

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00092&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00092. Міокардит

Автори: Jyri Lommi, Jukka Lehtonen  
Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen  
Дата останнього оновлення: 2017-03-14

## Основні положення

- Міокардит слід диференціювати з гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST, при якому необхідне негайне лікування, а також, з доброякісними змінами на ЕКГ, викликаними підвищеною симпатикотонією.
- Діагноз міокардиту зазвичай ґрунтується на клінічній картині, ЕКГ та результатах лабораторних досліджень, а також, методом виключення інших причин, і дуже рідко — за допомогою біопсії міокарда.
- Екстрене направлення в спеціалізований заклад потрібне пацієнтам з вираженим больовим синдромом, тахікардією або втратою свідомості, бі- або трифасцикулярною блокадою, серцевою недостатністю або ознаками ураження міокарда (КК-МВ, ТпТ, ТпІ).
- Пацієнти, у яких не виникає симптомів, як і пацієнти із легкими симптомами, можуть отримувати лікування амбулаторно.

## Визначення

- Часто міокардит та перикардит наявні одночасно, в таких випадках використовується термін "міоперикардит".
- Міокардит зазвичай розвивається внаслідок гострої мікробної інфекції, іноді може виникати при системних захворюваннях або його причина може залишатися невідомою. Можливі етіологічні чинники включають:

- вірусна інфекція (наприклад, *вірус Коксакі В4* або *В5*, грип А або В, ЕБВ, цитомегаловірус, парвовірус, аденовірус, герпесвірус б)
  - мікоплазма, хламідії або стрептококова інфекція
  - бореліоз (хвороба Лайма) [Настанова 00031 | Лайм-бореліоз (ЛБ)]
  - еозинофільні стани [Настанова 00038 | Еозинофілія]
  - гігантоклітинний міокардит, саркоїдоз [Настанова 00135 | Саркоїдоз]
  - цитотоксичні препарати
  - реакція відторгнення після трансплантації серця
  - як наслідок променевої терапії, коли поле опромінення включає ділянку серця [Настанова 00336 | Менеджмент побічних ефек...].
- Міокардит може бути гострим або хронічним. Гострий міокардит може бути частиною інфекційного процесу або єдиною ознакою системної інфекції. Хронічний міокардит клінічно може проявлятися у вигляді дилатаційної кардіоміопатії [Настанова 00094 | Дилатаційна кардіоміопат...].

## Симптоми

- Біль у грудях, аритмія, дихальна недостатність або гостра серцева недостатність, особливо в поєднанні з ознаками наявного інфекційного процесу або в періоді реконвалесценції інфекційного захворювання
- Зниження фізичної працездатності, тахікардія, аритмії (шлуночкові), втрата свідомості
- В легких випадках у пацієнтів не завжди виникають симптоми.

## Ознаки

### Клінічне обстеження

- Клінічні знахідки можуть бути слабо вираженими.
- Поширеним феноменом є ритм галопу (S3).
- Можуть спостерігатись екстрасистолія і тахікардія.
- У тяжких випадках розвивається серцева недостатність.

## ЕКГ

- Зміни сегменту ST та зубця T
  - На початку захворювання можлива значна елевація сегменту ST, через кілька днів з'являється інверсія зубця T.
  - Тільки інверсія зубця T
- ЕКГ картина може нагадувати гострий інфаркт міокарда, але зміни сегменту ST, як правило, не відповідають типовим ділянкам коронарного кровопостачання. Не завжди можливо диференціювати міокардит та інфаркт міокарда на основі ЕКГ.
- Тахікардія з широкими комплексами (шлуночкові аритмії)
- Розлади AV-провідності (блокада правої та лівої ніжки пучка Гіса, АВ-блокада третього ступеня)
- Іноді при міокардиті ЕКГ може бути абсолютно нормальною.

## Рентгенографія органів грудної клітки

- При важкому міокардиті може спостерігатись збільшення серця та посилення судинного малюнка.
- Може допомогти у верифікації інфекційної етіології міокардиту.

## Лабораторні дослідження

- Концентрації біомаркерів ураження міокарда (КФК-МВ, тропонін T, тропонін I) у гострій фазі часто підвищуються разом із змінами на ЕКГ, особливо, елевацією сегмента ST. Концентрації цих маркерів, зазвичай, нормалізуються протягом одного тижня. У частини пацієнтів підвищення біомаркерів не спостерігається взагалі.
- Розширений загальний аналіз крові (еозинофілія), пронатрійуретичний пептид або шлуночковий натрійуретичний пептид (концентрація яких може бути підвищена при серцевій недостатності та тахікардії), СРБ; аналіз на специфічні антитіла відповідно до можливої етіології при системній інфекції, виділення вірусу з біологічних рідин

## Ехокардіографія

- При міокардиті ехокардіографічна картина може бути цілком нормальною.

- Можливі порушення сегментарної скоротливості міокарда, такі як гіпокінези та набряк міокарда. На практиці їх іноді важко виявити.
- Систолічна функція може залишатись нормальною, тоді як діастолічна може бути порушена.
- Розширення лівого шлуночка та зниження його скоротливості при важкому перебігу
- Перикардіальний випіт при наявності супутнього перикардиту

## Інші дослідження

- МРТ з контрастуванням
  - Можна візуалізувати ділянки запалення.
    - набряк, збільшення інтенсивності T2 сигналу, пізні посилення
  - Інтракардіальні тромби
- Біопсія ендоміокарда може розглядатися у пацієнтів зі
  - зниженням функції лівого шлуночка, шлуночковими аритміями або порушеннями провідності
  - локальним витонченням стінки міокарду
  - МРТ ознаками важкого ураження міокарда
  - підозрою на прогресуюче чи активне ураження міокарда (рівень ТпТ в плазмі крові >50 нг/л)
  - системною еозинофілією.

## Диференційний діагноз

- Біль у грудях при міокардиті, підвищена концентрація кардіальних маркерів та елевація сегмента ST можуть нагадувати ознаки інфаркту міокарда. Чітку відповідь в таких випадках дає ангіографія.
- Для диференціювання міокардиту від інфаркту можна спиратись на наступні ознаки міокардиту
  - пацієнт зазвичай молодого віку
  - анамнез ішемічної хвороби серця відсутній
  - зубець Q реєструється рідко
  - Зміни ST можуть реєструватись в кількох відведеннях; вони не відповідають типовим ділянкам коронарного кровопостачання

- Елевація ST також реєструється у відведеннях V4–V6
- реципрокна депресія сегмента ST відсутня (крім aVR та V1).
- Підвищений тонус симпатичного відділу нервової системи часто проявляється на ЕКГ у вигляді тахікардії та зміни зубця Т. Прийом бета-блокатора нівелює ці зміни, якщо тільки вони не є наслідком міокардиту чи іншого органічного захворювання.
- Спортивне серце або рання реполяризація на ЕКГ можуть імітувати ознаки міокардиту; ехокардіографія та контроль ЕКГ в динаміці дозволяють підтвердити діагноз.

## Лікування

### Гостра фаза

- Невідкладна госпіталізація показана пацієнтам із симптомами та чіткими змінами на ЕКГ, підвищеною концентрацією маркерів пошкодження міокарда (КФК-МВ, тропонін Т, тропонін І), шлуночковою аритмією, порушенням провідності або ознаками серцевої недостатності. Ризик серйозних шлуночкових аритмій є найвищим у перші дні захворювання.
- Призначенням НППЗ полегшує біль у грудній клітці. Проте, рутинне або тривале використання НППЗ не є виправданим.
- В разі вираженого больового синдрому в умовах стаціонару можливе призначення опіоїдів.
- Якщо збудника вдалось ідентифікувати, інфекцію лікують антимікробними препаратами. Протимікробна терапія не є рутинним компонентом лікування міокардиту.
- Оцінюються можливі показання до ендоміокардіальної біопсії.
- Пацієнти, у яких не виникає симптомів, як і пацієнти із легкими симптомами, і мінімальними змінами на ЕКГ, можуть отримувати лікування в амбулаторних умовах. Контроль стану показаний кожні 1–2 тижні протягом 2 місяців, і завжди за появи кардіальних симптомів.

### Фаза реконвалесценції

- Потрібно уникати надмірних фізичних навантажень до нормалізації ЕКГ, що у типових випадках міокардиту займає близько 2 місяців. У спортсменів на цій стадії рекомендується провести стрес-тест з фізичним навантаженням.

- Як правило, у разі інфекційного міокардиту захворювання завершується повним відновленням.
- Відповідно до сучасних уявлень, інфекційний агент (вірус) в деяких випадках може залишатися в серцевому м'язі і, через тривалий проміжок часу (місяці/роки) призводити до клінічної картини, що нагадує дилатаційну кардіоміопатію [\[Настанова 00094 | Дилатаційна кардіоміопат...\]](#).

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[Пов'язані 00083 | Myocarditis – Related re...\]](#)
- Література [\[Пов'язані 00083 | Myocarditis – Related re...\]](#)

## Джерела інформації

R1. Caforio AL, Pankuweit S, Arbustini E et al. 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(33):2636-48, 2648a-2648d. [\[PubMedID|23824828\]](#)

## Настанови

- [Настанова 00031](#). Лайм-бореліоз (ЛБ).
- [Настанова 00308](#). Еозинофілія.
- [Настанова 00135](#). Саркоїдоз.
- [Настанова 00336](#). Менеджмент побічних ефектів променевої терапії.
- [Настанова 00094](#). Дилатаційна кардіоміопатія.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00092    Ключ сортування: 004.082    Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-14

Автор(и): Jyri LommiJukka Lehtonen    Автор(и) попередніх версій статті: Jouko Karjalainen    Редактор(и): Anna Kattainen  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Internal medicine    Cardiology

Ключові слова індексу  
mesh: Atenolol    mesh: Metoprolol    mesh: Pericarditis    mesh: myocarditis    mesh: perimyocarditis  
mesh: Electrocardiography    mesh: Adrenergic beta-Antagonists    mesh: T-wave change    mesh: Myocardium

---

mesh: heart enzymes   mesh: ST-segment elevation   mesh: T wave   mesh: T inversion   mesh: sympatheticotonia  
mesh: Echocardiography   speciality: Cardiology   speciality: Internal medicine   icpc-2: K70   icpc-2: K71   icpc-2: K84