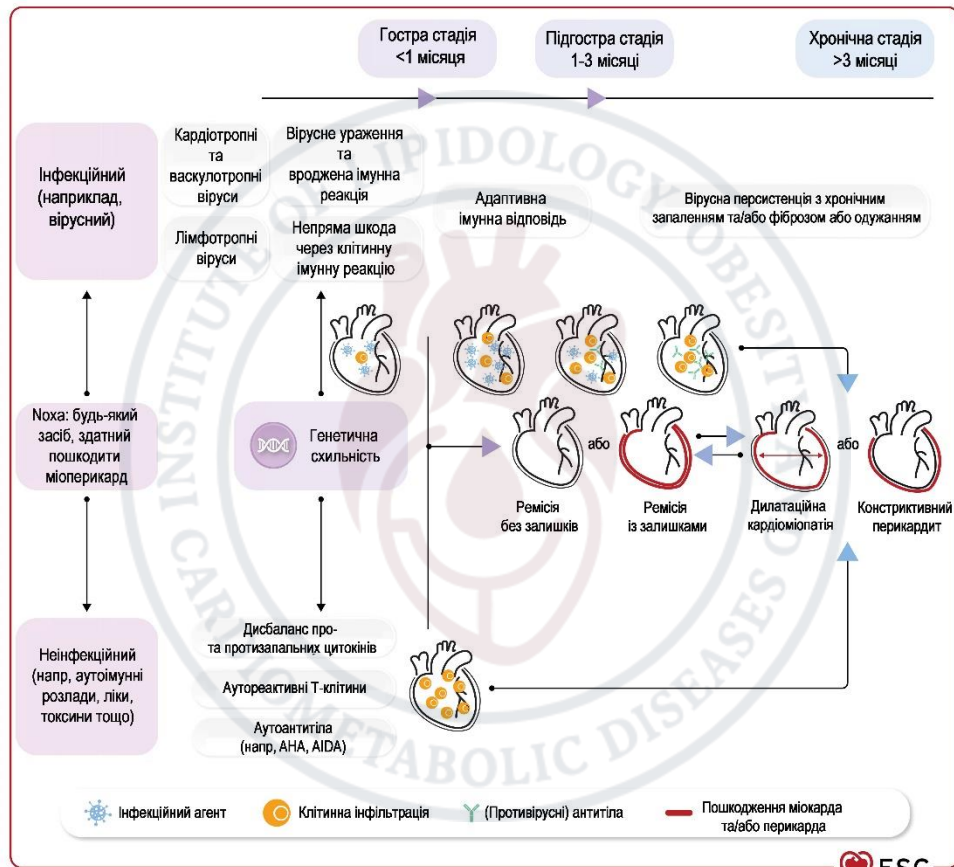


Термінологія	Визначення
ЗМПС	Загальний термін для позначення запальних синдромів міокарда і перикарда
Міоперикардит	Переважаючий перикардит
Периміокардит	Переважаючий міокардит
Гострий міокардит	Тривалість симптомів ≤ 4 тижні Блискавичний, якщо: - гострий початок і гемодинамічна нестабільність пацієнтів, які потребують інотропних препаратів або механічної підтримки кровообігу
Ускладнений міокардит	ГМ та ≥ 1 з наступного: - ФВЛШ $< 50\%$ на ехокардіограмі - Стійкі шлуночкові аритмії - Розширена серцева блокада - Серцева недостатність - Кардіогенний шок
Гострий перикардит	Тривалість симптомів ≤ 4 тижні
Підгострий/тривалий міокардит	Тривалість симптомів > 4 тижнів до ≤ 3 місяців
Підгострий/безперервний перикардит	Тривалість симптомів > 4 тижнів до ≤ 3 місяців
Хронічний міокардит/перикардит	Тривалість симптомів > 3 місяці
Запальна кардіоміопатія	Хронічний міокардит у поєднанні з серцевою дисфункцією та ремоделюванням шлуночків із клінічним фенотипом гіпокінетичної, дилатаційної або недилатаційної кардіоміопатії з/без аритмогенного субстрату
Рецидивуючий міокардит/перикардит	Нові симптоми або активність захворювання після клінічної ремісії
Ремісія без залишкових явищ	Регресія/відсутність симптомів, нормалізація ЕКГ, біомаркерів, аномалій візуалізації (ехокардіографія та КМР)
Ремісія з залишковими явищами	Регресія/відсутність симптомів, збереження аномалій на ЕКГ, біомаркерах та/або візуалізації (функціональні та/або структурні аномалії на ехокардіографії або КМР)

Малюнок 3

Стадії запального міоперикардіального синдрому



Діагностичні критерії та класифікація запального міоперикардіального синдрому

ЗМПС		
Якщо діагностичні критерії міокардиту та/або перикардиту виконані		
	Міокардит	Перикардит
Однозначний	Клінічна картина та підтвердження за допомогою CMR або ЕМБ	Клінічна картина з >1 додатковим критерієм
Можливий	Клінічна картина з принаймні 1 додатковим критерієм CMR- або ЕМБ - невизначені або недоступні	Клінічна картина з 1 додатковим критерієм
Малоймовірний/ Відхилений	Тільки клінічна картина без додаткових критеріїв	Тільки клінічна картина без додаткових критеріїв
Додаткові критерії, крім клінічних проявів		
	Міокардит	Перикардит
Клінічні	Неспецифічні ознаки	Розтирання перикарда
ЕКГ	Зміни ST-T	Зниження PR, поширений підйом сегмента ST
Біомаркери	Підвищення тропоніну	Підвищення рівня С-реактивного білка
Візуалізація	Аномальне напруження, рух стінки, зниження ФВ Набряк міокарда та/або LGE (результати CMR)	Новий або посилюється перикардіальний випіт Набряк перикарда та/або LGE (результати CMR)

Червоні прапорці для клінічного діагностування міокардиту та перикардиту ESC

Міокардит

Нещодавній або супутній грипоподібний синдром або гастроентерит
Інфарктоподібний біль у грудях
Серцебиття
Симптоми серцевої недостатності
Зміни на ЕКГ
Шлуночкові аритмії (ізолювані, складні)
Синкопе
Гемодинамічна нестабільність
Підвищені маркери ураження міокарда (підвищення hs-Tn, CK-MB)
Підвищені маркери СН (NT-proBNP)
Аномальний рух стінки, збільшення товщини стінки та/або порушення систолічної функції на зображеннях КМР-візуалізація з міокардіальним набряком та/або LGE

Перикардит

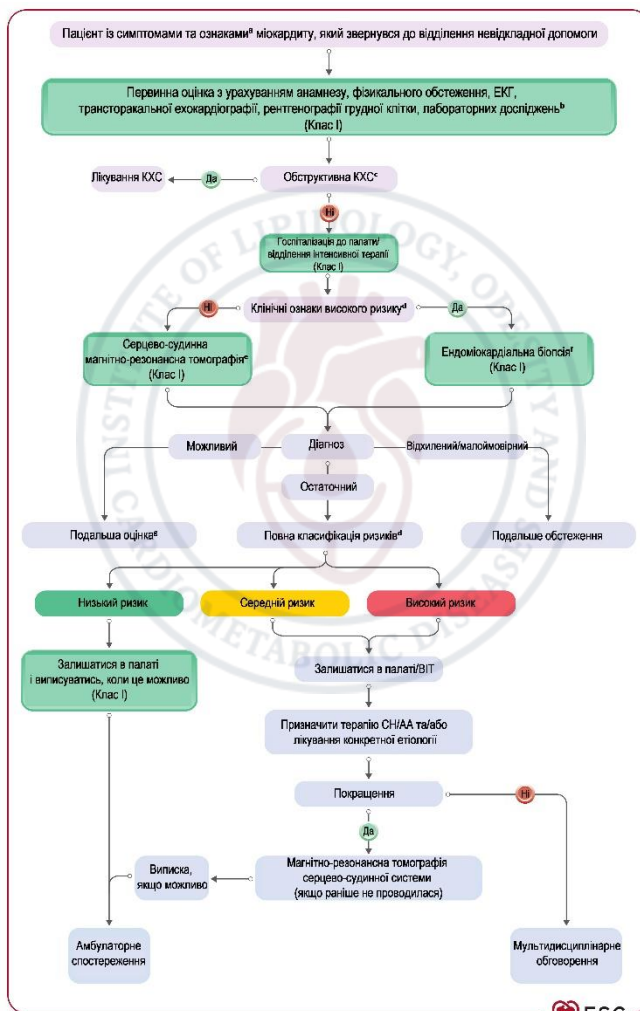
Нещодавній або супутній грипоподібний синдром або гастроентерит
Плевритичний/інфарктоподібний біль у грудях
Симптоми правої серцевої недостатності та ознаки звуження
Лихоманка
Перикардіальні тертя
Підвищення рівня С-реактивного білка
Перикардіальний випіт
Плевральний випіт
Полісерозит
CMR -візуалізація з перикардіальним набряком та/або LGE

Клінічна стратифікація ризику для керівництва діагностикою при запальному міоперикардіального синдрому

Ризик	Високий ризик	Середній ризик	Низький ризик
Міокардит	-Гостра серцева недостатність/кардіогенний шок -Диспное NYHA III-IV, рефрактерне до медикаментозної терапії -Зупинка серця/синкопе -Фібриляція шлуночків/стійка шлуночкова тахікардія -Високий ступінь AV-блокади Критерії візуалізації: -Нещодавно знижена ФВЛШ (<40%) -Розширена LGE на CMR	- Нова/прогресуюча задишка - Нестійкі шлуночкові аритмії - Персистуючий або рецидивуючий тропонін Критерії візуалізації: - Нещодавно незначно знижена ФВЛШ (41%–49%) та/або WMA - Збережена ФВЛШ (≥50%) та LGE ≥2 сегменти на CMR	-Стабільні симптоми або олігосимптоматичність Критерії візуалізації: -Збережена ФВЛШ (≥50%) без LGE або обмежений LGE (<2 сегменти) на CMR
Перикардит	- Ознаки та симптоми серцевої тампонади -Лихоманка (температура >38°C) -Ефузивно-констриктивний перикардит -Неефективність терапії НПЗЗ -Неприпиняючийся перикардит Критерії візуалізації: -Великий PEff (>20 мм в кінці діастолі) -Серцева тампонада -Розширена перикардіальна LGE на CMR	-Ознаки та симптоми правшлуночкової недостатності Критерії візуалізації: -Помірний–великий PEff (10–20 мм в кінці діастолі) -Констриктивна фізіологія незалежно від розміру випоту	-Реакція на адекватну терапію протягом 1–2 тижнів Критерії візуалізації: -Відсутність або помірний PEff -Відсутність перикардіального LGE на CMR

Малюнок 5

Діагностичний алгоритм та сортування пацієнтів із госпіталізованим міокардитом

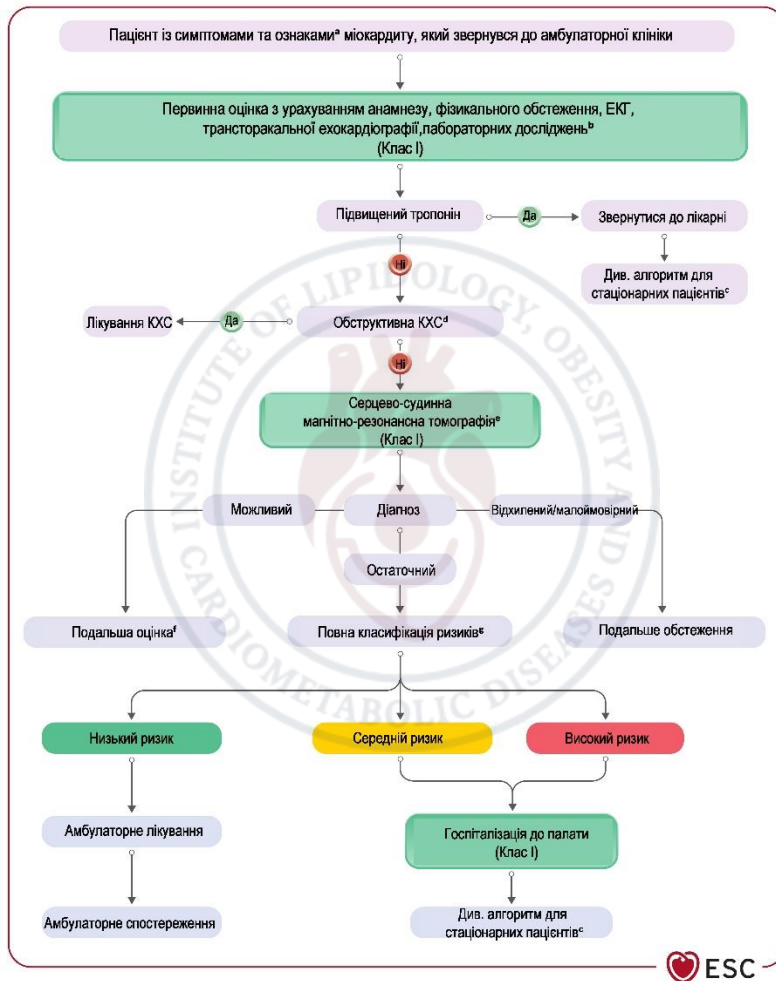


Автор: [Марія Сергіївна Черська](#) | [locd.institute](#)



Малюнок 6

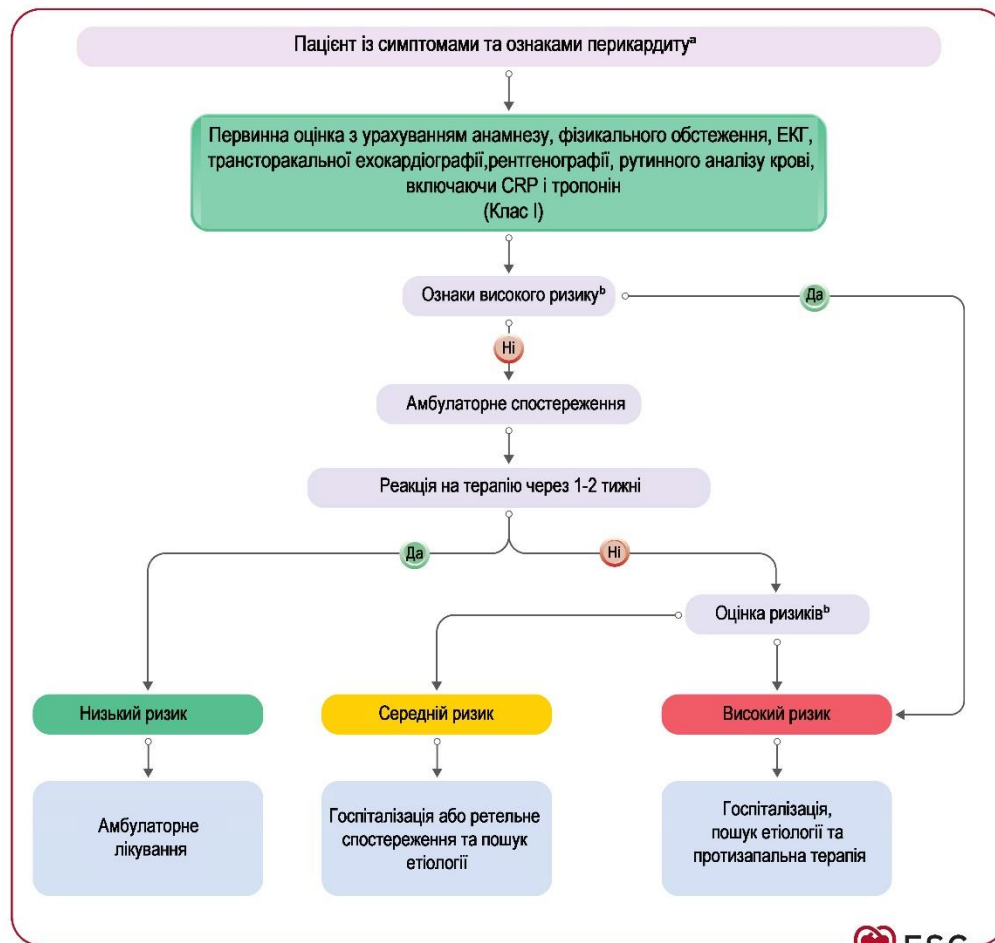
Діагностичний алгоритм та сортування пацієнтів із амбулаторним міокардитом



Автор: [Марія Сергіївна Черська](#) | [locd.institute](#)

Малюнок 7

Діагностичний алгоритм та сортування пацієнтів із перикардитом



Базова оцінка:

Історія: потенційні причини та провокуючі фактори (вірусна інфекція верхніх дихальних шляхів або шлунково-кишкового тракту, токсини, вживання наркотиків, ліки), рецидивні симптоми, сімейна історія IMPS/кардіоміопатії/SCD та системних запальних/аутоімунних захворювань.

Фізикальне обстеження: оцінка клінічної стабільності, симптомів (біль у грудях, симптоми СН, серцебиття, синкопе), загального нездужання, загальної слабкості та втоми, перикардіального тертя, клінічних симптомів/ознак СТР.

ЕКГ: депресія сегмента PR, зміни ST/T-хвилі, AVB та шлуночкові аритмії

Рентген грудної клітки

Основні лабораторні дані:

Маркери ураження міокарда (наприклад, hs-TnT/TnI)

Маркери системного запалення (наприклад, CRP, ШОЕ, кількість лейкоцитів)

Маркери серцевої недостатності (наприклад, NT-proBNP)

Загальний аналіз крові (включаючи кількість еозинофілів)

Функція нирок та електроліти (наприклад, натрій, калій, креатинін)

Функція щитовидної залози (наприклад, ТТГ)

Функція печінки та додаткові аналізи (наприклад, лактатдегідрогеназа, аспартатамінотрансфераза, аланінамінотрансфераза)

Ехокардіографія, включаючи візуалізацію деформації

Автор: [Марія Сергіївна Черська](#) | locd.institute

Розширена оцінка, зазвичай після госпіталізації:

Оцінка анатомії коронарних артерій (якщо це необхідно для диференціальної діагностики за допомогою інвазивної коронарної ангіографії або коронарна КТ залежно від клінічної ймовірності ГКС)

CMR для оцінки ознак запалення та/або фіброзу міокарда та перикарда

Скринінг аритмії залежно від стратифікації ризику (наприклад, холтеровське ЕКГ)

Додаткові лабораторні параметри, визначені клінічними підозрами (наприклад, якщо очікуються терапевтичні наслідки)

Спеціальне генетичне тестування, якщо показано

КТ для оцінки супутніх плевропульмональних захворювань

Специфічний міокардит: ЕМБ у випадках високого ризику та у випадках середнього ризику за індивідуальним рішенням для виявлення специфічної гістології та деяких етіологій, якщо це необхідно

Специфічний перикардит: діагностична перикардіоцентез за показаннями

Рекомендації	Клас	Рівень
Всім пацієнтам з підозрою на міокардит та/або перикардит для первинної діагностичної оцінки рекомендується провести повну клінічну оцінку, включаючи анамнез, фізикальне обстеження, рентгенографію грудної клітки, біомаркери, ЕКГ та ехокардіографію.	I	C
CMR рекомендується пацієнтам з клінічним підозрою на міокардит (з використанням оновлених критеріїв LL) та/або перикардит для неінвазивної діагностики запальної реакції.	I	B
Пацієнтам з перикардитом високого ризику рекомендується госпіталізація для спостереження та лікування.	I	B
Пацієнтам із міокардитом середнього та високого ступеня ризику рекомендується госпіталізація для спостереження та лікування.	I	C
EMB рекомендується пацієнтам з міокардитом високого ризику та/або гемодинамічною нестабільністю, а також пацієнтам з міокардитом середнього ризику, які не реагують на традиційне лікування, з метою виявлення конкретного гістологічного підтипу та оцінки наявності вірусного геному для лікування.	I	C

Рекомендації щодо клінічної оцінки міокардиту та перикардиту (2)

Рекомендації	Клас	Рівень
Пацієнтам з ІМПС, у яких є підозра на гострий коронарний синдром, рекомендується провести інвазивну коронарну ангіографію або коронарну КТ, залежно від клінічної ймовірності, щоб виключити обструктивну хворобу коронарних артерій.	I	C
Пацієнтам з міокардитом низького ризику слід розглянути можливість госпіталізації для спостереження та лікування.	IIa	C
Біопсія перикарда або епікарда може бути розглянута при рецидивному перикардіальному випоті як частина діагностичного обстеження, коли діагноз не може бути встановлений за допомогою мультимодальної візуалізації та лабораторних досліджень.	IIb	C
Пацієнтам з міокардитом та/або перикардитом не рекомендується проводити рутинну серологію для оцінки вірусної етіології, за винятком гепатиту С, ВІЛ та хвороби Лайма.	III	C

Початок	Гострий (≤ 4 тижні) Підгострий (> 4 тижні до ≤ 3 місяців) Хронічний (> 3 місяці)
Розмір	Легкий < 10 мм Помірний 10–20 мм Великий > 20 мм
Розподіл	Окружний/локалізований
Склад	Трансудат/ексудат



Лімфоцитарний міокардит (вірусно-негативний)

Терапія 1-ї лінії	<u>Нетяжкий перебіг</u> : преднізон 1 мг/кг/день перорально, потім поступово зменшувати дозу <u>Тяжкий</u> : внутрішньовенно метилпреднізолон 7–14 мг/кг/день протягом 3 днів, потім 1 мг/кг/день перорально.
Терапія 2-ї лінії	Пероральні кортикостероїди+ азатіоприн ^а або мікофенолат мофетил ^б , циклоспорин ^с , метотрексат ^д
Терапія 3-ї лінії	IVIg ^е або плазмаферез ^ф

Еозинофільний міокардит

Терапія 1-ї лінії	Така ж, як при лімфоцитарному міокардиті + лікування стану, пов'язаного з ЕМ, якщо він виявлений
Терапія 2-ї лінії	Така ж, як при лімфоцитарному міокардиті + лікування стану, пов'язаного з ЕМ, якщо він виявлений
Терапія 3-ї лінії	-

^а Азатіоприн (імуносупресант, аналог пурину): 1–2 мг/кг на добу перорально (зазвичай 100–150 мг на добу, розділених на 1–2 прийоми, основна мішень: лімфоцити).

^б Мікофенолат мофетил (імуносупресант, що інгібує інозинмонофосфатдегідрогеназу, основна мішень: лімфоцити): 500–1000 мг перорально двічі на день (загалом 1–2 г/день).

^с Циклоспорин (інгібітор кальциневрину, що запобігає транскрипції IL-2 в активованих Т-клітинах): ~3–5 мг/кг/день перорально (розділено на 2 прийоми) з коригуванням до цільового мінімального рівня ~150–250 нг/мл.

^д Метотрексат (антиметаболіт, що інгібує дигідрофолатредуктазу та інші фолатзалежні етапи, зменшуючи проліферацію активних лімфоцитів): 15–20 мг/тиждень перорально або підшкірно (низька доза щотижня, з додаванням фолієвої кислоти).

^е IVIg (імуномодуюча терапія, що забезпечує об'єднані антитіла IgG) = стандартна доза поза показаннями 2 г/кг загальної дози, зазвичай вводиться протягом 1–2 днів; альтернативне дозування: 0,4 г/кг/день протягом 5 днів поспіль (рідше застосовується при міокардиті, але іноді використовується при аутоімунних захворюваннях).

^ф Плазмаферез (терапевтична заміна плазми, яка фільтрує та видаляє циркулюючі аутоантитіла, імунні комплекси та медіатори запалення) 3–5 сеансів протягом 5–10 днів.

Гігантськоклітинний міокардит

Терапія 1-ї лінії	<u>Нетяжкий перебіг</u> : преднізон 1 мг/кг/день перорально, потім поступово зменшувати дозу <u>Тяжкий</u> : внутрішньовенно метилпреднізолон 7–14 мг/кг/день протягом 3 днів, потім 1 мг/кг/день перорально + імуносупресивні засоби (азатіоприн ^a або мікофенолат мофетил ^b , циклоспорин ^c)
Терапія 2-ї лінії	Антитимоцитарний глобулін (ATG) ^g циклофосфамід ^h , ритуксимаб ⁱ
Терапія 3-ї лінії	-

^a Азатіоприн (імуносупресант, аналог пурину): 1–2 мг/кг на добу перорально (зазвичай 100–150 мг на добу, розділених на 1–2 прийоми, основна мішень: лімфоцити).

^b Мікофенолат мофетил (імунодепресант, що інгібує інозинмонофосфатдегідрогеназу, основна мішень: лімфоцити): 500–1000 мг перорально двічі на день (загалом 1–2 г/день). ^c Циклоспорин (інгібітор кальциневрину, що запобігає транскрипції IL-2 в активованих Т-клітинах): ~3–5 мг/кг/день перорально (розділено на 2 прийоми) з коригуванням до цільового мінімального рівня ~150–250 нг/мл (^g) Антитимоцитарний глобулін (ATG; поліклональне антитіло до Т- лімфоцитів, що викликає значне виснаження Т-клітин): ~1 мг/кг внутрішньовенно, часто призначається щодня протягом 3–5 днів.

^h Циклофосфамід (цитотоксичний алкилюючий агент, що зшиває ДНК у швидко діляться клітинах, основна мішень: лімфоцити): 600 мг/м² внутрішньовенно болюсно в дні 1, 15 і 30 (пульс-терапія).

ⁱ Ритуксимаб (моноклональне антитіло проти CD20 на В-клітинах): 375 мг/м² внутрішньовенно щотижня ×4 дози (один місяць).

Автор: [Марія Сергіївна Черська](#) | locd.institute

Серцевий саркоїдоз

Терапія 1-ї лінії	<u>Нетяжкий перебіг</u> : преднізон 1 мг/кг/день перорально, зменшуючи дозу з 40–60 мг на день <u>Тяжкий перебіг</u> : метилпреднізолон 7–14 мг/кг/день внутрішньовенно протягом 3 днів, потім 1мг/кг/день перорально.
Терапія 2-ї лінії	Метотрексат ^d (1-й вибір) або азатіоприн ^a мікофенолат мофетил ^b , циклофосфамід ^h
Терапія 3-ї лінії	Інфліксимаб ⁱ або адалімумаб ^k , ритуксимаб ⁱ

^a Азатіоприн (імуносупресант, аналог пурину): 1–2 мг/кг на добу перорально (зазвичай 100–150 мг на добу, розділених на 1–2 прийоми, основна мішень: лімфоцити).

^b Мікофенолат мофетил (імунодепресант, що інгібує інозинмонофосфатдегідрогеназу, основна мішень: лімфоцити): 500–1000 мг перорально двічі на день (загалом 1–2 г/день).

^d Метотрексат (антиметаболіт, що інгібує дигідрофолатредуктазу та інші фолатзалежні етапи, зменшуючи проліферацію активних лімфоцитів): 15–20 мг/тиждень перорально або підшкірно (нижня доза щотижня, з додаванням фолієвої кислоти).

^h Циклофосфамід (цитотоксичний алкилюючий агент, що зшиває ДНК у швидко діляться клітинах, основна мішень: лімфоцити): 600 мг/м² внутрішньовенно болюсно в дні 1, 15 і 30 (пульс-терапія).

ⁱ Ритуксимаб (моноклональне антитіло проти CD20 на В-клітинах): 375 мг/м² внутрішньовенно щотижня ×4 дози (один місяць).

^j Інфліксимаб (моноклональне антитіло проти TNF-α): 5 мг/кг внутрішньовенно на 0, 2, 6 тижні, потім кожні ~8 тижнів (підтримуюча терапія).

^k Адалімумаб (анти-TNF-α повністю людське моноклональне антитіло) 40 мг підшкірно щотижня (або кожні 2 тижні, залежно від клінічної реакції).

Автор: [Марія Сергіївна Черська](#) | locd.institute

Лайм-кардит

Терапія 1-ї лінії	(а) Пероральні антибіотики (легкі випадки): - Доксидиклін 100 мг двічі на день (14–21 день) - Амоксицилін 500 мг тричі на день (14–21 день) - Цефуроксим аксетил 500 мг двічі на день (14–21 день) (б) внутрішньовенні антибіотики (важкі випадки): - Цефтріаксон 2 г/день (14–21 день)
Терапія 2-ї лінії	внутрішньовенні антибіотики: Цефотаксим (2 г кожні 8 годин протягом 14–21 дня) або пеніцилін G (18–24 МО/день внутрішньовенно кожні 4 години протягом 14–21 дня)
Терапія 3-ї лінії	-

Хвороба Шагаса

Терапія 1-ї лінії	Бензнідазол 5–7 мг/кг/день у 2 прийоми протягом 60 днів Ніфуртимокс 8–10 мг/кг/день у 3 прийоми протягом 60–90 днів
Терапія 2-ї лінії	-
Терапія 3-ї лінії	-

Міокардит, спричинений ICI

Терапія 1-ї лінії	Відмінити ICI, провести повторну оцінку <u>Нетяжкий перебіг</u> : метилпреднізолон 500–1000 мг/день протягом 3 днів, потім поступове зменшення дози перорального преднізону <u>Тяжкий перебіг</u> : внутрішньовенно метилпреднізолон 7–14 мг/кг/день протягом 3 днів, потім 1 мг/кг/день
Терапія 2-ї лінії	Якщо немає реакції протягом 24–48 годин: мікофенолат мофетил ^b , ATG ^g абатацепт ^l , алемтузумаб ^m
Терапія 3-ї лінії	Інфліксимаб ^j або адаліумаб ^k , ритуксимаб ⁱ

^b Мікофенолат мофетил (імунодепресант, що інгібує інозинмонофосфатдегідрогеназу, основна мішень: лімфоцити): 500–1000 мг перорально двічі на день (загалом 1–2 г/день).

^g Антитимоцитарний глобулін (ATG; поліклональне антитіло до Т-лімфоцитів, що викликає значне виснаження Т-клітин): ~1 мг/кг внутрішньовенно, часто призначається щодня протягом 3–5 днів.

ⁱ Ритуксимаб (моноклональне антитіло проти CD20 на В-клітинах): 375 мг/м² внутрішньовенно щотижня ×4 дози (один місяць).

^j Інфліксимаб (моноклональне антитіло проти TNF-α): 5 мг/кг внутрішньовенно на 0, 2, 6 тижні, потім кожні ~8 тижнів (підтримуюча терапія).

^k Адаліумаб (анти-TNF-α повністю людське моноклональне антитіло) 40 мг підшкірно щотижня (або кожні 2 тижні, залежно від клінічної реакції).

^l Абатацепт (білок-гібрид CTLA-4 Ig, який зв'язується з CD80/86 на клітинах-презентерах антигену, блокуючи коstimулюючий сигнал CD28, необхідний для повної активації Т-клітин): 500 мг внутрішньовенно кожні 2 тижні × 5 доз

(приблизно 10 тижнів).

^m Алемтузумаб (моноклональне антитіло проти CD52 на лімфоцитах): 30 мг внутрішньовенно одноразово (альтернатива: 15 мг внутрішньовенно щодня протягом 2 днів).

Автор: [Марія Сергіївна Черська](#) | lccd.institute

Рекомендації	Клас	Рівень
Лікування симптомів		
Пацієнтам із супутніми симптомами перикардиту слід розглянути можливість застосування НПЗЗ (разом із інгібіторами протонної помпи) для зменшення симптомів.	Ila	C
Пацієнтам з міоперикардитом слід розглянути можливість застосування колхіцину для зменшення рецидивів.	Ila	B
Лікування серцевої недостатності		
У випадках міокардиту з систолічною дисфункцією ЛШ та/або СН рекомендується дотримуватися клінічних настанов ESC щодо СН з метою зменшення симптомів та поліпшення функції ЛШ.	I	C
Пацієнтам з міокардитом і систолічною дисфункцією ЛШ слід розглянути можливість терапії серцевої недостатності протягом щонайменше 6 місяців після повного відновлення функції ЛШ для стабілізації функції лівого шлуночка.	Ila	C
Лікування аритмій		
Пацієнтам з гострим міокардитом, особливо тим, у яких спостерігається підвищення рівня тропоніну, слід розглянути можливість призначення β-блокаторів з продовженням лікування протягом щонайменше 6 місяців для контролю симптомів та профілактики аритмій.	Ila	C
Пацієнтам після міокардиту з рецидивуючим симптоматичним шлуночковим тахікардією слід розглянути можливість антиаритмічного лікування для зменшення аритмічного навантаження.	Ila	C

Рекомендації щодо медикаментозного лікування міокардиту (2)

Рекомендації	Клас	Рівень
<i>Імуносупресивна терапія</i>		
Кортикостероїди слід розглядати у пацієнтів з блискавичними, неінфекційними формами міокардиту для стабілізації стану пацієнтів.	Ila	C
Кортикостероїди можуть бути розглянуті у пацієнтів з гострим міокардитом з порушеною ФВЛШ, якщо вони не піддаються стандартній терапії СН, для стабілізації стану пацієнтів.	Ilb	C
Рутинне застосування імуносупресивної терапії не рекомендується при гострому міокардиті зі збереженою функцією лівого шлуночка, оскільки не було продемонстровано жодних переваг у результатах лікування.	III	C

Конкретна початкова доза та тривалість терапії при гострому та рецидивуючого перикардиту



Терапія	Дозування	Тривалість	Зменшення дози
Аспірин	750–1000 мг 3 рази на день	1–2 тижні	Зменшувати дозу на 250 мг кожні 1–2 тижні
Ібупрофен	600–800 мг 3 рази на день	1–2 тижні	Зменшувати на 200 мг кожні 1–2 тижні
Індометацин	25–50 мг 3 рази на день	1–2 тижні	Зменшувати на 25 мг кожні 1–2 тижні
Колхіцин	0,5 мг один раз на день (для пацієнтів вагою <70 кг або з тяжким порушенням функції нирок) або 0,5 мг двічі на день	3–6 місяців	Не потрібно
Преднізон	0,2–0,5 мг/кг/день	2–4 тижні	Кілька місяців
Лікування тільки рецидивів			
Азатіоприн	Починаючи з 1 мг/кг/день, потім поступово збільшують до 2–3 мг/кг/день	Кілька місяців	Кілька місяців
IVIG	400–500 мг/кг внутрішньовенно щодня протягом 5 днів	5 днів	Не потрібно
Анакінра	1–2 мг/кг/день до 100 мг/день у дорослих	Не менше 6 місяців	Необхідно (принаймні від 3 до 6 місяців)
Рілонацепт	320 мг один раз на день, а потім 160мг щотижня	>12 місяців	Невідомо

Зменшення дози кортикостероїдів

Автор: [Марія Сергіївна Черська](#) | locd.institute



Доза преднізону	Початкова доза 0,20–0,50 мг/кг/день	Зменшення дози
Преднізон добова доза	>50 мг	10 мг/день кожні 1–2 тижні
	50–25 мг	5–10 мг/день кожні 1–2 тижні
	25–15 мг	2,5 мг/день кожні 2–4 тижні
	<15 мг	1,25–2,5 мг/день кожні 2–6 тижнів



Рекомендації щодо медикаментозної терапії при перикардиті (1)

Рекомендації	Клас	Рівень
Колхіцин рекомендується як терапія першої лінії у пацієнтів з перикардитом як доповнення до терапії аспірином/НПЗП або кортикостероїдами для зменшення подальших рецидивів.	I	A
Препарати проти IL-1 (анакинра або рилонацепт) рекомендуються пацієнтам з рецидивуючим перикардитом після неефективності терапії першої лінії і кортикостероїдів та підвищення рівня CRP для зменшення рецидивів і відміни кортикостероїдів.	I	A
Високі дози аспірину або НПЗЗ з інгібіторами протонної помпи рекомендуються як терапія першої лінії у пацієнтів з перикардитом для контролю симптомів та зменшення рецидивів.	I	B
Незважаючи на повну протизапальну терапію, у пацієнтів із симптомами та частотою серцевих скорочень у спокої >75 уд./хв слід розглянути можливість призначення β-блокаторів для поліпшення контролю симптомів.	IIa	C
Препарати проти IL-1 (анакинра або рилонацепт) слід розглядати у випадках безперервного / рецидивуючого перикардиту з ознаками запалення перикарда на CMR після невдачі, протипоказаннями та непереносимістю терапії першої лінії і кортикостероїдів незалежно від рівня CRP для зменшення рецидивів і забезпечення можливості відміни кортикостероїдів.	IIa	C

Рекомендації щодо медикаментозного лікування перикардиту (2)

Рекомендації (продовження)	Клас	Рівень
Низькі та середні дози кортикостероїдів слід розглядати для пацієнтів з перикардитом тільки у випадках протипоказань/неефективності аспірину/НПЗЗ та колхіцину, або коли є конкретні показання для контролю симптомів та зменшення рецидивів.	IIa	C
Застосування гідроксихлорохіна може бути розглянуто у пацієнтів з рецидивуючим перикардитом, рефрактерний до стандартної терапії для продовження виживання без рецидивів (включаючи кортикостероїди і препарати проти IL-1).	IIb	B
Кортикостероїди не рекомендуються як перший вибір для лікування пацієнтів з перикардитом без конкретних показань.	III	C

Спостереження за запальними міоперикардіальними синдромами після виписки



		Протягом 1 місяця	Протягом 3–6 місяців	12 місяців	>1 рік і довгострокове спостереження
Клінічна оцінка та ЕКГ	Міокардит	X	X	X	X
	Перикардит	X	X	X	X
Біомаркери (TnI, CRP)	Міокардит	X	X	(X)	(X)
	Перикардит	X	X	(X)	(X)
Ритм (стрес і/або холтерівське ЕКГ)	Міокардит	-	X	(X)	(X)
	Перикардит	-	-	-	-
Візуалізація Міокардит	TTE		X	X	X
	CMR		X	X	X
Візуалізація Перикардит	TTE		X	X	X
	CMR		(X)	(X)	(X)

Автор: [Марія Сергіївна Черська](#) | [locd.institute](#)

Показники невірусних етіологій та ускладнень (ознаки високого ризику або тривожні симптоми при гострому перикардиті)

Основні

Лихоманка $>38^{\circ}\text{C}$ (HR 3,56)

Підгострий початок (HR 3,97)

Великий перикардіальний випіт (>20 мм на ехокардіографії) (HR 2,15)

Серцева тампонада (HR 2,15)

Відсутність реакції на аспірин або НПЗП після щонайменше 1 тижня терапії (HR 2,50)

Незначні

Перикардит, пов'язаний з
міокардитом Імунодепресія

Травма

Пероральна антикоагулянтна терапія

Підготовлено

Черською Марією Сергіївною

для <https://locd.institute/>



ESC

European Society
of Cardiology



Засновниця [Інституту ліпідології, ожиріння та кардіометаболічних захворювань](#), провідна науковиця міжнародного рівня, спеціалістка у сфері кардіології, ліпідології та нейрокардіології.

Марія Черська координує розробку новітніх протоколів МОЗ України щодо порушення обміну ліпопротеїнів у пацієнтів з ендокринними захворюваннями.

Завідуюча консультативно-діагностичним відділенням

[ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМНУ»](#)

Член European Society of Cardiology (ESC) <https://www.escardio.org>

Член European Atherosclerosis Society (EAS) <https://www.eas-society.org/>

European Atherosclerosis Society (EAS) ambassador <https://eas-society.org/about/social-media-follow-us/>

Член European Association of Cardiovascular Imaging (FEACVI) <https://www.eacvi.org/>



**Приєднуйтеся до
нашої спільноти!**