. ССВ бош кардиологи.

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Илмий Кенгаши томонидан 2023-йил 25-сентябрдаги 13-сонли баённомада кўриб чиқилган ва тасдиқланган.

Илмий Кенгаш раиси – тиббиёт фанлари номзоди, Х. Г. Фозилов.

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Низамов У. И. - РИКИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари, PhD, ССВ консультант кардиологи.

2. Каримов А. М. - РИКИАТМ директорининг филиаллар бўйича ўринбосари, PhD, ССВ консультант кардиологи.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

### *Қисқартмалар рўйхати*

АВ	атриовентрикуляр
БФЭКТ	бир фотонли эмиссион компьютерли томография
ЕКЖ	Европа кардиологлар жамияти
ИЭ	инфекцион эндокардит
ИЮМ	имплантация қилинган юрак мосламалари
ИКД	имплантация қилинган кардиовертер-дефибриллятор
КПЭ	клапан протези эндокардити
КТ	компьютерли томография
КоНС	коагулазонегатив стафилококклар
МанфЎЭ	флора ўсиши манфий инфекцион эндокардит
МРТ	магнит-резонанс томография
МСКТ	мультиспирал компьютерли томография
НБТЭ	нобактериал тромбоэндокардит
НКЭ	натив клапан эндокардити
ОИВ	одам иммунодефицити вируси
ПЭТ	позитрон-эмиссион томография
ПЗР	полимераза занжирли реакция
СРО	С-реактив оқсил
ТЮН	туғма юрак нуқсонлари
ТЭхоКГ	трансторакал эхокардиография
УТТ	ультратовуш текшируви
ШТБ	шошилинич терапия бўлими
ЭЧТ	эритроцитлар чўкиш тезлиги
ЭхоКГ	эхокардиография
ЮЕ	юрак етишмовчилиги
ҚЎЭхоКГ	қизилўнғач оркали эхокардиография

EACTS	Европа кардиоторакал жарроҳлик ассоциацияси
EANM	Европа ядроли тиббиёт ассоциацияси
NICE	Саломатлик ва ёрдамни яхшилаш Миллий институти
NYHA	Нью-Йорк юрак ассоциацияси

**Протокол фойдаланувчилари:**

1. Кардиологлар;
2. Терапевтлар;
3. Умумий амалиёт шифокорлари;
4. Тез ва шошилич ёрдам шифокорлари;
5. Лаборант-шифокорлар;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Табалалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари.

**Беморлар категорияси:** юрак-қон томир касалликлари, хусусан АГ, ЮИК, ЎМИ, кардиомиопатия билан оғриган ва перикардитлар билан асоратланган беморлар.

## Мундарижа

<u>«ПЕРИКАРДИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ</u>	4
<u>«ПЕРИКАРДИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ</u>	46
<u>«ПЕРИКАРДИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ</u>	55

**1-жадвал. Европа кардиологлари жамияти тавсияларининг баҳолаш синфлари шкаласи**

<b>ЕКЖ нинг тавсиялари синфи</b>	<b>Таърифи</b>	<b>Таклиф қилинадиган шакл</b>
<b>I</b>	Диагностик муолажа, аралашув/даволаш самарали ва фойдали деб исботланган ёки умумқабул қилинган деб ҳисобланади	Тавсия қилинган/кўрсатилган
<b>IIa</b>	Маълумотлар/фикрларнинг кўпчилиги диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг самарадорлиги/фойдаси афзаллигини кўрсатади	Қўллаш мақсадга мувофиқ
<b>IIb</b>	Диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг самарадорлиги/фойдаси ишончлилиги камроқ деб аниқланган	Қўллаш мумкин
<b>III</b>	Диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг бефойдалиги/бесамаралиги тўғрисида маълумотлар ёки ягона фикр келтирилган, бир қатор ҳолларда эса улар зиён етказиши мумкин.	Қўллаш тавсия этилмайди

**2-жадвал. Европа кардиологлари жамиятининг далиллар ишончлилиги даражасини баҳолаш шкаласи**

	<b>Далилларнинг ишончлилиги даражаси</b>
<b>A</b>	Кўп сонли рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ёки мета-таҳлиллар маълумотлари
<b>B</b>	Маълумотлар битта рандомизацияланган клиник тадқиқот ёки йирик рандомизацияланмаган тадқиқотлар натижалари бўйича олинган
<b>C</b>	Экспертларнинг келишилган фикри ва/ёки кичик тадқиқотлар, ретроспектив тадқиқотлар, регистрлар натижалари

**2. Асосий қисм.**  
**2.1. Кириш**

Перикард – икки қаватли халта бўлиб, ўз ичида юрак ва йирик томирларнинг илдиз қисмларини тутати. Перикард халтаси икки қаватдан иборат: сероз - висцерал (у миокардга ёпишиб тургани сабали эпикард деб ҳам аталади) ҳамда фиброз - париетал қаватлар. Улар орасида перикард бўшлиғи жойлашган бўлиб, унда перикард суюқлиги сақланади. Перикард юракни кўкс оралиғи соҳасида тутиб туради, уни юқумли касалликлардан ҳимоялайди ва юрак қисқаришлари давомида “мойлаб” туради.

## 2.2. Перикардитлар таърифи

Перикард касалликлари мустақил ёки тизимли касалликларнинг бир қисми сифатида ривожланади [1-5]. Перикард шикастланишининг асосий синдромлари - перикардит (ўткир, нимўткир, сурункали ва қайталанувчи), перикард бўшлиғида суюқлик йиғилиши, юрак тампонадаси, констриктив перикардит ва перикард қалинлашиши ҳисобланади [1, 4, 5].

## 2.3. Перикардитлар таснифи

1 - жадвал. Перикардитларнинг этиологияси, учраш даражаси ва патогенези [ESC Guidelines, 2004]

Этиологияси	Учраш даражаси	Патогенези
<b>Инфекцион перикардит</b>		
Вируслар (Коксаки А9, В 1-4, Эхо 8, паротит, цитомегаловирус, сувчечак, қизамиқ, ОИВ, парво В19 ва бошқалар)	30-50%	Касаллик кўзгатувчисининг перикард тўқимасида кўпайиши, тарқалиши ҳамда у томонидан захарли моддаларнинг ишлаб чиқарилиши перикардда сероз, сероз - фибриноз, геморрагик (бактериялар, вируслар, сил ва замбуруғлар) ёки йирингли (бактериялар) яллиғланишга сабаб бўлади
Бактериялар (пневмо - , менинго - , гонококклар, гемофилис, оқиш трепонема, борреллиоз, хламидия, сил ва бошқалар)	5-10%	
Замбуруғлар (кандида, гистоплазма ва бошқалар)	Кам	
Паразитлар (эхинококк, токсоплазма ва бошқалар)	Кам	
<b>Тизимли аутоиммун касалликлардаги перикардит</b>		
Системали қизил югурдак	30%	Кўпинча яширин ёки енгил кечаётган касалликнинг юрак қон - томир касалликлари кўринишида намоён бўлиши
Ревматоид артрит	30%	
Анкилозловчи спондилит	1%	
Тизимли склероз	50% дан кўп	
Дерматомиозит	Кам	
Тугунчали периартериит	Кам	
Рейтер синдроми	2% атрофида	

Оилавий Ўртаер денгизи иситмаси	0,7%	
<b>2-тип (ауто) иммун жараён</b>		Иккиламчи, юқумли касаллик ёки операциядан кейин
Ревматик иситма	20 - 50%	Асосан ўткир фазада
Кардиотомиядан кейинги синдром	20% атрофида	Операциядан 10 - 14 кун ўтгандан кейин
Миокард инфарктдан кейинги ҳолат	1-5%	Эпистенокардитик перикардит билан дифференциал ташхислаш зарур
Аутореактив (сурункали) перикардит	23,1%	Кенг тарқалган шакл
<b>Қўшни аъзолар касалликларидаги перикардит ва перикард бўшлиғида суюқлик</b>		
Ўткир миокард инфаркти (эпистенокардитик перикардит)	5-20%	Трансмурал миокард инфарктдан 1-5 кун ўтгач
Миокардит	30%	Эпимиокардит
Аорта аневризмаси	Кам	Аневризма ёрилганда гемorraгик перикардит ривожланади
Ўпка инфаркти	Кам	
Зотилжам	Кам	
Қизилўнгач касалликлари	Кам	
Сурункали юрак етишмовчилигидаги гидроперикард	Кам	
Паранеопластик перикардит	Кўп	Ўсма инфильтрацияси кузатилмайди
<b>Моддалар алмашинуви бузилишидаги перикардит</b>		
Буйрак етишмовчилиги (уремия)	Кўп	Вирусли / токсик / аутоиммун
Микседема	30%	Сероз, холестеринга бой
Аддисон касаллиги	Кам	Мембранадан сизиб чиқиш
Диабетик кетоацидоз	Кам	
Холестеринли перикардит	Жуда кам	Холестерин трансудацияси (стерил сероз - фиброз суюқлик)

<b>Ҳомиладорлик</b>	Кам	
<b>Травматик перикардит</b>		
Бевосита жароҳатланиш (кўкрак қафасининг тешиб ўтувчи жароҳати, қизилўнғач перфорацияси, ёт жисмлар)	Кам	
Билвосита жароҳатланиш (кўкрак қафасининг тешиб ўтмайдиган жароҳати, кўкс оралиғининг қитиқланиши)	Кам	
<b>Неопластик перикардит</b>		
Бирламчи ўсмалар	Кам	Сероз ёки фибриноз, кам холларда геморрагик суюқлик
Иккиламчи метастазланган ўсмалар	Кўп	
Ўпка карциномаси	40%	
Сут беzi карциномаси	22%	
Ошқозон ва йўғон ичак ўсмалари	3%	
Бошқа жойда жойлашган карциномалар	6%	
Лейкемия ва лимфома	15%	
Меланома	3%	
Саркома	4%	
Бошқа ўсмалар	7%	
<b>Идиопатик перикардит</b>	3,5% (бошқа маълумотларга кўра 50% дан кўп)	Сероз, фибриноз, баъзан геморрагик суюқлик. Вирусли инфекция ёки иккиламчи аутоиммун жараёнга шубҳа уйғотади

## 2- жадвал      Перикардитларнинг клиник таснифи [ESC Guidelines, 2015]

Клиник-морфологик шакли	кечиш давомийлиги
<b>а. Ўткир перикардитлар</b> 1. Фибриноз (ёки қуруқ) Экссудатив (сероз-фибриноз, йирингли, чирикли, геморрагик) тампонада билан тампонадасиз	3 ойдан кам
<b>в. сурункали перикардитлар</b> 1. Экссудатив (сероз-фибриноз, йирингли, чирик, геморрагик) <ul style="list-style-type: none"> <li>• тампонада билан</li> <li>• тампонадасиз</li> </ul> 2. Адгезив (ёпишқоқ) 3. констриктив (сикувчи) <ul style="list-style-type: none"> <li>• «зирҳли юрак»</li> </ul>	3 ойдан узок
С. Қайта (рецидив)ланувчи перикардит	

## 3-жадвал      Перикардитлар ва уни ташхислаш мезонлари

Перикардит	Ташхислаш мезонлари
Ўткир	Қуйидаги 4 мезонларнинг камида 2 таси мавжуд бўлганда яллиғланишли перикардиал синдром ташхиси қўйилади: (1) кўкрак соҳасида перикардитга хос оғриқ (2) перикардиал шовқинлар (3) ЭКГда янги, тарқалган ST сегмент депрессияси ва/ёки PR сегмент депрессияси перикард бўшлиғида суюқлик йиғилиши (янги пайдо бўлган ёки ёмонлашган) ташхисни тасдиқловчи қўшимча маълумотлар: яллиғланиш маркерлари (С-реактив оксил, эритроцитлар чўкиш тезлиги, қондаги лейкоцитлар) миқдорининг ортиши; асбобий текширув усулларида (КТ, МРТ) перикард яллиғланиш белгиларининг аниқланиши
тўлиқ даволанмаган	касаллик белгилари 4–6 ҳафтадан узок, бироқ 3 ойдан кам, ремиссияларсиз давом этувчи перикардит
Рецидивланувчи	Бирламчи перикардит белгилари йўқолгандан сўнг, 4–6 ҳафтадан сўнг юзага келган перикардит
Сурункали	3 ойдан узок давом этувчи перикардит

## 2.4 Ўткир перикардит

### 2.4.1. Ўткир перикардитни клиник белгилари

Этиологиясидан қатъий назар, қуруқ, фибриноз ва экссудатив перикардит фарқланади. Продромал даврда кўпинча иситма (одатда, 39°C дан паст; кексаларда юзага келмаслиги мумкин), умумий ҳолсизлик ва мушакларда оғриқ кузатилади. Асосий белгилар – тўш орти ёки юрак соҳасидаги оғриқ (трапециясимон мушак соҳасига иррадиацияланиши, плеврит ёки стенокардиядаги оғриқларга ўхшаб кетиши мумкин; оғриқ тана ҳолатига боғлиқ равишда ўзгаради), қуруқ йўтал ва ҳансираш. Перикард ишқаланиш шовқини ўтиб кетувчи, бир, икки ёки уч фазали бўлиши мумкин. Аускультацияда III тон эшитилади. Перикард бўшлиғида суюқлик аниқланиши мумкин. касалликнинг ўткир фазасида ЭКГда ST сегменти элевацияси ва конкордант кўтарилиши, PR сегменти депрессияси кузатилади. кўп ҳолларда перикардит у ёки бу даражадаги миокардит билан кечиб, миокарднинг умумий ёки маҳаллий дисфункцияси кўринишида намоён бўлади. Лаборатор ўзгаришлар – қонда I ва т юрак тро- понинлари, кФк МВ фракцияси, миоглобин ва альфа-ўсма некроз омили миқдори ортади.

### 2.4.2. Ўткир перикардитни ташхислаш

#### 4-жадвал Ўткир перикардитни ташхислашда ҳаракатлар кетма-кетлиги

Текшириш усуллари	Натижалар	Манба
<b>Мажбурий [I синф]</b>		
Аускультация	Перикард ишқаланиш шовқини (бир, икки ёки уч фазали)	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318</a>
Қон таҳлили	(а) яллиғланиш маркерлари: ЭЧт, С-реактив оқсил, ЛДГ, лейкоцитлар (б) миокард шикастланиш белгилари (кФк МВ фракцияси, юрак I тропонини)	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318</a>
ЭКГ	I босқич: ST сегментининг олдинги ёки пастки тармоқларда конкордант кўтарилиши, PR сегментининг Р тишчага қарама-қарши томонга ўзгариши II босқич эрта даври: ST сегменти J нуқтаси изолинияда, PR сегменти ўзгарган II босқич кечки даври: т тишчасининг прогрессив яссиланиши ва манфийлашиши III босқич: тарқалган манфий т тишча IV босқич: ЭКГдаги ўзгаришлар перикардитгача бўлган ҳолатга қайтади	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318</a>
Эхокардиография	B-D типда суюқлик	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318</a>

	йиғилиши (Ногowitz бүйича) юрак тампонадаси белгилари	
Кўкрак қафаси рентгенографияси	Юрак сояси меъерий ҳолатдан то сув тўлдирилган идиш кўринишигача ўпка ва/ёки кўкс оралиғида қўшимча патологияларнинг аниқланиши	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318</a>
Тампонадада зарур бўлган текширувлар [I синф]. шарт эмас: катта миқдорда ёки қайталама суюқлик тўпланиши ёки аввалги текширувлар аниқ хулосага келиш имконини бермаганда [IIa синф]. Суюқлик миқдори оз бўлганда [IIb синф]		<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318</a>
Перикардиоцентез ва перикардни дре-нажлаш	Инфекция ёки ўсмани этиопатогенетик ташхислаш мақсадида полимеразананжирли реакцияси ва гистокимёвий текширувлар	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318</a>
<b>Аввалги текширувлар аниқ хулосага келиш имконини бермас, шарт эмас [IIa синф]</b>		
Компьютер томография	Суюқлик, перикард ва эпикард ҳолати	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318</a>
Магнит резонанс томография	Суюқлик, перикард ва эпикард ҳолати	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318</a>
Перикардиоскопия, Перикард биопсияси	Этиологиясини аниқлаш	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318</a>

**Изоҳ.** I, II, aVL, aVF ҳамда V3–V6 тармоқлардаги ўзгаришлар характерли. одатда, aVR тармоғида ST сегменти депрессияси кузатилади, мазкур ўзгариш кўпинча V<sub>1</sub> кўкрак тармоғи ҳамда айрим ҳолатларда эса V<sub>2</sub> тармоқда кўп учрайди. Баъзан IV босқич рўй бермайди ва т тишча яссиланган ёки манфий кўринишда қолиб кетади. ЭКГ текшируви биринчи марта касалликнинг III босқичида ўтказилса, перикардитни миокарднинг диффуз зарарланиши – қоринчалар зўриқиши ёки миокардитдан фарқлаб бўлмайди. Бунда ЭКГдаги эрта реполяризация типидagi ўзгаришлар перикардитнинг I босқичидаги ўзгаришларни эслатади, ammo перикардитдан фарқли равишда улар тез ўзгармайди. шунингдек, J нуқтанинг изоэлектрик чизикдан юқорига кўтарилиши кўп ҳолларда QRS комплексининг кетида қўшилиб кетиши, унинг осцилляцияси ёки нотекислиги билан бирга кечади (ушбу ўзгаришлар R ва т тишчалар баланд тармоқларда яхшироқ

кўринади). Агар V6 кўкрак тармоғида J нуқтасининг силжиши т тишча баландлигининг >25% даражасига кўтарилса, перикардит ташхиси эҳтимоли ортади (PR интервал изолиния бўлиб хизмат қилади). Ўткир миокардит мавжуд беморларда яллиғланиш маркерлари (С-реактив оқсил (СРо), эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧт), лейкоцитлар сонининг ортиши ва бошқалар) миқдорининг ортиши кўп учрайдиган тасдиқловчи белги бўлиб, у касалликнинг фаоллик даражаси ва даволаш самарадорлигини баҳолашда ҳам ёрдам беради. Беморларда кўшимча равишда миокардит ҳам мавжуд бўлган ҳолатларда миокард шикастланиши (кФк, тропонин) маркерлари миқдорининг ортиши кузатилади. Ўткир перикардит мавжуд беморларда кўкрак қафаси рентгенограммасида кўп ҳолларда ўзгариш кузатилмайди; кардиоторакал индекс перикард бўшлиғида 300 мл дан ортик суюқлик йиғилгандагина ўзгара бошлайди. Баъзан, плевро- пулмонал касалликларда перикарднинг ҳам патологик жараёнга кўшилганлигини кўриш мумкин [2, 3].

### 5-жадвал Ўткир перикардитни ташхислаш бўйича тавсиялар

Тавсиялар	Синф	Даража	Манба
Ўткир перикардитга шубҳа қилинган барча беморларда ЭКГ текшируви ўтказилиши тавсия этилади	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Ўткир перикардитга шубҳа қилинган барча беморларда трансторакал ЭхоКГ текшируви ўтказилиши тавсия этилади	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Ўткир перикардитга шубҳа қилинган барча беморларда кўкрак қафаси рентгенография текшируви ўтказилиши тавсия этилади	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

Ўткир перикардитга шубҳа қилинган барча беморларда яллиғланиш (СРо ва бошқалар) ва мио-кард зарарланиши маркерлари (кФк ва тропонин) миқдорини ўлчаш тавсия этилади	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
---	---	---	---

**6-жадвал Перикардитнинг ўзига хос шакллариининг дифференциал диагностикаси [https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318]**

	вирусли	бактериал	сил	аутореактив
кардиотроп микроорганизмлар	Энтеро-, эхо-, адено- ва цитомегаловирус, Эпштейн-Барр, оддий герпес, грипп, гепатит А, В, С, оИВ	Стафилококklar, пневмококklar, стрептококklar, нейссерия, протеус, чандикли – негатив таёкча, легионелла	Микобактериялар сил касаллиги	Вирусли ёки бактериал инфекциянинг йўқлиги, аутоиммун жараён
Патогенни аниқлаш усули	Полимераз занжирли реакция ёки жойида дурагайлаш [Iа синф, исботланганлиги B]	Ранг бериш Грам манфий бактериялар, полимераз занжирли реакция боррелия ёки хламидиопневмония [I синф, исботланганлиги B]	Ранг бериш Цил-нелсон усули- да бўяш, экма хужайралар, полимераз занжирли реакция [I синф, исботланганлиги B]	Пери ва эпикард билан иммуноглобиннинг боғлиқлиги, кардиотроп кўзгатувчиларга текширилган полимераз занжирли реакциянинг манфийлиги, эпикардит [Iа синф, исботланганлиги B]
Эркак ва аёл нисбати	3:1	1:1	1:1	1:1
олдиндан таъсир қилувчи омиллар	номаълум	Сурункали алкогольизм, иммунитет пасайиши	Сурункали алкогольизм, оИВ инфекцияси	Аутоиммун касалликлар мавжудлиги
Аломатлар	Ўткир перикардитга хос, кўпинча субфебрилитет	Юқори иситма, фульминант кечиш, тахикардия, перкард ишқаланиши	Субфибрилитет, сурункали кечиш	Субфебрилитет сурункали кечиш
Инфузион хажм	Ҳар хил, одатда кичик	турли хил	турли, одатда катта	турли хил
тампонада	Ҳар доим ҳам эмас	80%	кўпинча	Ҳар доим ҳам эмас
Спонтан ремиссия	кўпинча	Ҳеч қачон	Ҳеч қачон	камдан-кам
Рецидив сони	30–50%	камдан-кам	кўпинча	>25%

Суюклик тавсифи	Сероз, Сероз-геморрагик	Йирингли	Сероз-геморрагик	Сероз
оқсил сақлаши		Юқори	Юқори/ўрта	Юқори/ўрта
Лейкоцитлар	>5000/мл	≥10000/мл	>5000/мл	<5000/мл
Перикард суюқлиги таҳлили	Фаоллашган лимфо-цит ва макрофаглар (камдан-кам ҳолларда), негатив аденозин деа-миназа (АДА)	Гранулоцит ва макрофаглар (жуда кўп), негатив адено-зин деаминаза (АДА)	Гранулоцитлар ва макрофаглар (ўртача), мусбат аденозин деаминаза (> 40 У / мл)	Фаоллашган лимфоцит ва макрофаглар (камдан-кам ҳолларда), негатив аденозин деа-миназа (АДА)
Пери – ва эпикард биопсияси	Лимфоцитар пери-, эпикардит, кардио- троп вирусга ижобий полимераз занжирли реакция	Лейкоцитар эпикардит	казеоз гранулома, ижобий полимераз занжирли реакция	Лимфоцитар перикардит, салбий полимераз занжирли реакция
Даволанмаса ўлим ривожланиши	Кўзгатувчи тавсифи ва тампонаданинг мавжудлигига боғлиқ	100%	85%	тампонада даволан-маса
Перикардга инвазив даволаш	Дренажлаш, кортикостероид юбориш тақикланади	Дренажлаш ва ювиш, перикард бўшлиғига 80 мг гентамицин юбориш	Дренажлаш	Дренажлаш, перикард бўшлиғига триамсино- лон юбориш [Па синф, исботланганлиги Б]
Перкардиотомия перкардиэктомия	камдан-кам	шошилич (I синф даража, исботланганлиги Б)	камдан-кам	камдан-кам
Тизимли даволаш	вена ичига иммуноглобулин юбориш, интерферон тери остига (энтеровирусли перикардитда)	в/и га антибиотиклар	туберкулостик дори воситалари + преднизолон	нЯҚВ, кольхицин, преднизолон
Констрикция	камдан-кам	кўпинча	кўпинча (30–50%)	камдан-кам

### 2.4.3. Перикардит билан касалланган беморларни ўтказиладиган асосий лаборатор-инструментал теширувлар руйхати.

#### Кўкрак қафаси рентгенограммаси

Кўкрак қафаси рентгенографиясида перикардиал кальсификацияларни кўриш мумкин бўлсада (соянинг энг чеккасида, айниқса, латерал проекциясида турли хил зичликдаги тўқималарнинг қийшиқ тасвири кўринишида), бошқа усуллар (яъни, КТ, эхокардиография) ёрдамида юрак ва ўпка, шунингдек, юракнинг катталиги ва ўпка патологияси (масалан, димланиш, пневмония, сил, саратон), плеврит, кукс оралиғидаги хосилаларни аниқлаш мумкин.

#### Эхокардиография

Трансторакал эхокардиография - бу перикард касаллигига шубҳа қилинган беморларда биринчи танлов усули, чунки у суюклик ва тампонадани аниқ кўрсатади, шунингдек, жараён миокардни ҳам қамраб олганда қоринчалар фаолиятига баҳо бериш имконини яратади [2, 3]. Ўткир фибриноз перикардитли

беморларда эхокардиограмма меъёрида бўлиши мумкин, аммо перикардиал суюқликни мавжудлиги ўткир перикардитни англатиб, асосий мезонлардан бири ҳисобланади [2, 5, 6, 10]. ЭхоКГ кукрак қафаси оғриғида ўткир перикардит ва миокард ишемиясини миокардни маҳаллий қисқариш жараёнини фарқлаш орқали ташхисга аниқлик киритади. Динамикада кузатиш мақсадида текшириш жараёни суратга олиниб ва уларни тадқиқот хулосасига тикиб қуйиш тавсия этилади. Суюқликнинг миқдори батафсил тавсифланиши керак, бунда нафақат ҳажми, балки ҳар бир ўлчовнинг жойлашуви аниқ кўрсатилиши керак. Чегараланган ёки қонли суюқлик (масалан, операциядан кейин) трансторакал ёндашув билан текширишда қийинчилик тўғдиради, шу сабабли трансэзофагиал текширув талаб қилиниши мумкин [3, 4].

### Компьютер томография

КТни қимматли тасвирлаш воситаси деб ҳисоблаш керак [3, 4]. КТ - кальсификацияланган тўқималарни аниқлашнинг энг аниқ усули [2, 3]. Анатомик текширув соҳаси фақат юрак ва перикард билан чегараланиши мумкин ("юрак КТ"), ёки неопластик, яллиғланишли ёки аорта касаллиги бўлган беморлар учун бутун кўкрак қафаси, қорин ва кичик чанок бўшлиғини текшириш тавсия этилади. Перикардиал касалликнинг юракка функционал таъсирини КТ ёрдамида баҳолаш мумкин бўлсада, сезиларли нурланиш таъсири туфайли, бунинг учун ЭхоКГ ва МРС ни танлаш мақсадга мувофиқдир. Йод таркибли контрастларни томир ичига юбориш қон зичлигини ошириб, перикардаги яллиғланиш жараёнини аниқлаш учун тавсия этилади.

### Вентрикулография

Вентрикулография перикардиал касалликларни ташхислаш учун ҳар доим ҳам ишлатилмайди, чунки перикардни қамраб олган юрак касаллигига шубҳа қилинганда бошқа ноинвазив усуллар етарлидир. Бироқ, баъзи ҳолларда, ўнг қоринчанинг рентгенографияси ташхисга аниқлик киритишда ёрдам бериши мумкин. Инвазив операциялар (масалан, эпикардиал абляция, аорта қопқоғини тери орқали имплантацияси, ангиопластиканинг мураккаб муолажалари ёки транссептал пункцияни талаб қиладиган муолажалар) вақтида юрак тампонадасига олиб келувчи гемодинамик бузилишларни вақтида аниқлаш бемор учун жиддий оқибатларнинг олдини олишга ёрдам беради. Бундан ташқари, констриктив перикардит ва рестриктив кардиомиопатияни фарқлаш баъзан қийин ва инвазив текшириш усулларни талаб қилиши мумкин.

### 7-жадвал Визуализация усуллари ёрдамида олинган маълумотлар

	ЭхоКГ	КТ	МРТ
Ўткир перикардитлар	Меъёрида, баъзи беморларда - қалинлашган ва гиперреактив перикард қатламлари -перикардаги	- қалинлашган перикард варақлари контраст юборилгандан сўнг яхшироқ кўринади, - бутун перикард билан боғлиқ	- перикарднинг варақлари қалинлашган - Гадолинийум юборилгандан кейин перикард кўриниши кучаяди, <sup>20</sup> - перикарддаги суюқлик

	<p>суюқлик миқдорининг ўзгарувчанлиги -фибриноз қопламалар мавжудми ёки йўқми - миоперикардитда қоринча девори ҳаракатининг бузилиши</p>	<p>касалликлар -перикардаги суюқлик миқдорининг ўзгарувчанлиги - фибриноз қопламалар мавжудми ёки йўқми</p>	<p>миқдорининг ўзгарувчанлиги - фибриноз қопламалар мавжудми ёки йўқми (субэпикардиал оралик) миоперикардитда гадолиниум юборилгандан сўнг миокарднинг тасвирини кучайиши - Нафас олиш жараёнида перикарднинг ҳаракатчанлиги пасайиши туфайли МРС плёнкасида септум текисланиши мумкин</p>
Рецидив перикардит	- ўткир перикардит билан бир хил натижалар	- ўткир перикардит билан бир хил натижалар, - гетероген фибриноз битишмали толалар кўринишида, - тартибсиз чизиқлар (толалар деформация)	- ўткир перикардит билан бир хил натижалар - гетероген фибриноз битишмали толалар кўринишида, - тартибсиз чизиқлар (толалар деформация)
Констриктив перикардит	- перикард варақлари гиперрефлектив қалинлашган, - суюқлик бор ёки йўқлиги - асцит - бўлмачлар кенгайиши - нафас олганда, қоринчаларо тўсиқни чап қоринчага силжиши, М - режимда яхшироқ кўринади, - ПКВ ва жигар веналарининг кенгайиши, нафас олишдаги коллапсининг йўқлиги ёки камайиши, - ўпка артерияси қопқоғини эрта очилиши, - чап ва ўнг қоринчаларни	- перикард варақларини кальцификацияланг анлиги ёки калцификацияланм аган қалинлашиши, енгил ёки ўртача бўлиши мумкин, - бузилишлар одатда қоринча асосида, атривентрикуляр ботикликда ва бўлмачаларда кучли ривожланган (ўнг қоринча > чап қоринча), - миокардда фиброкальцинозжараёнининг тарқалиши - юракни қаттиқ деформацияланган перикард билан сиқилиши - қоринчаларо тўсиқнинг ғайритабiiй шакли	- перикард варақларини қалинлашиши - МРСда кальцинозлар кўринмайди! - қалинлашиш енгил ёки ўртача бўлиши мумкин - бузилишлар одатда қоринчалар асосида атривентрикуляр ботикликда ва бўлмачаларда кучли ривожланган (ўнг қоринча > чап қоринча), -гадолиниум яллиғланишни кучайишини акс эттиради - миокардда фиброкальцинозжараёнининг тарқалиши - юракни қаттиқ деформацияланган перикард билан сиқилиши - бўлмачлар, ПКВ / жигар томирларини кенгайиши, - плеврал суюқлик бор ёки йўқлиги - асцит бор ёки йўқлиги -МРС ва / ёки фазали

	<p>диастолик тўлишини рестриктив паттерни,  -нафас олишдан кейинги биринчи зарбада митрал оқим тезлигини &gt; 25% га камайиши ва трикуспид оқимининг &gt; 40% га ошиши,  - рангли М-режимида эрта диастолик трансмитрал оқими тезлигини меъёрида ёки тезлашиши  - диастолада жигар томирларида тезликни пасайиши, кучли тескари оқим билан</p>	<p>- бўлмачлар, ПКВ / жигар томирларини кенгайиши,  жигарда димланиш,  - ПКВ / жигар веналарида контрастни реверсияси  - плеврал суюқлик бор ёки йўқлиги  - асцит бор ёки йўқлиги  - атипик кўриниш:  •фокусли констриктив шакл,  • суюқлик - констриктив шакллар</p>	<p>контрастли реал вақтда сканерлашда қоринча конфигурациясини кучайиши.  - перикард варақаларида фиброз толалар борлигини англатувчи МРС белгилар  - атипик кўриниш:  •фокусли констриктив шакл,  • суюқлик -констриктив шакллар</p>
Перикардиал суюқлик	<p>-перикардиал сумка ва / ёки синусларда суюқлик тўпланиши  - бутун юрак цикли давомида перикардда шаффоф эхоқўриниш  - кенг тарқалган суюқлик  -суюқлик миқдорини ярим миқдорий баҳолаш</p>	<p>-перикардиал сумкада ва / ёки синусларда суюқлик тўпланиши  -перикард қалинлиги &gt; 4 мм, меъёридан кўп миқдордаги суюқлик мавжудлиги  - фокал суюқлик ва суюқлик миқдорини аниқ баҳолаш  - суюқлик табиати, Хоунсфелд бирлигида (ХУ) суюқлик зичлигини аниқлаш:  • оддий суюқлик - 0-20 ХУ  • оксилли / геморрагик – &gt; 20 ХУ  • агар ХУ жуда юқори бўлса, контраст</p>	<p>-перикардиал сумкада ва / ёки синусларда суюқлик тўпланиши  -перикард қалинлиги &gt; 4 мм, меъёридан кўп миқдордаги суюқлик мавжудлиги  - фокал суюқлик ва суюқлик миқдорини аниқ баҳолаш  - кетма – кетликда ни бирлаштириш орқали суюқликнинг табиати ҳақида аниқ маълумот беради  - перикард варақлари меъёрий қалинликда  • қалинлашган ва кучайган бўлса, яллиғланишга шубҳа қилинади  - юракнинг қолган қисмини баҳолашга имкон беради  • миокарднинг хусусиятлари (шиш, инфаркт, яллиғланиш, фиброз)  • миокард / клапан</p>

		<p>перикардга кириши мумкин (масалан, аортани диссекциясида)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• хилоперикард - негатив ХУ</li> <li>• пневмоперикард - ҳаво (махсус параметрлар) - нормал қалинликдаги перикард варақлари,</li> <li>• қалинлашган ва кучайган бўлса, яллиғланишга шубҳа қилинади</li> <li>• қалинлашган ва оҳакланган бўлса, констриктив перикардитни истисно қилинг</li> </ul> <p>- тампонада билан боғлиқ бўлиши мумкин</p> <p>- Юракнинг КТ батафсил текширишнинг бир қисми бўлиши мумкин, шу жумладан кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи</p>	<p>функцияси</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• оқимнинг шакллари</li> </ul> <p>- тампонада билан боғлиқ бўлиши мумкин</p>
Юрак тампонадаси	<p>- суюқлик даражасини ярим миқдорий баҳолаш</p> <p>- суюқликни гемодинамикага таъсирини баҳолаш</p> <p>- перикардиосентезнинг йўналиши ва назорати</p> <p>- катетерни олиб ташлаш тўғрисида қарор</p>		

## 8-жадвал Перикардит диагностикасида биринчи ва иккинчи даражали текширишлар

Даража	Текширишлар
Барча ҳолатларда 1-даражали	Яллиғланиш маркерлари (ЭЧТ, С-реактив оксил, кондаги лейкоцитлар). Буйрак функцияси ва жигар кўрсаткичлари, қалқонсимон без функцияси. Миокард зарарланиш маркерлари (тропонин, креатинкиназа). ЭКГ ЭхоКГ Кўкрак қафаси рентгенографияси
2-даражали (агар ташхис қўйишда биринчи даража етарли бўлмаса)	КТ ва/ёки МРТ Тампонада (1), бактериал инфекцияга шубҳа бўлганда (2), неопластик ёки оддий яллиғланишга қарши терапия натижа бермаган симптомли ўртача ва яққол суюқлик (3) бўлган ҳолларда перикардиоцентез ёки хирургик дренажлашдан кейинги перикардиал суюқлик таҳлили. Қўшимча текширишлар клиник кўринишга мувофиқ махсус этиология билан боғлиқ (юқори хавф мезонлари бўлганда).

### 9-жадвал Перикардиал суюқлик асосий таҳлиллари

Метод	Анализ
Умумий биохимия	Оксил даражаси >30 г/л, суюқлик оксиди/зардоб нисбати >0,5, ЛДГ >200 МЕ/л, суюқлик/зардоб нисбати >0,6, қон ҳужайралари
Цитология	Цитология (суюқлик миқдори кўп бўлганда, у центрифугаланган ва анализ тез бажарилган бўлса текширув сифати юқори бўлади)
Полимер занжир реакцияси	Силда
Микробиология	Микобактериялар, аэроб ва анаэроб флора

### 10-жадвал Перикард касалликларида умумий диагностик қидирув бўйича тавсиялар

Тавсиялар	Синф	Даража	Манба
Перикард касаллигига шубҳа қилинган барча ҳолатларда биринчи диагностика усули: — аускультация — ЭКГ — трансоракал ЭхоКГ — кўкрак қафаси рентгенографияси — оддий қон анализлари, яллиғланиш маркерлари (СРО ва/ёки ЭЧТ), қон лейкоцитлари формула билан, буйрак функцияси ва жигар кўрсаткичлари, миокард зарарланиш маркерлари (КФК, тропонин)	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-</a>

			ehv318.pdf
Аниқ мустақил предикторлар ва этиотроп терапия таъқилладиган перикардит сабабларини излаш талаб этилади (бактериал, неопластик, тизимли яллиғланишли). Асосий омилларга қуйидагилар киради: — иситма >38° С — ўткир ости кечиши (симптомлар бир неча кун ёки хафта ичида ривожланади) — яққол суюқлик (перикард қатламлари ажралиши >20 мм) — тампонада — НЯҚВ ва аспирин самарасизлиги	I	B	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
КТ ва/ёки МРТ перикардит диагностикасида иккинчи даражали текшириш усули сифатида тавсия этилади	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Юрак тампонадаси ёки бактериал ва неопластик перикардитга шубҳа перикардиоцентез ёки хирургик дренажлашга кўрсатма бўлади	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Баъзи ҳолатларда неопластик ва сил перикардитга шубҳа бўлганда тери орқали ёки жарроҳлик биопсияси ўтказилиши мумкин	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Кейинги текширувлар юқори хавф беморларга (юқорида тавсифланганидек) клиник ҳолатига кўра кўрсатма бўлади	IIb	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

			<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20PerCardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">RICA/2015%20PerCardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
--	--	--	---

#### 2.4.4.Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

- 1) номедикаментоз даволаш –соғлом турмуш тарзи, инфекцион ўчоқларни даволаш, сурункали инфекцион касалликларни даволаш, тўғри муқобил овқатланиш, кун ва уйқу режими
- 2) медикаментоз даво

#### 11-жадвал Перикардитни даволашда қўлланиладиган асосий дори воситаларининг рўйхати

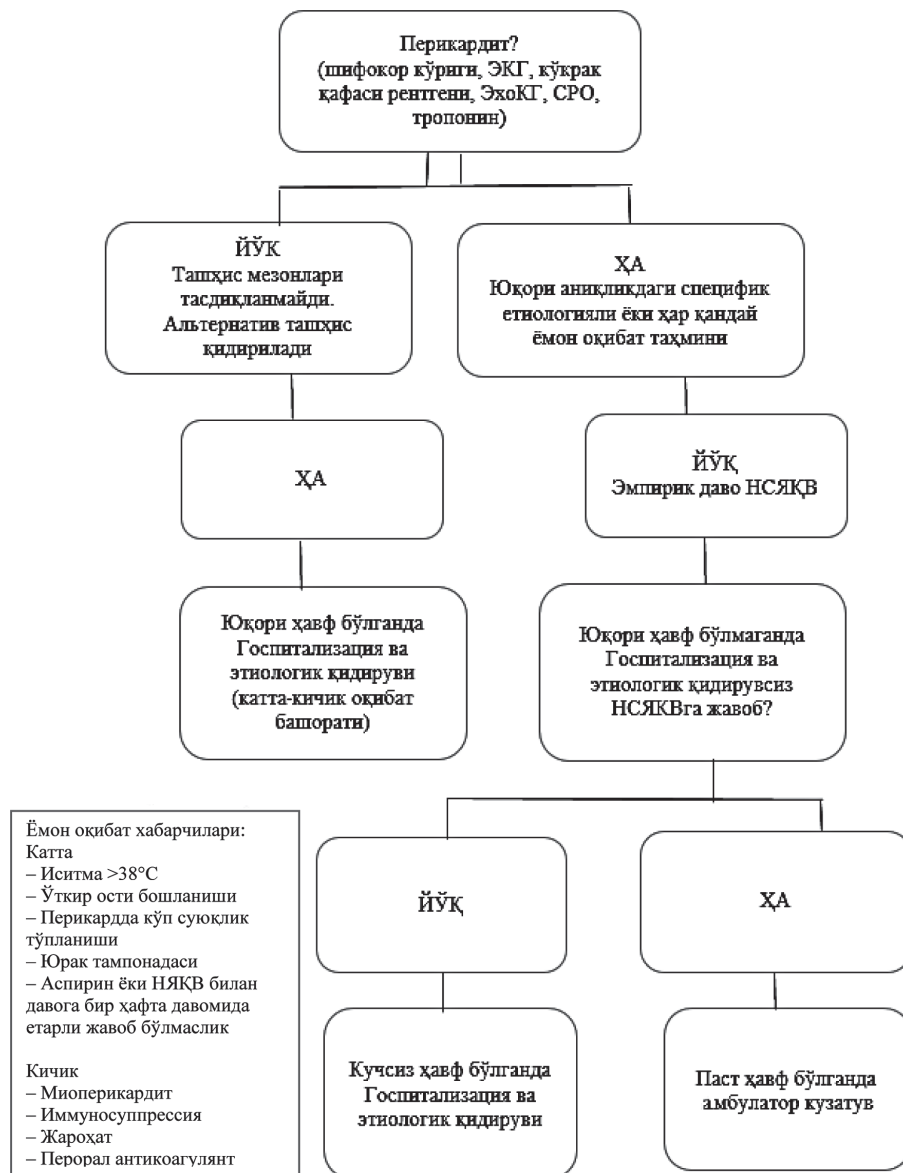
Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш таркиби	Синф	Даража	Манба
Нонстероид яллиғланишга қарши восита	Ибупрофен (200, 400 мг) Диклофенак (25 мг, 50 мг), Индометацин (25 мг)	1-3 маҳал	I	B	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20PerCardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20PerCardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Глюкокортикостероидлар	Преднизолон 5 мг, Преднизолон 25 мг/мл	Тизимлик касалликлар протоколига асосланиб	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20PerCardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20PerCardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Протон помпа ингибиторлари	Омепразол 20 мг,	1 кунда 1 маҳал	I	B	<a href="https://www.escardio.org/st">https://www.escardio.org/st</a>

	Пантопразол 20 мг				<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">atic-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
--	-------------------	--	--	--	--

## 12-жадвал Перикардитни даволашда қўлланиладиган қўшимча дори воситаларининг рўйхати

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш таркиби	Манба
Нонстероид яллиғланишга қарши восита	Ацетилсалицил кислота 75, 100 мг	1 маҳал	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Иммуносупрессор	Азатиоприн 50 мг	Тизимлик касалликлар проток олигасосланиб	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Иммуносупрессор	Циклофосфамид 50, 100, 200, 500 мг, 1 г	Тизимлик касалликлар проток олигасосланиб	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

## 1-расм Перикардит билан ишлашда таклиф этиладиган усул (беморларнинг маршрути).



### 3) жарроҳлик аралашуви (фақат стационарга жойлашилгандан сўнг ўтказилади)

**2.4.5. Перикардитли беморларда реабилитация** усуллари ишлаб чиқилмаган. Ўткир перикардит физик зўриқишларга қарши кўрсатма бўлиб хизмат қилади. Спорт билан шуғулланишга тўлиқ тuzалгандан кейин 6 ойдан сўнг рухсат берилади.

### 2.4.6. Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари ва диагностика усуллари хавфсизлиги

1. Сурункали перикардитда клиник яхшиланиш (оғриқ синдромини енгиллаштириш, яллиғланиш белгилари (лейкоцитлар сонини нормаллаштириш, ЕСХТ, СРО), гемодинамик параметрларни барқарорлиги, ЭКГ ва ЭхоКГ параметрлари).

2. Перикардит аломатларини тўлиқ бартараф етиш, ўткир перикардит сабабни бартараф етиш (тикланиш).

3. Жарроҳлик аралашувлардан кейин асоратларнинг йўқлиги.

4. Перикардиоцентездан кейин асоратларнинг йўқлиги

### 2.4.7. Стационар даво

Тиббий ёрдам кўрсатиш туридан келиб чиқиб шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 1) Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар: этиологияси ноаниқ сурункали перикардитда (шошилинич госпитализация учун кўрсатма бўлмаса)
- 2) Шошилинич ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:  
2 соатгача – перикардит клиникали беморда тампонада белгиси кузатилганда  
72 соатгача – илк маротаба аниқланган ўткир перикардит.  
Сурункали перикардитда стационар даво қуйидаги белгилар бўлса қўлланилади: тана хароратини 38С ошиши, иммунитет суст ахвол, орал антикоагулянтлар билан даво, НКЯВ воситаларини таъсири кузатилмаса, миоперикардит, тампонада хавфи баланд

### 2.4.8. Стационар даражасида даволаш тактикаси:

Спорт билан шуғулланмайдиган беморлар учун биринчи тавсия дарҳол жисмоний фаолликни симптомлар йўқолмагунча ва СРО меъёрлашмагунча чеклаш. Спортчиларга эса машғулотларга симптомлар йўқолгач ва диагностик кўрсаткичлар (СРО, ЭКГ ва эхокардиограмма маълумотлари) нормаллашгандан сўнг қайтиш тавсия этилади. Аспирин ва ЯҚНВ ўткир перикардитни даволаш учун асосий препарат ҳисобланади [5, 6]. Препаратни танлаш бемор анамнези (қарши кўрсатмалар, самарадорлик ва ножўя таъсирлар), ёндош патологияларнинг борлиги (антитромбоцитар сифатида қўлланилганда аспиринни бошқа НЯҚВ дан устунлиги) ва шифокор тажрибасига асосланган бўлиши лозим.

### 13-жадвал Ўткир перикардитни даволаш бўйича тавсиялар

Тавсиялар	Синф	Даража	Манба
Аспирин ва НЯҚВ ошқозонни ҳимояланган ҳолда биринчи тартиб даволаш воситалари ҳисобланади	I	A	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Колхицин ўткир перикардитни даволаш учун аспирин/НЯҚВга қўшимча сифатида биринчи тартиб дори воситалари ҳисобланади	I	A	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

СРО даволаш давомийлиги ва самарадорликни баҳолаш учун қўлланилади	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Ўткир перикардитда аспирин/НЯҚВ ва колхицинга қарши кўрсатма бўлганда, инфекцион сабаб инкор этилганда ёки махсус кўрсатма (аутоиммун касаллик) бўлганда кичик дозадаги кортикостероидларни қўллаш мумкин	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Спорт билан шуғулланмайдиганларда симптомлар йўқолмагунча ва СРО, ЭКГ, эхокардиограмма нормаллашмагунча жисмоний фаолликни чеклашга эътибор қаратиш лозим	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Спортчиларга симптомлар йўқолиши ва СРО, ЭКГ, эхокардиограмма нормаллашмагунча – камида 3ойга машғулотларни чеклаш тавсия этилади	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Кортикостероидлар ўткир перикардитни даволашда биринчи қатор даволаш воситалари сифатида тавсия этилмайди	III	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

#### 14-жадвал Перикардитни даволашда қўлланиладиган асосий дори воситаларининг рўйхати

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш таркиби	Синф	Даража	Манба
Нонстероид	Ибупрофен (200, 400 мг)	1-3 маҳал	I	B	<a href="https://www.escardio.org/">https://www.escardio.org/</a>

<b>яллиғла нишга қарши восита</b>	Диклофенак (25 мг, 50 мг), Индометацин (25 мг)				<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">static- file/Escardio /Guidelines/ Publications /PERICA/20 15%20Perca rdial%20We b%20Adden da- ehv318.pdf</a>
<b>Глюкок ортикос тероидл ар</b>	Преднизолон 5 мг, Преднизолон 25 мг/мл	Тизимлик касалликла р протоколиг а асосланиб	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www. escardio.org/ static- file/Escardio /Guidelines/ Publications /PERICA/20 15%20Perca rdial%20We b%20Adden da- ehv318.pdf</a>
<b>Протон помпа ингибит орлари</b>	Омепразол 20 мг, Пантопразол 20 мг	1 кунда 1 махал	I	B	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www. escardio.org/ static- file/Escardio /Guidelines/ Publications /PERICA/20 15%20Perca rdial%20We b%20Adden da- ehv318.pdf</a>

**15-жадвал Перикардитни даволашда қўлланиладиган қўшимча дори  
воситаларининг рўйхати**

<b>Фармакотер апевтик гурух</b>	<b>Дори воситасин инг халқаро патентлан ган номи</b>	<b>Қўлла ш таркиб и</b>	<b>Манба</b>
Нонстероид яллиғланишг а қарши восита	Ацетисали цил кислота 75, 100 мг	1 махал	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static- file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20 Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
<b>Иммуносуп рессор</b>	Азатиопри н 50мг	Тизимл ик касалли klar проток	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static- file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20 Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

		олига асослан иб	
Иммуносупрессор	Циклофосфамид 50, 100, 200, 500 мг, 1 г	Тизимлик касаллиklar проток олига асослан иб	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
<b>Иммуномодулятор</b>	Интерферон-а 1000000, 3000000, 6000000 МЕ/мл	Тери остига 2.5 млн хафтага 3 махал	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
<b>Иммуномодулятор</b>	Иммуноглобулин 0,5 г, 1 г, 3 г, 6 г, 10 г	10 г томир ичига 6-8 соат ичига	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Антибиотик Пенициллин	Амоксициллин/клавулана 0,375 г, 0,625 г и 1,0 г; порошок для приготовления суспензии; 0,6 г ва 1.2 г ампициллин/сульбактам - 0,375 г таблетки, 250 мг/5 мл, 0,75 г, 1,5 г и 3,0 г	7-30 кун	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Цефалоспориин	Цефтриаксон 0,25-2 гр	7-30 кун	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Аминогликозид	Тобрамицин 1 мл 4%	7-30 кун	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Карбапенем	Меропенем (0,5 г, 1 г)	7-30 кун	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

Гликопептид	Ванкомицин (0,5 ва 1 г)	7-30 кун	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Диуретик	Фуросемид 40 мг Торасемид 5-10 мг Гидрохлортиазид 25, 100 мг Спиронолактон 25, 50 мг	Симптома асослан иб	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Замбуруғга қарши	Флуконазол 50; 100; 150 и 200 мг, томир ичига 0,2%, кетоконазол - таблетки 0.2 г., итраконазол – капсула 100 мг, амфотерицин В флакон 50 мг томир ичига	7-30 кун	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Антиаритмик	Амиодарон 150 мг (3 мл) ампула, 200 мг таблетка; верапамил ампулы 2 мл (5мг), таблетка 40-80 мг	1-2 махад	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
АҰФ ингибиторлари	Каптоприл 25 мг, 50 мг Эналаприл 5мг, 10мг, 20 мг Лизиноприл 2,5 мг, 5мг, 10 мг, 20 мг	1-2 махал	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

	Рамиприл 1,25 мг, 2,5 мг, 5 мг Кандесартан, Валсартан 40мг, 80 мг Лосартан		
Бета-блокатор	Карведилол 6,25 мг, 12,5 мг, 25 мг Метопролол сукцинат 25 мг, 50 мг, 100 мг Бисопролол 2,5 мг, 5 мг, 10 мг Небиволол 5 мг	1-2 махал	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Инотроп воситалар	Добутамин 20 мл 250мг.		<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

Колхицин тана вазнига мос равишда, кичик дозаларда медикаментоз даволаш самарасини ошириш ва қайталанишнинг олдини олиш учун тавсия этилади [10]. Колхицинни аста-секин тўхтатиш шарт эмас, лекин бу рецидивларнинг олдини олиш учун керак бўлиши мумкин [5, 6]. Кортикостероидлар аспирин ва НЯҚВ самара бермаганда ёки қарши кўрсатмалар бўлганда иккинчи қатор даволаш воситалари ҳисобланади, чунки касалликнинг сурункали кечиши ва дориға боғланиб қолиш ривожланиши мумкин; бундай ҳолларда уларни колхицин билан биргаликда қўллаш лозим. Агар кортикостероидлар қўлланилса фақат кичик дозаларда (масалан, преднизолон 0,2- 0,5 мг/кг кунига ёки эквивалент миқдорда), юқори дозаларда эмас (преднизолон 1,0 мг/кг кунига ёки эквивалент миқдорда). Бошланғич доза симптомлар йўқолгунча ёки СРО нормаллашгунгача қўлланилади, сўнгра аста-секин тўхтатилади [5, 6].

### 16 жадвал Ўтқир перикардитда одатий яллиғланишга қарши воситалар

Препарат	Одатдаги доза	Давоми йлиги	Дозалашдан чиқиш	Манба
Аспирин	750-1000 мг ҳар 8	1-2 ҳафта.	Ҳар 1-2 ҳафтада дозани 250-500мг га	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

	соатда		камайтириш.	
Ибупрофен	600 мг ҳар 8 соатда	1-2 ҳафта.	Ҳар 1-2 ҳафтада дозани 200-400 мг га камайтириш.	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Колхистин	0,5 мг кунига бир марта (масса <70 кг) ёки кунига икки марта (>70 кг)	3 ой.	Зарур эмас; альтернатива: кун ора 0,5 мг (<70 кг) ёки 0,5 мг кунига бир марта (>70 кг)	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

### 3. Рецидивланувчи перикардитни даволаш

#### 17-жадвал Рецидивланувчи перикардит учун яллиғланишга қарши воситалар

Препарат	Одатдаги доза	Давоми йлиги	Дозалашдан чиқиш	Манба
Аспирин	500-1000 мг ҳар 6-8 соатда (диапазон 1,5-4 г кунига)	ҳафтала р-ойлар	Ҳар 1-2 ҳафтада дозани 250-500 мг га камайтириш	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Ибупрофен	600 мг ҳар 8 соатда (диапазон он)	ҳафтала р-ойлар	Ҳар 1-2 ҳафтада дозани 200-400 мг га	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

	1200-2400 мг)		камайтириш.	
Индометацин	Бош оғриғи ва бош айланишини олдини олиш учун кичик дозадан бошланади ва юқорига титрлаб борилади	хафтала р-ойлар	Ҳар 1-2 ҳафтада 25 мг га камайтириш	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Колхицин	Тана вазни <70 кг бўлганда 0.5 мг дан икки марта ёки юқорироқ дозаларда	Камида 6 ой	Зарур эмас; альтернатива: 0,5 мг кун ора (<70 кг) ёки 0,5 мг кунига бир марта (>70 кг)	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

Агар сабаб аниқ бўлса рецидивланувчи перикардит этиотроп даволанади. Аспирин ва НЯҚВ даволашда асосий бўлиб қолади. Колхицин тана вазнига мос равишда, юқламали дозасиз стандарт даволашга қўшимча сифатида тавсия этилади (Тана вазни <70 кг бўлганда 0,5 мг кунига бир марта, агар тана вазни 70 кг ёки ундан ортиқ бўлса 0,5 мг дан кунига икки марта, 6 ойдан кам бўлмаган муддатда.). Агар аспирин/НЯҚВлар ва колхицин самара бермаса кортикостероидларни қўллаш мумкин, аммо симптомларни кўпроқ назорат қилиш учун ушбу дориларни алмаштиришдан кўра, уларни учлик даволаш сифатида аспирин/НЯҚВ ва колхицинга кичик ёки ўртача дозаларда қўшиш керак.

**18 жадвал Кортикостероидларни дозалашдан чиқиш (маълумотлар преднизолон учун келтирилган)**

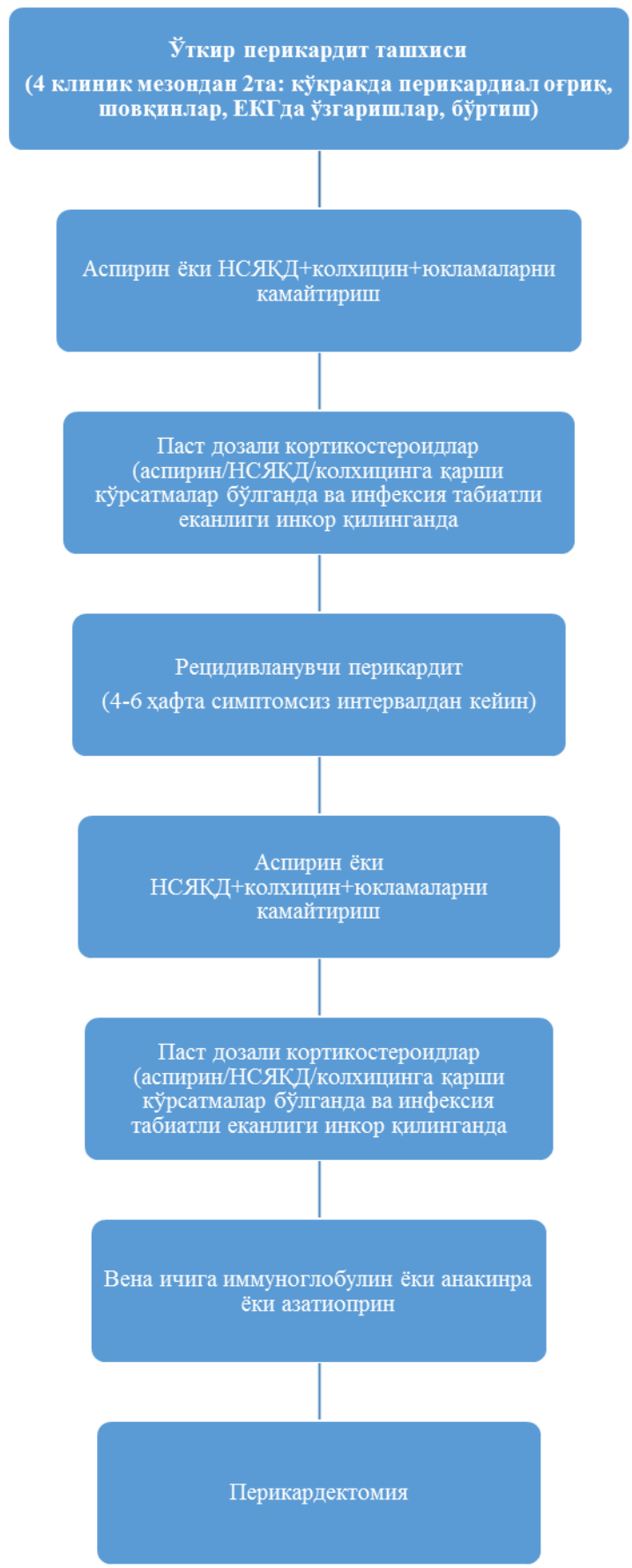
Бошлангич доза доза 0,25-0,50 мг/кг/сут	Дозани камайтириш	Манба
>50 мг	Ҳар 1-2 хафтада қунига 10мг.	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
50-25 мг	Ҳар 1-2 хафтада қунига 5- 10мг.	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
25-15 мг	Ҳар 2-4 хафтада қунига 2,5мг.	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
<15 мг	Ҳар 2-6 хафтада қунига 1,25- 2,5мг.	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

Эслатма: юқори дозалардан сақланинг, бир неча кун ва алоҳида ҳоллар бундан мустасно, шошилини равишда қунига 25мг гача камайтириш. 25 мг преднизолон 20 мг метилпреднизолонга эквивалент. Преднизолоннинг ҳар бир дозасини камайтириш симптомлар йўқ бўлса ва СРО нормаллашса, айниқса қунига <25 мг дозаларда амалга оширилиши керак. Глюкокортикоидларни қабул қилган ҳар бир бемор учун қунига 1200-1500 мг кальций ва 800-1000 МЕ витамин D қабул қилиш. Бундан ташқари, бифосфонатлар узок муддат қунига 5-7,5 мг глюкокортикоид қабул қилган постменопаузадаги аёллар ва 50 ёшдан юқори эркакларга суяк емирилишининг олдини олиш учун тавсия этилади (преднизолонда).

Кортикостероидларнинг паст ва ўртача дозаларини (яъни, преднизолон 0,2-0,5 мг / кг / кун) истисно қилинмаган инфекциялар, хусусан, бактериал ва сил касаллигидан сақланиш керак; Улардан фойдаланиш махсус кўрсатмалар (тизимли яллиғланишли касалликлар, постперикардиотомик синдром, хомиладорлик) ёки НЯҚВни кўтара олмаслик (яқин муддатдаги ошқозон яраси, ошқозон-ичакдан қон кетиш, қон кетиш хавфи юқорилиги сабабли антикоагулянтлар қабул қилиш мумкин эмаслиги) ёки юқори дозаларга қарамасдан касалликнинг давом этиши ҳолатларида чекланади. Даволашдан тўлиқ самара олгандан сўнг, бир хил тоифадаги дорилар аста-секин бекор қилинади, шундан сўнг колхицин аста-секин бекор қилинади (энг қийин ҳолатларда, бир неча ой). Рецидивлар ҳар бир препарат тўхтатилгандан сўнг бўлиши мумкин. Ҳар бир кейинги препарат симптоматика йўқолганда ва СРО нормаллашганда аста-секин тўхтатилиши керак [5, 6]. Нисбатан юқори дозаларда (масалан, преднизолон 15-25 мг / кун) узок муддат фойдаланиш учун кўрсатма берилган ёки яллиғланишга қарши терапияга жавоб бермайдиган беморларга бошқа дориларни, масалан, азатиопринни буюриш мумкин. Бошқа иммуносупрессив воситалар (масалан, сиклофосфамид, сиклоспорин, метотрексат, гидроксихлорохин, ўсим некроз омили (ТНФ) антагонистлари) вақти-вақти<sup>37</sup> билан қўлланилади. Перикардиотомияни охириги чора сифатида кўриб чиқиш мумкин,

лекин фақат дори терапиясининг муваффақияцизлиги тўлиқ баҳолангандан сўнг ва беморни бундай аралашув тажрибаси бўлган касалхонага юбориш билан. Ўткир перикардитда жисмоний фаолликни чеклаш бўйича тавсиялар рецидивларда ҳам қўлланилади.

**2 – расм. Перикардит беморларини умумий даволаш усуллари** (перикардиал касалликлар бўйича Европа тавсияларига мослаштирилган)



#### 4.Перикард бўшлиғидаги суюқликни даволаш

Перикардиал суюқлик учун терапия иложи борича этиотроп бўлиши керак. Суюқлик перикардит билан боғлиқ бўлса, даволаниш шу перикардитга йўналтирилиши керак. Агар суюқлик яллиғланиш аломатисиз клиник жиҳатдан аҳамиятли бўлиб қолса ёки эмпирик яллиғланишга қарши дорилар самарасиз бўлса, суюқликни дренажлаш масаласини кўриб чиқиш керак. Перикард қатламлари орасидаги алоқани яхшилаш ва суюқлик тўпланишининг олдини олиш учун 30 мл / 24 соатгача чўзилган дренажли перикардиоцентез тавсия қилиниши мумкин; аммо бу тавсия бир қатор клиник ҳолатлар, ретроспектив тадқиқотлар ва эксперт хулосаларига асосланади.

#### 19 жадвал Перикардиал суюқликни даволаш бўйича тавсиялар

Тавсиялар	Синф	Даража	Манба
Перикардиал суюқликни даволашда этиотроп ёндашишга ҳаракат қилинг	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Перикардиал суюқлик тизимли яллиғланиш билан боғлиқ бўлса, аспирин/НЯҚВ/колхицин ва перикардитни даволаш тавсия этилади	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Перикардиоцентез ёки кардиожарроҳликка тампонада ёки дорилар билан даволаш самарасиз бўлган ўртача ёки яққол ифодаланган суюқлик бўлганда ва бактериал инфекция ёки ўсмага шубҳа бўлганда кўрсатма бўлади	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

**ПЕРИКАРДИТ ТАШХИСИ ЎТКАЗИБ ЮБОРИЛГАНДА, ЭМПИРИК ЯЛЛИҒЛАИШГА ҚАРШИ ТЕРАПИЯНИ КЎРИБ ЧИҚИШ**



## 5.Констриктив перикардитни даволаш

### 20-жадвал Асосий констриктив перикардиал синдромлар таърифи ва даволаш (Imazio et al. га мослаштирилган)

Синдром	Таърифи	Даволаш	Манба
Ўтиб кетувчи констрикция (перманент констриктив перикардит, рестриктив КМП).	Ўз-ўзидан тузалиш ёки даволашдан сўнг қайтадиган констрикция шакли	Эмпирик яллиғланишга қарши терапия. Курс 2-3 ой.	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Суюқликли констриктив перикардит (юрак тампонадаси констриктив перикардит билан).	Перикардиоцентездан кейин ўнг бўлмачада 50% га ёки 10мм сим.уст. дан пастга тушмаслиги. Ноинвазив ташхис қўйиш мумкин.	Перикардиоцентез, сўнгра медикаментоз даволаш. Турғун ҳолатлар учун – жарроҳлик.	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Сурункали констрикция (ўтиб кетувчи констрикция, рестриктив КМП билан).	3-6 ойгача сақланувчи констрикция.	Даволаш узоқ бўлган ҳолларда, жарроҳликка юқори хавф бўлганда ёки миокард инфаркти аралаш ҳолларда перикардэктомия.	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

## 6.Перикардитларнинг алоҳида этиологик шакллари

### 6.1.Вирусли перикардит

Ривожланган мамлакатларда ўткир перикардит аксарият ҳолатларда вирусли инфекция ёки аутореактивлик билан боғлиқ [5, 6]. Ўткир вирусли перикардит, одатда, асоратларсиз ўз-ўзидан ўтадиган ҳолат [5, 6, 9]. Аммо унинг оқибатлари юрак тампонадаси, қайталаниш ва камдан -кам ҳолларда констриктив перикардит бўлиши мумкин. Ўткир вирусли перикардит одатда ўзини ўзи чеклайдиган касаллик бўлиб, колхицин билан биргаликдаги НЯҚВларнинг қисқа курсига яхши жавоб беради, айниқса рецидивларни олдини олиш учун [4-6].

#### 21-жадвал Вирусли перикардит беморларини ташхислаш ва даволаш бўйича тавсиялар

Тавсиялар	Синф	Даража	Манба
Вирусли перикардитнинг аниқ ташхисини қўйиш учун перикардиал суйқулик ва пери- / эпикардиал биопсиянинг ҳар томонлама (яъни, гистологик, цитологик, иммуногистологик, молекуляр) текширувини ўтказиш керак	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Мунтазам вирусли серология, ОИВ ва ҲСВдан ташқари, тавсия этилмайди	III	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Вирусли перикардитни кортикостероидлар билан даволаш тавсия этилмайди	III	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

### 6.2.Бактериал перикардит

Катталарда йирингли перикардит кам учрайди, аммо даволанмаса ўлимга олиб келади. Даволанганда ўлим 40%ни ташкил қилади, асосан интоксикация, тампонада ва юрак сиқилишидан келиб чиқади. Касаллик, одатда, гематоген ёки алоқа орқали тарқаладиган, бошқа жойда жойлашган инфекциянинг асоратидир. Предиспозиция қилувчи омиллар орасида олдинги перикардиал суяқлик, иммунитетни тушиши, сурункали касалликлар (алкоголизм, ревматоид артрит ва бошқалар), юракдаги жарроҳлик амалиётлари ва кўкрак қафасидаги жароҳатлар киради. Чап қоринча сохта аневризмаси бактериал перикардитнинг кам учрайдиган

асоратидир. Касаллик узоқ давом етмайдиган, ўткир, ўткир инфекция сифатида бошланади. Тери ости перикардиосентез талаб қилинади. Перикардиал суюқлик грамм, кислотага чидамли, кўзқоринли доғ бўлиши ва перикард ва бошқа тана суюқликларида ўстирилиши керак [II синф, исбот даражаси B]. Агар бактериал инфекцияга гумон қилинса, аероб ва анаероб мақсадлар учун перикардиал суюқликнинг камида учта култураси ва қон култураси талаб қилинади (II синф, исботланганлик даражаси B).

### 6.3.Туберкулёзли перикардит

Даволанмаган силли перикардитда ўлим даражаси 85%га етади, компрессив перикардитнинг учраш частотаси 30-50% ни ташкил қилади. Клиник белгилари турлича: суюқлик билан ва суюқликсиз ўткир перикардит; юрак тампонадаси; қайталанувчи симптомсиз, кўпинча перикардда кўп миқдорда суюқлик; захарланиш доимий иситма билан; ўткир, ўткир ости ёки сурункали босувчи перикардит; перикарднинг калсификацияси. Ташхис перикард суюқлигида ёки тўқимасида сил микобактериясини ва/ёки перикардда казеоз грануломалар мавжудлигини аниқлаш орқали аниқланади. Экстракардиал сил касаллиги билан оғриган беморларда перикардит, еҳтимол сил касаллигининг этиологиясидир (балғамнинг бир нечта културасини ўрганиш керак). Туберкулин тери тести беморларнинг 25-33 фоизида ёлғон-манфий, 30-40 фоизида (қарияларда) ёлғон мусбат бўлиши мумкин. ELISPOT иммунологик тести аниқроқ. Перимиокардиал туберкулёз қон плазмасида миолема ва актиномиозинга антителаларнинг юқори титрлари билан ҳам боғлиқ. Перикардиосентез ёрдамида, олинадиган суюқликни таҳлил қилиш усулларига қараб, 30-76% ҳолларда туберкулёз перикардит ташхисини қўйиш мумкин. Агар сил касаллигига гумон қилинса, бактерияларнинг кислотага чидамлилиги, микобактериялар култураси ёки ўсишни радиометрик аниқлаш (масалан, ВАТЕС -460), аденозин деаминаза (АДА), интерферон (ИФН) -  $\gamma$ , перикард лизозими ва полимераза занжир реакциясини аниқлаш (II синф, исбот даражаси B). Перикардиал суюқлик таркибида ИФН-  $\gamma > 200$  пг / л бўлганда туберкулёзли перикардит ташхисида 100% сезувчанлик ва ўзига хосликка ега. Туберкулёзли перикардитдаги суюқлик ва ўсимтанинг дифференциал ташхиси АДА даражасининг пастлиги ва юқори СЕА даражасида деярли мутлақдир. Бундан ташқари, жуда юқори АДА даражаси компрессив перикардит хавфи билан боғлиқ. Шу билан бирга, полимераза занжир реакцияси ҳам худди шундай сезгир (75% - 83%), аммо туберкулёзли перикардитга нисбатан кўпроқ АДА (100% - 78%) ўзига хосдир. Перикардиоскопия ва перикардиал биопсия прогнознинг тўғрилигини яхшилашга ёрдам беради (иккинчиси тез ташхис қўяди ва 100% сезувчанликка ега).

### 6.4.Буйрак етишмовчилигида перикардит

Буйрак етишмовчилиги - перикард жароҳатланишининг кенг тарқалган сабаби бўлиб, 20% ҳолларда перикардда кўп суюқлик келтириб чиқаради. Касалликнинг икки шакли тасвирланган: кенг тарқалган гемодиализдан олдин оғир ўткир ёки сурункали буйрак етишмовчилиги бўлган беморларнинг 6-10 фоизида уремик перикардит аниқланган. Бу виссерал ва париетал перикард яллиғланишидан келиб чиқади ва азотемия билан боғлиқ (қолдиқ азот одатда  $> 60$  мг/дл). Гемодиализ билан боғлиқ перикардит 13% ҳолларда гемодиализ пайтида, камдан -кам ҳолларда сурункали перитонеал диализда кузатилади ва даволаниш натижасининг етарли

эмаслиги ва / ёки суяқликнинг ортиқча юкланиши билан боғлиқ. Касаллик перикарднинг қалинлашган қатламлари ўртасида ёпишқоқлик пайдо бўлиши билан тавсифланади. Клиник кўриниш иситма ва кўкрак қафасининг плеврит оғриғини ўз ичига олиши мумкин, лекин кўп беморларда симптомсиздир. Перикарднинг ишқаланиш шовқини ҳатто катта миқдорда суяқлик бўлганда ҳам кузатилиши мумкин ёки вақтинчалик бўлиши мумкин. Вегетатив асаб тизимининг шикастланиши туфайли, тампонада пайтида ҳам, иситма ва гипотензияга қарамай, юрак уриш сони паст (дақиқада 60-80 уриш) бўлади. Эритропоэтинга қаршилик туфайли ривожланадиган анемия билан клиник кўриниш ёмонлашиши мумкин. Миокард яллиғланиши йўқлиги сабабли ЭКГда типик диффуз ST-T тўлқинлари йўқ. Агар ЭКГ ўткир перикардитга хос бўлса, даврий инфекцияга шубҳа қилиш керак.

## 22-жадвал Буйрак касалликларида перикардитни даволаш бўйича тавсиялар

Тавсиялар	Синф	Даража	Манба
Уремик перикардит учун диализни кўриб чиқиш керак	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Агар етарли диализ билан беморда перикардит ривожланса, диализнинг кучайишини ҳисобга олиш керак	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Агар жавоб бўлмаса, диализда бўлган беморларда перикарднинг аспирацияси ва / ёки дренажини кўриб чиқиш керак.	IIb	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Агар интенсив диализ самарасиз бўлса, ЙҚНСВ ва кортикостероидларни (тизимли ёки интраперикардиал) ҳисобга олиш керак.	IIb	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Колхицин перикардит ва оғир буйрак етишмовчилиги бор беморларга қарши кўрсатмадир.	III	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/P">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/P</a>

## 6.5. Тизимли аутоиммун касалликларда аутореактив перикардит ва перикард шикастланиши

Аутореактив перикардит ташхиси қуйидаги мезонларга асосланади.

1.  $> 5000 / \text{мм}^3$  дан ортиқ лимфоцитлар ва моноклеар хужайралар сонининг кўпайиши (аутореактив лимфоцитик перикардит) ёки юрак мушаги тўқималарида антителаларнинг мавжудлиги (сарколемма) перикардда суяқлик мавжудлигини (антителалар воситачилигидаги аутореактив перикардит) билдиради
2. Эпикардиал эндомиокардиал биопсияларда миокардит белгилари ( $\geq 14$  хужайра /  $\text{мм}^3$ ).
3. Перикарддаги суяқликни таҳлил қилишда эндомиокард ва эпмиокард биопсиясида фаол вирусли инфекцияни чиқариб ташлаш (вирусларни ажратиш мумкин эмас, перикарддан суяқликда кардиотроп вирусларга қарши иммуноглобулин М титри йўқ, салбий ПЗР) асосий кардиотроп вируслар учун).
4. ПЗР ёки хужайра экмалари ёрдамида бактериал инфекцияни истисно қилиш.
5. Перикардиал суяқлик ва биопсия намуналарида ўсимта инфилтрацияси йўқ.
6. Тизимли ва метаболик касалликларда уремияни истисно қилиш.

## 6.6. Постперикардиотомия синдроми.

Юракнинг шикастланиши юрак ва перикард ёки иккаласи ҳам шикастлангандан кейин бир неча кун ва ойлар ўтгач содир бўлади. Бу миокард инфарктидан кейин пайдо бўладиган синдромга ўхшайди. иккаласи ҳам тизимли иммунопатологик жараённинг кўринишидир. Буларнинг бир-биридан фарқи шундаки, ўткир провокация ва юрак тўқималарига антителаларнинг (сарколемма ва фибрилларлар) аниқ шаклланишида, эҳтимол катта миқдордаги антиген модданинг чиқиши билан боғлиқ. Перикардиал суяқлик ҳам ортотопик юрак трансплантациясидан кейин пайдо бўлиши мумкин (21%). Жарроҳлик пайтида аминокапрон кислота ишлатилганда тез -тез учрайди. Очик юрак операциясидан кейинги тампонадалар коронар артериянинг шунтланишига (24%) қараганда, клапанларда бажарилган муолажаларида (73%) кўпроқ содир бўлади. Бу ҳолат антикоагулянтларни ишлатиш частотаси билан боғлиқ бўлиши мумкин. Юрак операциясидан кейин компрессив перикардит ривожланиши мумкин. Операциядан кейинги перикардиял суяқлик учун энг катта хавф, айниқса, суяқликни дренажлаш билан перикардиосентез қилинмаса, варфаринни қўллаш билан боғлиқ.

## 6.7. Инфекциядан кейинги перикардит

Инфарктдан кейинги перикардитнинг икки шакли мавжуд: "Эрта" (перистенокардит эпистенокардит) ва "кечиктирилган" (Дресслер синдроми). Эпистенокардитли перикардит тўғридан-тўғри экссудация билан боғлиқ.

Трансмурал миокард инфарктининг 5-20 фоизида ривожланади, лекин камдан-кам ҳолларда клиникада аниқланади. Дресслер синдроми одатда миокард инфарктдан кейин бир ҳафтадан бир неча ойгача бўлган муддатда содир бўлади (гарчи бу эпистенокардит перикардитининг давоми бўлиши мумкин бўлса ҳам) ва клиник жиҳатдан постперикардиотомия синдромига ўхшайди. Бундай ҳолда, трансмурал миокард инфаркти бўлиши шарт эмас. Инфарктдан кейинги перикардитининг бу тури кам учрайди (0,5-5%) ва тромболитик қабул қилган беморларда паст (10 мм одатда гемоперикард билан боғлиқ ва бу беморларнинг учдан икки қисмида чап деворнинг тампонадаси ёрилиши) ривожланиши мумкин. Агар операция бўлмаса ёки контртендикатив бўлмаса, субакут тампонадада перикардиоцентез ва фибрин елимини интраперикардиал юбориш муқобил бўлиши мумкин.

### **6.8. Аорта диссекциясида травматик перикард суюқлиги ва гемоперикард**

Перикарднинг бевосита шикастланиши тасодифий ёки ятроген бўлиши мумкин. Қон йўқотиш, вазоконстриксия, оғир гипотензия ва зарба билан гемоторакс парадоксал пулс борлигини яшириши мумкин. Гемодинамикани барқарорлаштириш учун операция ўтказилади. Ятроген юрак тампонадаси кўпинча тери ости митрал валвулопластика пайтида шунингдек, транссептал пункция пайтида ва ундан кейин содир бўлади. Айниқса катетеризацияни бипланли кузатуви ўтказилмаса ва чап бўлмача катталиги кичик бўлса. Юқори босимли тузилмаларнинг тешилиши билан симптомлар тез ўсади, атриал тешилиш билан биринчи аломатлар 4-6 соатдан кейин пайдо бўлиши мумкин. Перикардиосентез 95-100% ҳолларда муваффақиятли бўлади, ўлим ҳолати 1% га етмайди. Тери ости коронар аралашуви пайтида ўткир ёки ўткир ости юрак тампонадаси билан коронар артерия трансекцияси содир бўлиши мумкин. Ушбу асоратни даволашда ютуқ-мембранали қопламали стентлар қўйишдир. Йўналтирувчи сим билан коронар артерия тешилиши кам учрайди, лекин камдан -кам ҳолларда перикардда сезиларли қон кетишига олиб келади. Ўнг қоринчанинг эндомиокард биопсияси вақтида ҳам миокард тешилиши ҳолатлари содир бўлиши мумкин (0,3-5%). Бундай ҳолатларнинг яримдан камроғида тампонада содир бўлади. Чап қоринча эндомиокардиал биопсияси билан перикардга қон кетиш тезлиги бундан ҳам пастроқ (0,1-3,3%). Миокард тешилишининг белгиси сифатида тўсатдан брадикардия ва гипотензия билан кечади. Бундай жараён билан боғлиқ бўлган ўлим даражаси 0,05% дан ошмайди. Ўнг қоринчада жойлашган сунъий юрак стимуляторининг учлари миокардга кириш ҳолатлари ҳам учрайди. Бунинг биринчи белгиси сифатида Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадаси ва чап оёқча блокадаси билан бирга пайдо бўлиши мумкин. Кўкрак қафасининг тўмтоқ шикастланиши (одатда автоҳалокатда) перикардан қон кетиши, миокарднинг ёрилиши, перикардда чурра ҳосил бўлиши билан миокард чайқалишига олиб келиши мумкин. Ташхис қўйиш учун фавқулодда эхокардиограмма ёки КТ текширувлари ўтказиш керак. Билвосита перикард шикастланишини аниқлаш анча қийин. Кўтарилган аортанинг кесилиши билан беморларнинг 17-45 фоизида ва кесманинг 48 фоизида перикардиал суюқлик аниқланади. Перикардиосентез қарши кўрсатмадир, чунки қон кетиш хавфи ошади ва аорта диссекцияси кучаяди.

**23-жадвал. Аорта диссекцияси пайтида травматик перикардиал суюқлик ва гемоперикардни бошқариш бўйича тавсиялар**

Тавсиялар	Синф	Даража	Манба
Фавқулодда кўриш (трансторакал эхокардиография ёки КТ) кўкрак қафаси шикастланиши ва гипотензия билан оғриган беморларга кўрсатилади	I	B	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Юрак ва кўкрак қафасидаги шикастланишлар туфайли юрак тампонадаси учун дарҳол торакотомия кўрсатилади.	I	B	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Аортани гемоперикард билан ажратганда, беморнинг ахволини вақтинча барқарорлаштириш учун кон босимини тахминан 90 мм симоб устуни ушлаб туриш учун жуда кичик қисмларда бошқариладиган перикард дренажини ҳисобга олиш керак.	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Юрак ва кўкрак қафасидаги травма туфайли перикардиосентез торакотомияга кўприк сифатида қаралиши мумкин.	IIb	B	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

## 6.9. Неопластик перикардит

Перикарднинг бирламчи ўсмалари метастазларга қараганда 40 баравар кам учрайди. Энг тез-тез учрайдиган перикардиал ўсма мезотелиёма бўлиб, деярли даволанмайди. Перикарднинг метастатик ўсмалари саратон билан оғриган беморларнинг аутопсиясининг 15-30 фоизида ва умумий аутопсиянинг 4 фоизида учрайди. Ўпка, кўкрак, меланома, лимфома ва лейкомия саратони кўпинча перикардга метастаз беради. Суюқликлар кичик ёки катта бўлиши мумкин, таҳдид солувчи тампонада (кўпинча такрорий), эҳтимол юрак сиқилиши. Беморларнинг кўпчилигида симптомсиз кечади, айниқса, суюқлик аста-секин тўпланиб борса. Перикарддаги суюқлик миқдори 500мл дан ошган вақтларда беморларда йўтал, нафас қисилиши, кўкрак оғриғи, тахикардия, бўйин томирларининг шишиши каби белгилар пайдо бўлади. Ушбу касалликка ташхис қўйиш перикард бўшлиғига хавфли инфилтрацияни тасдиқланишига асосланган. Бу ҳолат перикард суюқлигини таҳлил қилишни ва перикард ёки эпикард биопсиясини талаб қилади [II синф, исбот даражаси B]. Шунинг эса тутиш керакки, тасдиқланган саратон касаллигига чалинган беморларнинг тахминан учдан икки қисмида перикардиал

суюқлик бошқа сабабларга боғлиқ (масалан, рентгентерапия ёки инфекция). Агар хавфли неоплазма гумон қилинса, суюқликни ситологик текшириш ва ўсимта белгиларини аниқлаш керак: карсиноэмбрионал антиген (СЭА), β-фетопротеин (АФП), углевод антигенлари СА 125, СА 72-4, СА 15-3, СА 19-9, СД-30, СД-29 ва бошқалар.

## 7. Перикард касаллигининг кам учрайдиган шакллари

### 7.1. Замбуруғли перикардит

Замбуруғли перикардит асосан иммунитетни заиф ёки замбуруғ инфекцияси эндемик бўлган беморларда ривожланади. Клиник кўриниши перикард касалликларининг бутун спектрига, шунингдек замбуруғли миокардитга ўхшайди. Бунга асосан эндемик замбуруғлар (гистоплазма, кокцидиодлар) ёки эндемик бўлмаган-оппортунистик (Кандида, Аспергиллус, Бластомисес) ва ярим замбуруғлар (Нокардия, Астиномийсес) сабаб бўлади. Бу перикард суюқлигини бўяш ва экиш орқали аниқланади. Замбуруғларга қарши антителаларни аниқлаш ҳам замбуруғ инфекциясини ташхислашда ёрдам беради.

### 7.2. Радиацион перикардит

Радиацион перикардитнинг пайдо бўлиш эҳтимоли нурланиш манбасига, дозасига, унинг бўлинишига, давомийлигига, нурланиш табиатига, нурланган тўқималарнинг ҳажмига, иммунитет шаклига ва беморларнинг ёшига боғлиқ. Касаллик даволаниши бир неча ойдан бир неча йилларларгача (15-25 йилгача) давом этиши мумкин. Суюқлик сероз ёки геморрагик бўлиши мумкин, кейинчалик фибриноз чандиқли бўлиши ёки юрак сиқилиши билан боғлаш мумкин (беморларнинг 20%гача), одатда кальцификациясиз бўлади. Симптомлар асосий касалликнинг кўриниши ва кимётерапия фониди яширинган, бўлиши мумкин. Дастлаб, Эхокардиограмма, кейин керак бўлганда, компьютер томографияси ёки магнитли резонансли томография ўтказиш керак. Тампонада бўлмаган перикардитни консерватив даволаш керак. Ташхис қўйиш ёки гемодинамик бузилишни ва тампонадани даволаш учун перикардиосентез талаб қилиниши мумкин. Компрессив перикардитда перикардиоэктомия амалиёти бажарилади, аммо ўлим ҳолати жуда юқори (21%) ва беш йил ичида омон қолиш даражаси жуда паст (1%), бу асосан миокарднинг фибрози туфайли юзага келади.

## 24-жадвал Радиацион перикардитнинг олдини олиш ва даволаш бўйича тавсиялар

Тавсиялар	Синф	Даража	Манба
Иложи борича юракка нурланиш ҳажмини ва дозасини камайтирадиган радиацион терапия усуллари тавсия этилади	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-49">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-49</a>

			ehv318.pdf
Перикардектомия нурланиш таъсирида бўлган констриктив перикардитда кўриб чиқилиши керак, аммо бошқа миопатия туфайли бошқа этиологиянинг констриктив перикардитига қараганда камроқ яхши натижаларга эга.	IIa	B	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

### 7.3. Хилоперикард

Хилоперикардит шикастланишлар, туғма патология, очик юрак жарроҳлиги асоратлари, медиастин лимфангиомалари, лимфангиоматоз гамартомалар, лимфангиектазия, шунингдек обструкция ёки норманинг бузилиши натижасида интраторакал лимфа канали ҳамда перикард бўшлиғи ўртасида, боғланиш пайдо бўлишидан келиб чиқади. Натижада инфекция, тампонада ёки юракнинг сиқилиши кўшилиши билан ёмонлашади. Перикард ичидаги суюқлик стерил, хидсиз, оч оқ рангга бўлади. Микроскопда ёғ томчилари кўринади. Унинг хилеоз табиати ишқорий реакция эга, унинг солиштирма оғирлиги 1010 ва 1021 га тенг, судан ИИИ ва ёғга бўялган, юқори триглицеридлар (5-50 г/л) ва оқсил (22-60 г/л) билан тасдиқланади. Кўкрак қафаси ичидаги лимфа каналининг локализацияси ва унинг перикард билан алоқасини кенгайтирилган компьютер томографияси ҳамда унинг лимфография билан комбинацияси ёрдамида аниқлаш мумкин.

#### 25-жадвал. Хилоперикардни ташхислаш ва бошқариш бўйича тавсиялар

Тавсия	Синф	Даража	Манба
Хилоперикардит яни суцимон хира суюқлик ташхиси триглицеридлар > 500 мг/дл бўлганда, холестерин: триглицеридлар нисбати <1, ва экилган салбий лимфоцитлар устунлиги (лимфоцитлар миллилитрда бир неча юздан бир неча минггача) билан тавсифланади	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Хилоперикардни ташхислаш учун перикард дренажи ва парентерал озикланиш ҳисобига юзига келаётган суюқликни назоратга олиш керак.	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Агар консерватив даво перикард дренажидан келаётган суюқлик ҳажмини камайтирмаса ва торакал канал йўли топилса жарроҳлик амалиёти кўриб чиқилади.	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

			rcardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Хилоперикардит учун октреотидли терапия (икки ҳафта давомида кунига 3 марта 100 мкг) буюрилиши мумкин (таъсир механизми лимфа ишлаб чиқаришнинг пасайиши билан боғлиқ)	<b>IIb</b>	<b>C</b>	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

#### 7.4. Гиёҳванд моддалар ва токсинлар туфайли юзага келадиган перикардит

Гиёҳванд моддаларга боғлиқ бўлган перикардит камдан-кам учрайди. Бироқ, перикардит, тампонада, фиброз, перикардиал битишма ёки юракнинг сиқилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Механизмларига лупус реакцияси, сарум касаллиги, ёд моддаларга жавоб реакцияси ва иммунопатологиялар киради. Даволаш дори - дармонларни олиб ташлаш ва симптоматик даволаш жараёнларини ўз ичига олади.

#### 7.5. Қалқонсимон без касалликларида перикард суюқлигининг йиғилиши

Гипотиреоидизм билан оғриган беморларнинг 5-30 фоизида перикард суюқлигининг йиғилиши аниқланади. Суюқлик аста -секин тўпланади ва камдан -кам ҳолларда тампонада пайдо бўлади. Баъзи ҳолларда холестеринли перикардит аниқланади. Гипотиреоидизм ташхиси тироксин ва тироеид стимуляция қилувчи гормонлар даражасига боғлиқ.

#### 7.6. Ҳомиладорлик вақтида перикардиал суюқлик йиғилиши

Ҳомиладорликда перикард касаллигига мойиллик ҳақида ҳеч қандай далил йўқ. Бироқ, кўп ҳомиладор аёлларда учинчи триместрда энгил ва ўртача даражада асимптоматик гидроперикардит ривожланади. Юрак сиқилиши камдан-кам учрайди. Ўткир перикардитда ЭКГ ўзгаришларини ST сегментининг изолиядан пастга энгил тушишидан ва нормал ҳомиладорликдаги T тишчанинг ўзгаришидан ажратиш керак (Жадвал). Ҳомиладорлик пайтида айланиб юрадиган қон ҳажмининг ошиши туфайли илгари сезилмаган юрак сиқилиши пайдо бўлиши мумкин. Кўпгина перикард касалликлари ҳомиладорликдан ташқари даволанади. Шу билан бирга, ацетилсалицил кислотасининг юқори дозалари ҳомиладаги Боталлов каналининг муддатидан олдин ёпилишига олиб келиши мумкин; ҳомиладорлик пайтида колхицин тақиқланган. Керак бўлганда, кейинги ҳомиладорлик хавфидан қўрқмасдан, перикардиотомия ва перикардэктомия хавфсиз тарзда бажарилиши мумкин.

#### 26- жадвал Ҳомиладор аёлларда перикардиал суюқликка диагностик ёндашув

Тадқиқот усули	Кўрсатма	Ҳомиладорларда таҳлили	Манба
			51

Парадоксал пульс	Юрак тампонадаси и диагностикаси	Шунингдек куйидагиларни ҳисобга олиш керак: Нормал ҳомиладорликнинг охири ойларида перикардда суюқлик бўлмаслиги, Сурункали констриктив перикардид мавжудлиги (50% яқин), Бронхиал астма/ўпка эмфиземаси мавжудлиги, Ўпка артерияси эмболияси эҳтимоли, Яққол семизлик мавжудлиги, Гиповолемик шок мавжудлиги	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
ЭКГ	Ўткир перикардит  Миоперикардит	Ўткир перикардитда ЭКГ кўрсаткичлари ўзгаришини нормал ҳомиладорликдаги ЭКГ кўрсаткичлари ўзгаришидан фарқлашловим  Юрак электр ўқининг чапга ёки ўнга силжиши,	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

		<p>ST сегмент депрессияси (изолинияда н тепага кўтарилиши),</p> <p>T тишча ўзгариши, унчалик катта бўлмаган Q тишча ва R тишча инверсияси (изолинияда н пастга тушиши), III стандарт тармоқда, нафас олганда ўзгарадиган, V2 кўкрак тармоғида R тишча амплитудасининг юқорирок кўтарилганлиги,</p> <p>Синусли тахикардия, Бўлмача ёки қоринча экстрасистолияси</p>	
<p>Кўкрак қафаси рентгенографияси</p>	<p>Юрак тампонадаси ёки аорта аневризмасининг иккиланишида гемоперикард, агар ультратовуш текшируви га имкон бўлмаса, кўкрак қафаси травмаси</p>	<p>Юрак катталашган дек кўринади (горизонтал ҳолат)</p> <p>Ўпкалар тасвирининг тўқ кўриниши уларни қон билан тўйингандек тасаввур</p>	<p><a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a></p>

	Сил/ ўсмага шубха	уйғотади (перимиокар дитдаги чап қоринча етишмовчил иғи), Кўп ҳолларда туғруқдан кейинги эрта даврда 1-2 ҳафтадан сўнг ўз- ўзидан сўрилиб кетадиган, кам микдордаги плевра суяқлиги аниқланади.	
Эхокардио графия	Перикардд а суяқлик бўлиши/та мпонада Аорта бутунлиги бузилиши натижасид аги гемоперика рд	Юрак ўнг камерасини нг катталашиш и (латерал ҳолатда) Чап қоринча систолик ўлчамлари ўзгаришсиз ёки бироз катталашган	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Магнитли резонанс томографи я	Аорта бутунлиги бузилиши натижасид аги гемоперика рд		<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Юрак ўнг соҳаси ва ўпка артериясин и зондлаш (Сван- Ганца катетери)	Тампонада нинг тасдиқланг анлиги ёки юрак констрикц ияси (қисилиши )		<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Юракни катетерлаш	Констрикт ив (қисилиш натижасид	Брахиал йўл орқали кириш афзалроқ	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a> 54

	а келиб чиққан) перикардит Аорта бутунлиги бузилиши натijasид аги гемоперика рд	(оғирликни камайтириш мақсадида)	
Перикарди оцентез	Фақат тампонада да ёки критик ҳолатда диагностик а мақсадида	Эхокардиог рафия назорати остида, ҳомила нурланишин и олдини олиш мақсадида	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Перикарди оскопия эпикард/пе рикард биопсияси	Фақат хаётий кўрсатмала рга кўра	Ҳомила нурланиши худди юрак катетеризац иясидаги каби	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

**«ПЕРИКАРДИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

**Тошкент 2025**

## 2. Асосий қисм

### 2.1. Кириш

Перикардиал касалликларнинг этиологияси кўп ҳолатларда ноаниқ бўлиб қолмоқда, чунки кўплаб тиббиёт муассасаларида диагностика усулларининг тўлиқ тўплами қўлланилмайди. Олтин стандарт-бу қиличсимон ўсимта асосидан жарроҳлик усули билан кириш, суюқлик намуналарини йиғиш, перикардиал биопсия ва дренажлаш усули. Интервенцион усуллар комбинацияланган перикардиоскопик тасвирлашни ўз ичига олади, бунда биринчи бўлиб перикардиал касалликларнинг этиологияси ва патогенезини аниқлаш учун молекуляр, гистологик ва иммуногистологик диагностика усулларидан фойдаланилади ва сўнг перикард бўшлиғига дори юбориш билан даволанади.

### 2.2. Интервенцион даволаш усуллари ва жарроҳлик

#### 2.2.1. Перикардиоцентез ва дренаж

#### 27 жадвал. Перикардиоцентез учун кўрсатмалар

Тавсия	Синф	Даража	Манба
Юрак тампонадаси	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Перикард бўшлиғида катта миқдордаги суюқлик ҳажми (эхокардиография ёрдамида диастолда перикард варақларини ажратиш > 20 мм).	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Йирингли ёки силли перикардитга шубҳа	I	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Перикардиал бўшлиқда ўртача суюқлик ҳажми (эхокардиография ёрдамида диастолда перикард варақларини ажратиш 10 - 20 мм) ва агар сил касаллигига шубҳа бўлса (перикардиал суюқлик, перикардиоскопия ва епикардиал / перикардиал биопсия).	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

Гумон қилинган неопластик перикард суюқлиги	IIa	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>
Перикардиал суюқликнинг оз миқдори (диастолда <10 мм дан кам бўлмаганда эхокардиография орқали перикардиал варақларни ажратиш) (перикардиал суюқлик ва тўқималарни таҳлил қилиш, перикардиоскопия ва епикардиал / перикардиал биопсия).	IIb	C	<a href="https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf">https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</a>

Мутлақ қарши кўрсама: аорта иккиланиши.

Қисман қарши кўрсатмалар: Даволанмаган коагулопатия, антикоагулянт терапия, тромбоцитопения <50,000 / мм<sup>3</sup>, кам, орқа ва халтасимон ўралган суюқлик. Ўткир травматик гемоперикард ва йирингли перикардитда перикардни жарроҳлик йўли билан дренажлаш мақсадга мувофиқдир.

Перикардиосентезнинг асоратлари: миокард перфорацияси, гемоторакс, пневмоторакс, ҳаво эмболияси, юрак аритмияси (айниқса, вазовагал брадикардия), инфекция, қорин пардаси ва қорин органларининг шикастланиши.

### 2.2.2 Перикардэктомия

Перикардэктомия - сурункали сиқилишнинг ягона аниқ давоси (IIa синф, В далиллар даражаси). Операция пайтида ўлим 6-12% ни ташкил қилади, гемодинамиканинг тўлиқ нормаллашуви фақат беморларнинг 60% да кузатилади. Перикардэктомияда ўлим операциядан олдинги даврда билинмаган атрофия ёки миокард фиброзининг мавжудлигига боғлиқ. Бундан ташқари, омон қолиш прогнози бир қанча сабабларни: олдинги нурланиш терапияси, буйрак етишмовчилиги, ўпка гипертензияси, чап қоринча систолик дисфункцияси, қондаги натрий даражасининг пастлиги ва қариликни ўз ичига олади.

Перикардэктомияга тайёргарлик: диуретиклар ва б-блокаторларни буюриш. Операциядан олдин бемор бир неча ҳафта давомида кортикостероидларни қабул қилмаслиги керак.

Перикардэктомияга қарши кўрсатмалар:

- асимптоматик беморларда ерта сиқилиш
- вақтинчалик сиқилиш
- кэнг тарқалган фиброз ва миокард атрофияси (КТ, МРТ бўйича)
- юрак етишмовчилиги IIВ ФС NYHA бўйича.

Перикардэктомиянинг асосий асоратлари - юракнинг ўткир периператив етишмовчилиги ва чап қоринча деворининг ёрилиши. Миокарднинг қисқариш функциясини яхшилаш ва юрак қон отиб беришини кўпайтириш учун томир ичига суюқликлар, катэхоламинлар ва кўп дозада дигиталис препаратлари юборилади. Энг оғир ҳолатларда, аорта ичидаги балон контрпульсацияси амалга оширилади. Етиотроп ва патогенетик терапияни давом еттириш керак.

Плевраперикардиал фенестрация (IIb синф, далиллар даражаси B).

Тери орқали балон перикардиотомияси ( IIb синф, далиллар даражаси B)

**«ПЕРИКАРДИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ ТИББИЙ  
ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 2. Асосий қисм

### 2.1. Кириш

Перикард – икки қаватли халта бўлиб, ўз ичида юрак ва йирик томирларнинг илдиз қисмларини тутеди. Перикард халтаси икки қаватдан иборат: сероз - висцерал (у миокардга ёпишиб тургани сабали эпикард деб ҳам аталади) ҳамда фиброз - париетал қаватлар. Улар орасида перикард бўшлиғи жойлашган бўлиб, унда перикард суюқлиги сақланади. Перикард юракни кўкс оралиғи соҳасида тутиб туради, уни юқумли касалликлардан ҳимоялайди ва юрак қисқаришлари давомида “мойлаб” туради.

### 2.2. Перикардитлар таърифи

Перикард касалликлари мустақил ёки тизимли касалликларнинг бир қисми сифатида ривожланади [1-5]. Перикард шикастланишининг асосий синдромлари - перикардит (ўткир, нимўткир, сурункали ва қайталанувчи), перикард бўшлиғида суюқлик йиғилиши, юрак тампонадаси, констриктив перикардит ва перикард қалинлашиши ҳисобланади [1, 4, 5].

### 2.3. Перикардитлар таснифи

1 - жадвал. Перикардитларнинг этиологияси, учраш даражаси ва патогенези [ESC Guidelines, 2004]

Этиологияси	Учраш даражаси	Патогенези
<b>Инфекцион перикардит</b>		
Вируслар (Коксаки А9, В 1-4, Эхо 8, паротит, цитомегаловирус, сувчечак, қизамиқ, ОИВ, парво В19 ва бошқалар)	30-50%	Касаллик кўзғатувчисининг перикард тўқимасида кўпайиши, тарқалиши ҳамда у томонидан захарли моддаларнинг ишлаб чиқарилиши перикардда сероз, сероз - фибриноз, геморрагик (бактериялар, вируслар, сил ва замбуруғлар) ёки йирингли (бактериялар) яллиғланишга сабаб бўлади
Бактериялар (пневмо - , менинго - , гонококклар, гемофилис, оқиш трепонема, борреллиоз, хламидия, сил ва бошқалар)	5-10%	
Замбуруғлар (кандида, гистоплазма ва бошқалар)	Кам	
Паразитлар (эхинококк, токсоплазма ва бошқалар)	Кам	
<b>Тизимли аутоиммун касалликлардаги перикардит</b>		
Системали қизил югурдак	30%	Кўпинча яширин ёки енгил кечаётган касалликнинг юрак қон-томир касалликлари кўринишида намоён бўлиши
Ревматоид артрит	30%	
Анкилозловчи спондилит	1%	
Тизимли склероз	50% дан кўп	

Дерматомиозит	Кам	
Тугунчали периартериит	Кам	
Рейтер синдроми	2% атрофида	
Оилавий Ўртаер денгизи иситмаси	0,7%	
<b>2-тип (ауто) иммун жараён</b>		Иккиламчи, юқумли касаллик ёки операциядан кейин
Ревматик иситма	20 - 50%	Асосан ўткир фазада
Кардиотомиядан кейинги синдром	20% атрофида	Операциядан 10 - 14 кун ўтгандан кейин
Миокард инфарктидан кейинги ҳолат	1-5%	Эпистенокардитик перикардит билан дифференциал ташхислаш зарур
Аутореактив (сурункали) перикардит	23,1%	Кенг тарқалган шакл
<b>Қўшни аъзолар касалликларидаги перикардит ва перикард бўшлиғида суюқлик</b>		
Ўткир миокард инфаркти (эпистенокардитик перикардит)	5-20%	Трансмурал миокард инфарктидан 1-5 кун ўтгач
Миокардит	30%	Эпимиокардит
Аорта аневризмаси	Кам	Аневризма ёрилганда гемorraгик перикардит ривожланади
Ўпка инфаркти	Кам	
Зотилжам	Кам	
Қизилўнғач касалликлари	Кам	
Сурункали юрак етишмовчилигидаги гидроперикард	Кам	
Паранеопластик перикардит	Кўп	Ўсма инфильтрацияси кузатилмайди
<b>Моддалар алмашинуви бузилишидаги перикардит</b>		
Буйрак етишмовчилиги (уремия)	Кўп	Вирусли / токсик / аутоиммун

Микседема	30%	Сероз, холестеринга бой
Аддисон касаллиги	Кам	Мембранадан сизиб чиқиш
Диабетик кетоацидоз	Кам	
Холестеринли перикардит	Жуда кам	Холестерин трансудацияси (стерил сероз - фиброз суюқлик)
<b>Ҳомиладорлик</b>	Кам	
<b>Травматик перикардит</b>		
Бевосита жароҳатланиш (кўкрак қафасининг тешиб ўтувчи жароҳати, қизилўнгач перфорацияси, ёт жисмлар)	Кам	
Билвосита жароҳатланиш (кўкрак қафасининг тешиб ўтмайдиған жароҳати, кўкс оралигининг қитиқланиши)	Кам	
<b>Неопластик перикардит</b>		
Бирламчи ўсмалар	Кам	Сероз ёки фибриноз, кам холларда геморрагик суюқлик
Иккиламчи метастазланган ўсмалар	Кўп	
Ўпка карциномаси	40%	
Сут беги карциномаси	22%	
Ошқозон ва йўғон ичак ўсмалари	3%	
Бошқа жойда жойлашган карциномалар	6%	
Лейкемия ва лимфома	15%	
Меланома	3%	
Саркома	4%	
Бошқа ўсмалар	7%	
<b>Идиопатик перикардит</b>	3,5% (бошқа маълумотларга кўра 50% дан кўп)	

**2- жадвал      Перикардитларнинг клиник таснифи [ESC Guidelines, 2015]**

Клиник-морфологик шакли	кечиш давомийлиги
<b>а. Ўткир перикардитлар</b> 3. Фибриноз (ёки курук) Экссудатив (сероз-фибриноз, йирингли, чирикли, геморрагик) тампонада билан тампонадасиз	3 ойдан кам
<b>в. сурункали перикардитлар</b> 2. Экссудатив (сероз-фибриноз, йирингли, чирик, геморрагик) <ul style="list-style-type: none"> <li>• тампонада билан</li> <li>• тампонадасиз</li> </ul> 4. Адгезив (ёпишқоқ) 5. констриктив (сикувчи) <ul style="list-style-type: none"> <li>• «зирҳли юрак»</li> </ul>	3 ойдан узоқ
С. Қайта (рецидив)ланувчи перикардит	

**3-жадвал      Перикардитлар ва уни ташхислаш мезонлари [ESC Guidelines, 2015]**

Перикардит	Ташхислаш мезонлари
Ўткир	Қуйидаги 4 мезонларнинг камида 2 таси мавжуд бўлганда яллиғланишли перикардиал синдром ташхиси қўйилади: (5) кўкрак соҳасида перикардитга хос оғрик (6) перикардиал шовқинлар (7) ЭКГда янги, тарқалган ST сегмент депрессияси ва/ёки PR сегмент депрессияси перикард бўшлиғида суюқлик йиғилиши (янги пайдо бўлган ёки ёмонлашган) ташхисни тасдиқловчи қўшимча маълумотлар: яллиғланиш маркерлари (С-реактив оқсил, эритроцитлар чўкиш тезлиги, қондаги лейкоцитлар) миқдорининг ортиши; асбобий текширув усулларида (КТ, МРТ) перикард яллиғланиш белгиларининг аниқланиши
тўлиқ даволанмаган	касаллик белгилари 4–6 ҳафтадан узоқ, бироқ 3 ойдан кам, ремиссияларсиз давом этувчи перикардит
Рецидивланувчи	Бирламчи перикардит белгилари йўқолгандан сўнг, 4–6 ҳафтадан сўнг юзага келган перикардит
Сурункали	4 ойдан узоқ давом этувчи перикардит

### 3.Профилактик чоралар ва кейинги бошқарув (<https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Adenda-ehv318.pdf>)

1. Перикардиал суюқлик йўқолгандан кейин яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини ўз вақтида узоқ муддат ишлатиш.
2. Кўрсаткичлар мавжуд бўлганда, глюкокортикостероидларни етарли дозаларда, етарли муддатда ўз вақтида юбориш.
3. Глюкокортикостероидларни тайинлашда, яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларига ўтиш билан дозани босқичма -босқич камайтириш (камида 3 ой).
4. Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари ва Глюкокортикостероидларни узоқ муддат ишлатиш натижасида келиб чиқадиган гастропатияларнинг олдини олиш (ППИ буюриш).
5. Юрак тампонадаси белгилари мавжуд бўлганда ўз вақтида перикардиосентезни ўтказиш.
6. Симптоматик констриктив перикардит ташхисида жарроҳлик даволанишга ўз вақтида муурожаат қилиш.
7. Перикардитнинг ўзига хос шакллари (сил, онкология, ревматология ва бошқалар) белгилари мавжуд бўлганда асосий касалликнинг кечишини назорат қилишни таъминлаган ҳолда мутахассисларга ўз вақтида муурожаат қилиш.
8. Ўткир перикардит белгилари 1 йил давомида тиклангандан ёки енгиллашгандан сўнг, 3-6 ойда 1 марта УҚТ, ЭКГ, эхокардиография назорати остида перикардитнинг қайталаниши, кучайиши, асоратларини ўз вақтида аниқлаш учун кузатув олиб бориш.

1) профилактика мақсади (профилактика мақсадлари кўрсатилган):

2) **1-профилактика** — перикардтини бирламчи профилактикаси – бу юқумли ва перикардитга олиб келувчи вирусли, бактериал инфекцияларни олдини олиш керак, мойиллиги мавжуд аҳоли тоифасида режали ва мавсумий профилактик эмлаш ишларини ўз вақтида бажариш, бирламчи бўғин шифокорлари томонидан бажарилади;

3) **скрининг** - агар ушбу нозологияда скрининг ўтказиш усуллари мавжуд бўлса, қандай усуллардан фойдаланилади, скрининг ўтказиладиган контингент, қачон ўтказиш керак, қаерда ўтказиш керак ва хоказо. Шунингдек, бу нозологияда скринингни ким амалга оширади (тиббиёт ходимига қўйиладиган талаблар).

4) **2-профилактика** —

**1.**Перикардиал суюқлик йўқолгандан кейин яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини ўз вақтида узоқ муддат ишлатиш.

**2.** Кўрсаткичлар мавжуд бўлганда, глюкокортикостероидларни етарли дозаларда, етарли муддатда ўз вақтида юбориш.

3. Глюкокортикостероидларни тайинлашда, яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларига ўтиш билан дозани босқичма -босқич камайтириш (камида 3 ой).
  4. Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари ва Глюкокортикостероидларни узок муддат ишлатиш натижасида келиб чиқадиган гастропатияларнинг олдини олиш (протон помпа ингибиторларини буюриш).
  5. Юрак тампонадаси белгилари мавжуд бўлганда ўз вақтида перикардиосентезни ўтказиш.
  6. Симптоматик констриктив перикардит ташхисида жарроҳлик даволанишга ўз вақтида муурожаат қилиш.
  7. Перикардитнинг ўзига хос шакллари (сил, онкология, ревматология ва бошқалар) белгилари мавжуд бўлганда асосий касалликнинг кечишини назорат қилишни таъминлаган ҳолда мутахассисларга ўз вақтида муурожаат қилиш.
  8. Ўткир перикардит белгилари 1 йил давомида тиклангандан ёки енгиллашгандан сўнг, 3-6 ойда 1 марта УҚТ, ЭКГ, эхокардиография назорати остида перикардитнинг қайталаниши, кучайиши, асоратларини ўз вақтида аниқлаш учун кузатув олиб бориш.
- 5) **3-профилактика** – даволовчи шифокор томонидан олиб борилади, перикардит аниқланган беморларни стандарт асосида даволанишини назорат қилиш, касаллик тўлиқ соғайиб кетишини бошқариш, турли инфекциялар билан қайта зарарланишини олдини олиш, касаллик асоратларини профилактикаси

#### 4) Фойдаланилган адабиётлар

1. Юрак-қон томир касалликлари бўйича миллий клиник баённомалар. Тошкент. 2023. 584 бет
2. Maisch B Seferović PM Ristić AD Erbel R Rienmüller R Adler Y Tomkowski WZ Thiene G Yacoub MH; Task Force on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary. *Eur Heart J* 2010;25:587–610.
3. Klein AL Abbara S Agler DA Appleton CP Asher CR Hoit B Hung J Garcia MJ Kronzon I Oh JK Rodriguez ER Schaff HV Schoenhagen P Tan CD White RD . American Society of Echocardiography clinical recommendations for multimodality cardiovascular imaging of patients with pericardial disease: endorsed by the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance and Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Am Soc Echocardiogr* 2013;26:965–1012.e15.
4. Imazio M Gaita F . Diagnosis and treatment of pericarditis. *Heart* 2015;101:1159–1168.
5. Imazio M Brucato A Cemin R Ferrua S Maggolini S Beqaraj F Demarie D Forno D Ferro S Maestroni S Belli R Trincherò R Spodick DH Adler Y ; ICAP Investigators. A randomized trial of colchicine for acute pericarditis. *N Engl J Med* 2013;369:1522–1528.
6. Yehuda Adle Task Force on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary. *Eur Heart J* 2015;25:177–350.
7. Brucato A Imazio M Curri S Palmieri G Trincherò R . Medical treatment of pericarditis during pregnancy. *Int J Cardiol* 2010;144:413–414.
8. LeWinter MM . Clinical practice. Acute pericarditis. *N Engl J Med* 2014;371:2410–2416.
9. Alabed S Cabello JB Irving GJ Qintar M Burls A . Colchicine for pericarditis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Aug 28;8:CD010652.
10. Caforio AL Pankuweit S Arbustini E Basso C Gimeno-Blanes J Felix SB Fu M Heliö T Heymans S Jahns R Klingel K Linhart A Maisch B McKenna W Mogensen J Pinto YM Ristic A Schultheiss HP Seggewiss H Tavazzi L Thiene G Yilmaz A Charron P Elliott PM ; European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J* 2013;34:2636–2648.