Миокардиты

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I40, I40.0, I40.1, I40.8, I40.9, I41, I41.0, I41.1 · Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Общероссийская общественная организация "Общество специалистов по сердечной недостаточности", Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов"

Миокардит — воспалительное поражение миокарда инфекционной, токсической, аллергической, аутоиммунной или неясной природы с течением от бессимптомного до кардиогенного шока, жизнеугрожающих аритмий и внезапной смерти. Главное в рекомендации — рано заподозрить миокардит при необъясненной боли в груди, одышке, аритмиях или шоке, госпитализировать при подозрении на острый процесс, подтвердить диагноз МРТ/ЭМБ по показаниям и лечить сердечную недостаточность по действующим подходам.

Главное

- Подозревайте миокардит при острой псевдоишемической/перикардитической боли в груди, новой или усилившейся одышке и утомляемости, необъяснимых сердцебиениях/аритмиях, синкопе, успешной реанимации или кардиогенном шоке неясной причины.
- Типичный анамнез: симптомы появляются на фоне или через 1–2 недели после респираторной/желудочно-кишечной инфекции; также важны вакцинация, новый препарат, токсическое воздействие, беременность, аллергические и аутоиммунные болезни.
- Всем пациентам с подозрением на миокардит нужны ЭКГ в 12 отведениях и 24-часовое мониторирование ЭКГ для поиска аритмий, нарушений проводимости, ФП и блокад; чувствительность ЭКГ невысокая — 47%. ЕОК IC, УУР C, УДД 4.
- Трансторакальная ЭхоКГ обязательна при подозрении на миокардит и в динамике; перед ЭМБ ее проводят обязательно. Метод оценивает ФВ, размеры камер, функцию желудочков, перикардиальный выпот, внутриполостные тромбы и эффект лечения. ЕОК IC, УУР A, УДД 5.
- МРТ сердца с гадолинием рекомендована всем для подтверждения миокардита и дифференциальной диагностики; данные оценивают по критериям Lake-Louise. При ≥2 критериях МРТ свидетельствует о воспалении, характерном для миокардита. ЕОК IIaC, УУР C, УДД 3; оценка по Lake-Louise — ЕОК IC, УУР C, УДД 5.
- ЭМБ — «золотой стандарт». Ее проводят по показаниям с гистологией, иммуногистохимией и ПЦР; диагностическое заключение допустимо при ≥3 биоптатах размером 1–2 мм. УУР C, УДД 4.
- При любом подозрении на острый миокардит вопрос госпитализации решают положительно: даже при сохранной ФВ ЛЖ возможно внезапное ухудшение из-за жизнеугрожающих аритмий и AV-блокад.

Диагностика

1. Начните с клинического сценария: боль в груди, новая/усиленная одышка и утомляемость, аритмия/сердцебиение неясной причины, синкопе/предотвращенная внезапная смерть или кардиогенный шок без другой причины.
2. Соберите анамнез: недавняя респираторная или гастроинтестинальная инфекция, озноб, головная/мышечная боль, недомогание, беременность; уточните аллергию/бронхиальную астму, аутоиммунные болезни, ДКМП, прежний миокардит, токсические и лекарственные воздействия.
3. При осмотре ищите сердечную недостаточность: ортопноэ, отеки ног, акроцианоз, набухание шейных вен, тахикардию, тахипноэ, влажные хрипы, III тон, систолический шум относительной митральной недостаточности; гипотензия — признак тяжелого прогноза и абсолютное показание к ОРИТ.
4. Лабораторный минимум: развернутый ОАК с эозинофилами, СОЭ, СРБ — для воспаления и подозрения на эозинофильный миокардит; тропонин T/I — для повреждения миокарда, но нормальный уровень не исключает миокардит; NT-proBNP — для оценки сердечной недостаточности и динамики. ЕОК IC: ОАК/СОЭ/СРБ — УУР C, УДД 5; тропонин — УУР C, УДД 4; NT-proBNP — УУР C, УДД 5.

5. Выполните ЭКГ 12 отведений и 24-часовое мониторирование; ЭКГ-признаки неспецифичны: синусовая тахикардия, отрицательный Т, изменения ST, AV-блокады, блокада ЛНПГ, инфарктоподобная картина. Ширина QRS важна для прогноза. ЕОК IC, УУР С, УДД 4.
6. Проведите ЭхоКГ и МРТ сердца с контрастированием. Для МРТ диагностически значимы отек, удлинение T1/T2, раннее и отсроченное контрастирование; при ≥2 критериях Lake-Louise результат поддерживает диагноз миокардита.
7. ЭМБ выполняйте при клинических показаниях, включая нестабильность, новую СН 2 недели–3 месяца с дилатацией ЛЖ и ЖА/AV-блокадой II–III или отсутствием ответа на терапию 1–2 недели.

Лечение

- Общий принцип: лечите миокардит по текущим рекомендациям по острой и хронической сердечной недостаточности; цели — коррекция шока/аритмий/проводимости, лечение ХСН и этиопатогенетическое воздействие на вирусную инфекцию или иммунное воспаление.
- При нестабильной гемодинамике госпитализируйте в крупный стационар с ОРИТ, ИВЛ, возможностью механической поддержки кровообращения/ЭКМО и ЭМБ; при кардиогенном шоке или дыхательной недостаточности немедленно начинайте гемодинамическую или респираторную поддержку.
- Оксигенотерапия показана только при SpO_2 < 90% или PaO_2 < 60 мм рт. ст.; рутинно кислород не назначают. При респираторном дистресс-синдроме с ЧДД >25/мин и SpO_2 < 90% рано начинайте CPAP/BiPAP; ИВЛ показана при PaO_2 < 60 мм рт. ст., $PaCO_2$ >50 мм рт. ст. и pH < 7,35. УУР С, УДД 5.
- Диуретики при остром миокардите начинайте только при явной гипергидратации: периферические отеки или отек легких. При рефрактерности к петлевым диуретикам используют комбинацию с ацетазоламидом, петлевой диуретик + АМКР; возможны высокие дозы АМКР 150–300 мг с контролем калия и креатинина, при неэффективности — ультрафильтрация. Для начала диуретической терапии — УУР С, УДД 5; для петлевой диуретик + АМКР — УУР С, УДД 2; для высоких доз АМКР и ультрафильтрации — УУР С, УДД 5.
- Вазодилататоры применяйте только при застое в малом круге/отеке легких и САД >90 мм рт. ст.: нитроглицерин 8–16 мкг/мин с повышением до 166 мкг/мин, изосорбида динитрат 1–10 мг/ч, нитропруссид натрия 0,3–5 мкг/кг/мин. УУР С, УДД 5.
- Инотропы назначайте при низком сердечном выбросе, стойкой гипотонии, застое, гипоперфузии и отсутствии гиповолемии. Добутамин — 2–20 мкг/кг/мин; эпинефрин обычно 0,05–0,5 мкг/кг/мин, при реанимации 1 мг с повтором через 3–5 мин; допамин 1–3 мкг/кг/мин дает допаминергический эффект, >5 мкг/кг/мин — β/α-стимуляцию. Начинайте с низких доз под контролем ЧСС, ЭКГ и АД. УУР В, УДД 2.
- При стабильной гемодинамике лечите как ХСН: ингибитор АПФ; при непереносимости — АРА (лозартан, валсартан, кандесартан); АРНИ возможен как стартовая терапия или при переводе с ингибитора АПФ при стабилизации ХСН II–III ФК и САД >100 мм рт. ст.; β-блокатор — после нормализации маркеров воспаления под контролем ЧСС; ивабрадин при непереносимости β-блокатора или синусовом ритме с ЧСС >70/мин на максимально переносимой дозе β-блокатора; АМКР. УУР С, УДД 5.
- Иммуносупрессию начинайте только после исключения вирусного генома в миокарде по ПЦР ЭМБ; она показана при доказанных вирус-негативных аутоиммунных формах: гигантоклеточный, эозинофильный, токсический миокардит, саркоидоз сердца, миокардиты при системных аутоиммунных болезнях. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на острый миокардит направляйте в стационар независимо от выраженности симптомов, включая бессимптомные случаи; предпочтительны многопрофильные стационары с полноценным ОРИТ.
- Абсолютная госпитализация: подозрение на миокардит у гемодинамически нестабильного пациента.
- Госпитализируйте гемодинамически стабильного пациента, если есть СН II–IV ФК и документированная систолическая дисфункция ЛЖ по ЭхоКГ.
- В ОРИТ направляйте при жизнеугрожающей аритмии, тромбоэмболическом синдроме, признаках гипоперфузии органов, кардиогенном шоке или отеке легких.
- После острого миокардита все пациенты подлежат диспансерному наблюдению; даже при полном выздоровлении — не менее 1 года. При рецидиве нужна госпитализация, лечение как при первом эпизоде и обсуждение ЭМБ.

Частые вопросы

Какие симптомы чаще всего заставляют думать о миокардите?

Практически значимы одышка, длительная разлитая боль в левой половине грудной клетки, сердцебиение/перебои, утомляемость, лихорадка, аритмии и синкопе. Часто они появляются на фоне или через 1–2 недели после ОРВИ.

Нормальный тропонин исключает миокардит?

Нет. Тропонин T/I чувствительнее МВ-КФК для повреждения кардиомиоцитов, но нормальные значения не исключают миокардит; высокий тропонин T имеет неблагоприятное прогностическое значение.

Когда нужна эндомиокардиальная биопсия?

ЭМБ показана, в частности, при гемодинамической нестабильности с СН менее 2 недель, при впервые возникшей СН 2 недели–3 месяца с дилатацией ЛЖ и рецидивирующими желудочковыми аритмиями, AV-блокадой II–III степени или отсутствием ответа на терапию 1–2 недели. Исследование должно включать гистологию, иммуногистохимию и ПЦР.

Можно ли назначать глюкокортикоиды при остром миокардите сразу?

Обычно нет: при неясной этиологии это может быть опасно. ГКС/иммуносупрессия показаны при морфологически или критериально подтвержденных вирус-негативных аутоиммунных формах, включая гигантоклеточный, эозинофильный, гранулематозный миокардит и саркоидоз сердца.

Когда пациенту после миокардита можно вернуться к физическим нагрузкам?

В острую фазу аэробных нагрузок избегают; спортсменов отстраняют от соревнований минимум на 6 месяцев. Возобновление спорта возможно через 6 месяцев при нормализации объема ЛЖ и отсутствии угрожающих аритмий по холтеровскому мониторированию.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/153-miokardity. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/153_2