Миокардиты у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I01.2, I09.0, I40, I41, I51.4 · Всероссийская общественная организация "Ассоциация детских кардиологов России"

Миокардит у детей — воспалительное поражение миокарда инфекционной, токсической, аллергической, аутоиммунной или неизвестной природы: от бессимптомного течения до сердечной недостаточности, жизнеугрожающих аритмий, кардиогенного шока и внезапной смерти. Рекомендация посвящена раннему распознаванию, оценке тяжести, госпитализации и лечению детей с подозрением или установленным миокардитом.

Главное

- Миокардит следует заподозрить у любого ребенка с впервые возникшей сердечной недостаточностью, а также при сочетании вирусоподобного заболевания с тахикардией, гипотонией или нарушениями ритма — даже без кардиомегалии на рентгенограмме.
- Фульминантный миокардит развивается стремительно и проявляется сердечной недостаточностью, кардиогенным шоком или жизнеугрожающими нарушениями ритма; чаще встречается у новорожденных и детей раннего возраста.
- Острый миокардит длится до 6 недель, подострый — от 6 недель до 6 месяцев, хронический — более 6 месяцев; возможные исходы включают выздоровление, кардиосклероз, дилатационную кардиомиопатию и смерть.
- При миокардите возможны неспецифические дебюты: боль в животе, тошнота, рвота, снижение аппетита, одышка, непереносимость нагрузки, боль в груди, перебои в работе сердца, синкопе и лихорадка.
- Неблагоприятный прогноз связан с фульминантным или хроническим течением, стойкой сердечной недостаточностью, персистенцией вируса в миокарде, жизнеугрожающими аритмиями, расширением QRS более 120 мс и синкопальными состояниями.
- После острого миокардита диспансерное наблюдение проводят 3 года: первые 4 месяца — ежемесячно, следующий год — ежеквартально, далее — каждые 6 месяцев; при хроническом миокардите наблюдение пожизненное.

Диагностика

1. Сначала уточняют сроки и динамику симптомов, инфекционные, аллергические и лекарственные триггеры, особенности беременности и родов, семейные случаи кардиомиопатии и внезапной смерти, прививки и эпидемиологический анамнез. УУР С, УДД 5.
2. Оценивают сознание, положение ортопноэ, цвет кожи, частоту дыхания и пульса, АД, признаки гипоперфузии, застойные хрипы, гепатомегалию, отеки, ритм галопа и шумы сердца; гипотензия указывает на тяжелую недостаточность кровообращения. УУР С, УДД 5.
3. В первичное обследование включают общий анализ крови, СОЭ, СРБ, тропонины I или T, BNP и/или NT-proBNP, биохимический анализ с электролитами, мочевиной, креатинином, АСТ и АЛТ, исследование кислотно-основного состояния и газов крови, общий анализ мочи. УУР С, УДД 4–5. Нормальные СОЭ, СРБ или тропонины миокардит не исключают.
4. Выполняют рентгенографию грудной клетки, 12-канальную ЭКГ и мониторирование ЭКГ. На ЭКГ возможны тахикардия, изменения ST-T, удлинение PR и QT, снижение вольтажа QRS, патологические Q, блокады и аритмии; специфического ЭКГ-признака миокардита нет. УУР С, УДД 4.
5. ЭхоКГ проводят всем пациентам с подозрением на миокардит: оценивают функции обоих желудочков, размеры камер, клапанную регургитацию, давление в легочной артерии, перикардиальный и плевральный выпот, внутриполостные тромбы и исключают врожденные пороки. УУР С, УДД 5.
6. У стабильного пациента выполняют МРТ сердца с контрастированием, предпочтительно в первые 2–3 недели болезни. Миокардит поддерживают отек, гиперемия и позднее накопление гадолиния; при положительных 2 из 3 критериев Lake Louise чувствительность составляет 74%, специфичность — 86%. УУР С, УДД 4–5.

7. Биопсию миокарда проводят, если на фоне лечения нет улучшения, подозревается нестандартная инфекция или результат изменит лечебную тактику; исследование выполняют в опытном центре. Детям с массой тела менее 10 кг и пациентам с нестабильной гемодинамикой биопсия не рекомендуется. УУР С, УДД 4–5.

Лечение

- В острой фазе ребенка госпитализируют независимо от тяжести заболевания на момент диагностики из-за риска быстрого ухудшения, сердечной недостаточности и кардиогенного шока. УУР С, УДД 5.
- При фульминантном миокардите, изменениях сегмента ST на ЭКГ или тяжелой сердечной недостаточности рекомендуется госпитализация в отделение интенсивной терапии с возможностью ИВЛ и сердечно-легочной реанимации. УУР С, УДД 4.
- Кислород дают при SpO_2 менее 90% или PaO_2 менее 60 мм рт. ст.; при сохраняющихся PaO_2 менее 60 мм рт. ст., $PaCO_2$ более 50 мм рт. ст. и pH менее 7,35 показаны интубация и ИВЛ. УУР С, УДД 5.
- При задержке жидкости и сердечной недостаточности используют диуретики: фуросемид внутривенно инфузионно 0,1–0,4 мг/кг/ч с титрованием или болюсно 0,5–2 мг/кг каждые 6–12 часов. При кардиогенном шоке и гипоперфузии временно применяют внутривенные кардиотонические средства, кроме сердечных гликозидов. УУР С, УДД 5.
- При стабильной гемодинамике назначают постельный режим минимум на 2 недели, затем расширяют активность по тяжести болезни; лечебная физкультура и дыхательная гимнастика выполняются без усилия до разрешения острой фазы. УУР С, УДД 5.
- Сердечную недостаточность лечат по действующим рекомендациям: применяют иАПФ или АА, бета-адреноблокаторы и диуретики. Карведилол при массе менее 62,5 кг начинают с 0,1 мг/кг/сут с титрацией до 0,8–1,0 мг/кг/сут в 2 приема; спиронолактон используют по 0,5–4 мг/кг/сут в 2 приема в комбинации с петлевым диуретиком.
- Иммуноглобулин человека нормальный для внутривенного введения в острой фазе применяют в высокой дозе: 2 г/кг за 1–2 введения или 0,4 г/кг в 5 последовательных введениях; возможно повторение по 0,4–0,6 г/кг каждые 21–28 дней в течение нескольких месяцев. УУР С, УДД 4.
- Глюкокортикоиды оставляют для аутоиммунного, гигантоклеточного, эозинофильного, гранулематозного и тяжелого рефрактерного миокардита; при остром миокардите рутинно их не используют. НПВП не назначают, кроме сочетания миокардита с перикардитом. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при изменениях ЭКГ и/или признаках сердечной недостаточности; установленный острый миокардит также является показанием к госпитализации независимо от тяжести.
- В отделение интенсивной терапии направляют при жизнеугрожающей аритмии, тромбоэмболическом синдроме, гипоперфузии периферических органов, кардиогенном шоке или отеке легких.
- Фульминантный миокардит, подъем ST, снижение фракции выброса ЛЖ, аритмия, гемодинамическая нестабильность или положительная ПЦР на парвовирус B19 требуют немедленного перевода в интенсивную терапию.
- При стабильном состоянии и отсутствии критериев фульминантного течения возможно наблюдение и лечение в соматическом или кардиологическом отделении при полноценном кардиологическом мониторинге.
- Выписка возможна после стойкого клинического улучшения, исчезновения лихорадки и стабилизации гемодинамики, подтвержденных клиническими, лабораторными и инструментальными данными; далее необходимо амбулаторное наблюдение.

Частые вопросы

Когда у ребенка нужно подозревать миокардит?

При впервые возникшей сердечной недостаточности, новых аритмиях или нарушениях проводимости, особенно после инфекции. Подозрение также возникает при клинике вирусной инфекции с респираторными или абдоминальными симптомами в сочетании с тахикардией, гипотонией или нарушениями сердечного ритма, даже без кардиомегалии на рентгенограмме.

Исключают ли нормальные тропонин, СОЭ и СРБ миокардит?

Нет. Эти показатели неспецифичны, а их нормальные значения не исключают миокардит; результаты интерпретируют вместе с клиникой, ЭКГ, ЭхоКГ и другими исследованиями.

Когда делать МРТ сердца при подозрении на миокардит?

У стабильного пациента МРТ с контрастированием желательно выполнить в первые 2–3 недели болезни. Если критерии Lake Louise отсутствуют, но симптомы появились недавно или клинические признаки воспаления убедительны, исследование повторяют через 1–2 недели.

Нужно ли назначать глюкокортикоиды всем детям с острым миокардитом?

Нет. Рутинное применение не рекомендуется. Глюкокортикоиды используют при аутоиммунном, гигантоклеточном, эозинофильном, гранулематозном и тяжелом рефрактерном миокардите.

Когда ребенок может вернуться к физическим нагрузкам и спорту?

В острой фазе физические тренировки противопоказаны. После разрешения острой фазы активность расширяют от низкой до умеренной; соревновательные виды спорта исключают минимум на 6 месяцев от начала симптомов и возобновляют только при нормализации ЭхоКГ и/или МРТ, отсутствии клинически значимых аритмий и нормальных маркерах воспаления и сердечной недостаточности.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/408-miokardity-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/408_2