

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
13 березня 2026 року № 318

**СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
**ХВОРОБА КАВАСАКІ**

**Загальна частина****Назва діагнозу:** Хвороба Кавасаки**Коди стану або захворювання відповідно до НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:****M30.3** Слизово-шкірний синдром лімфатичних вузлів (Кавасаки)**Розробники:**

Степановський Юрій Степанович	доцент кафедри педіатрії, імунології, інфекційних та рідкісних захворювань Міжнародного Європейського Університету, заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Бондаренко Анастасія Валеріївна	завідувачка кафедри педіатрії, імунології, інфекційних та рідкісних захворювань Міжнародного Європейського Університету (за згодою);
Гільфанова Анна Михайлівна	доцент кафедри педіатрії, імунології, інфекційних та рідкісних захворювань Міжнародного Європейського Університету (за згодою);
Марушко Тетяна Вікторівна	професор кафедри педіатрії, дитячої кардіології, ревматології та кардіохірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Муквіч Олена Миколаївна	головний науковий співробітник відділення імунозалежних станів у дітей державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України»;
Авраменко Ірина Юріївна	доцент кафедри пропедевтики педіатрії та медичної генетики державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»;
Палатна Людмила Олександрівна	доцент кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Руденко Надія Миколаївна	заступниця генерального директора державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», завідувач кафедри дитячої кардіології та кардіохірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Климишин Юлія Ігорівна	лікар дитячий кардіолог державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України»;

Лебідь Ігор Григорович	головний науковий співробітник державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України»;
Таммо Раад	лікар-рентгенолог державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України»;
Мальська Андріана Андріївна	доцент кафедри пропедевтики педіатрії та медичної генетики державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»;

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Гуленко Оксана Іванівна	заступник директора департаменту - начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Рецензенти:**

Боярчук Оксана Романівна	завідувач кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського;
Бойко Ярина Євгенівна	керівник клініки дитячої імунології та ревматології Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру, професор кафедри клінічної імунології та алергології державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», д.мед.н.;
Куркевич Андрій Казимирович	заступник генерального директора державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», лікар кардіолог дитячий, лікар з ультразвукової діагностики, доцент, к. мед. н..

**Дата оновлення стандарту 2031 рік**

### Перелік скорочень

АКА	аневризма коронарної артерії
АПФ	ангіотензин перетворюючий фермент
АСЛ-О	титр антистрептолізину О
АСК	ацетилсаліцилова кислота
ВВЛІГ	внутрішньовенний людський імуноглобулін
в/в	внутрішньовенний
ГГТ	гамма-глутамілтрансфераза
ГКС	глюкокортикостероїди
ДНК	дезоксирибонуклеїнова кислота
ЕКГ	електрокардіограма
ЕхоКГ	ехокардіографія (трансторакальна)
ЗАК	загальний аналіз крові
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІМ	інфаркт міокарда
ІМзп-ST	інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST
ІФА	імуноферментний аналіз
КА	коронарна артерія / коронарні артерії
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографічна
КТА	комп'ютерна томографічна ангіографія
МНВ	міжнародне нормалізоване відношення
НМГ	низькомолекулярні гепарини
НПЗЗ	нестероїдні протизапальні засоби
ОКТ	оптична когерентна томографія
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ПОАК	прямі оральні антикоагулянти
РА	реакція аглютинації
РНГА	реакція непрямой гемаглютинації
п/ш	підшкірно
СРБ	С-реактивний білок
ШОЕ	швидкість осідання еритроцитів
ЧКВ	черезшкірне коронарне втручання
ХК	хвороба Кавасакі
CD25	розчинний рецептор $\alpha$ до інтерлейкіну-2
СМРТ	серцево-судинна магнітно-резонансна томографія
COVID-19	коронавірусна інфекція 2019 року
IgM	Імуноглобулін М
LAD	ліва передня низхідна коронарна артерія
MIS-c	мультисистемний запальний синдром при COVID-19
NFAT	ядерний фактор активованих Т-клітин
TNF	фактор некрозу пухлини
SARS-CoV-2	коронавірус 2, пов'язаний з важким гострим респіраторним синдромом
WBC	лейкоцити

Форма  
№ 025/о

форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №\_\_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

Форма  
№ 003/о

форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № \_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

Стандарт медичної допомоги «Хвороба Кавасакі» (далі - СМД) розроблено відповідно до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної та реабілітаційної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313. СМД розроблено на основі Клінічної настанови, заснованої на доказах «Хвороба Кавасакі», що ґрунтується на принципах доказової медицини, з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, у якій наведено усі можливі методи та засоби лікування і подальшого ведення пацієнтів з ХК, ефективність яких доведена, ознайомитися з якою можна за посиланням [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-taklinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-taklinichni-nastanovi/).

На момент розробки даного СМД у інструкціях для медичного застосування деяких лікарських засобів, що затверджені Міністерством охорони здоров'я України відсутні показання для лікування пацієнтів з хворобою Кавасакі (далі - ХК) або існують обмеження щодо їх застосування у дітей.

Відповідно до статті 44<sup>1</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», незареєстровані лікарські засоби або зареєстровані лікарські засоби за показаннями, не зазначеними в інструкції для медичного застосування чи короткій характеристиці лікарського засобу, можуть використовуватися в інтересах вилікування особи лише за умови отримання письмової згоди пацієнта або його законного представника.

Стосовно особи віком до 14 років (малолітньої особи) зазначені лікарські засоби можуть використовуватися за наявності письмової згоди її батьків (одного з батьків) або інших законних представників (законного представника), а стосовно особи віком від 14 до 18 років - за її письмовою згодою та письмовою згодою її батьків (одного з батьків) або інших законних представників (законного представника). При отриманні згоди на застосування таких лікарських засобів особі та/або її законному представнику має надаватися повна інформація про цілі, методи, побічні ефекти, можливий ризик та очікувані результати від застосування цих лікарських засобів, наявність чи відсутність альтернативних варіантів лікування.

## **Розділ І. Організація надання медичної допомоги при лікуванні дітей з хворобою Кавасакі**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо початкових симптомів ХК у дітей з метою її раннього виявлення та негайного призначення лікування.

Медична допомога дітям з ХК надається у закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям, потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнтів мультидисциплінарною командою фахівців, бажано з досвідом діагностики та лікування ХК. Мультидисциплінарна команда може включати: лікаря-педіатра, лікаря-інфекціоніста дитячого, лікаря-імунолога дитячого, лікаря-кардіолога дитячого, лікаря-кардіоревматолога дитячого, лікаря ультразвукової діагностики, лікарів інших спеціальностей, за потребою.

Подальше спостереження пацієнтів з ХК здійснюється лікарями-педіатрами, лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями-кардіологами дитячими, лікарями-кардіоревматологами дитячими, лікарями-кардіологами.

### **2. Обґрунтування**

ХК — гостре системне запальне захворювання, васкуліт, що вражає переважно дітей віком до 5 років та характеризується запаленням судин середнього калібру, зокрема коронарних артерій (далі – КА). ХК є основною причиною набутої патології серця у дітей у розвинених країнах, випереджаючи ревматичну гарячку. Захворювання має потенційно тяжкий перебіг з ризиком розвитку аневризм коронарних артерій (далі – АКА), що підвищує ризик інфаркту міокарда (далі – ІМ), ішемічної хвороби серця та передчасної смерті в дитячому чи дорослому віці.

Своєчасне виявлення, діагностика та початок лікування ХК, зокрема призначення внутрішньовенний людський імуноглобулін (далі – ВВЛІГ) у перші 10 днів від початку гарячки, є критичними для зниження ризику ускладнень. Затримка у встановленні діагнозу, особливо у випадках неповної або атипової форми ХК, значно підвищує ймовірність розвитку коронарної патології.

Налагоджена міждисциплінарна взаємодія між фахівцями, а також доступ до сучасних методів діагностики та ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу є необхідними передумовами для оптимального ведення пацієнтів з ХК.

Освітні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності медичних працівників щодо ХК сприяють кращому розпізнаванню хвороби, скороченню часу її діагностики та вчасного призначення лікування і в цілому підвищенню якості медичної допомоги.

Моніторинг перебігу ХК ґрунтується на оцінці клінічної динаміки, лабораторних показників запалення, ехокардіографічного (далі – ЕхоКГ) обстеження стану КА пацієнтів, включно з аналізом Z-scores, що дозволяє своєчасно виявляти та попереджати розвиток коронарних ускладнень.

### **3. Критерії якості медичної допомоги при хворобі Кавасакі Обов'язкові:**

1) існують локально узгоджені письмові документи – клінічні маршрути пацієнтів (далі – КМП), що регламентують взаємодію між усіма рівнями надання медичної допомоги та забезпечують своєчасне виявлення, направлення, діагностику, лікування та подальше спостереження пацієнтів з ХК;

2) дітям з ХК розробляється індивідуальний план медичної допомоги, узгоджений з батьками або законними представниками та доступний мультидисциплінарній команді. Індивідуальний план, ґрунтуючись на інформації щодо клінічного діагнозу та результатах ЕхоКГ, повинен включати призначене лікування, заходи з профілактики ускладнень та алгоритм подальшого спостереження з урахуванням результатів оцінки Z-scores КА;

3) батьки дитини або законні представники забезпечуються у доступній формі інформацією щодо діагнозу, обґрунтуванням цілей лікування, потреби у спостереженні та контролі серцево-судинної системи. Надається інформація щодо розпізнавання тривожних симптомів, важливості дотримання індивідуального плану, а також контакти для отримання невідкладної або планової консультації;

4) перед випискою батьки дитини або законні представники отримують інформацію щодо особливостей імунопрофілактики після введення високої дози ВВЛІГ;

5) надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали щодо ХК, її клінічних проявів, ускладнень та важливості ранньої діагностики у доступних місцях ЗОЗ, а також на офіційних вебсайтах ЗОЗ та сторінках у соціальних мережах.

## **Розділ II. Діагностика ХК у дітей**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Діагностичні заходи спрямовано на своєчасне виявлення лікарем загальної практики-сімейним лікарем, лікарем-педіатром, лікарем-інфекціоністом дитячим, лікарем-імунологом дитячим чи іншим фахівцем характерних початкових клінічних ознак та симптомів ХК, особливо у дітей перших 5 років життя для негайного направлення дитини до стаціонарного відділення ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу дітям для подальшого обстеження та призначення відповідного лікування.

ХК залишається клінічним діагнозом, для якого не існує патогномонічного діагностичного тесту та встановлюється на основі сукупності клінічних ознак, лабораторних показників та результатів інструментальних обстежень з оцінки стану серця та коронарних судин.

За наявності критеріїв повної або неповної форми хвороби Кавасакі пріоритет слід надавати початку лікування, а не очікуванню результатів діагностики щодо інших захворювань, з якими проводиться диференційна діагностика.

## 2. Обґрунтування

Без лікування у близько 25% пацієнтів розвивається дилатація КА або АКА. Вкрай важливо встановити діагноз ХК протягом 10 днів від початку гарячки — бажано на 4–5-й день захворювання у пацієнтів із повною формою ХК та якомога раніше (але також не пізніше 10 днів) у разі підозри на неповну ХК. Лікування, розпочате впродовж перших 10 днів від початку гарячки є критично важливими для профілактики незворотних коронарних ушкоджень.

Неповні форми найчастіше трапляються у немовлят до 6 місяців та у старших дітей/підлітків. Такі пацієнти знаходяться в зоні підвищеного ризику щодо коронарних уражень через затримку в діагностиці. До груп ризику щодо формування уражень КА у пацієнтів з ХК відносять дітей  $\leq 6$  місяців, а також дітей, у яких вже на момент встановлення діагнозу до 10-го дня гарячки, Z-scores КА становило  $\geq 2,5$  (проксимальні відділи), а також пацієнти з дуже високими показниками запалення (наприклад, С-реактивний білок (далі – СРБ)  $\geq 130$  мг/л) або певними етнічними факторами ризику (наприклад, – азійська раса). Ідентифікація пацієнтів із високим ризиком розвитку АКА уже на момент встановлення діагнозу є дуже важливою та дає змогу посилити початкову протизапальну терапію, що може покращити результати лікування.

ЕхоКГ є основним методом візуалізації коронарних судин при ХК. Це є неінвазивне обстеження, що має високу просторову і часову роздільну здатність та забезпечує швидку візуалізацію аномалій проксимальних сегментів КА за допомогою Z-scores КА, що порівнює діаметр артерії дитини з ХК з очікуваними показниками у здорових дітей того ж віку, статі та розміру тіла. Z-scores понад 2,5 вказує на наявність у дитини АКА.

У пацієнтів із ХК та наявністю АКА є високий ризик виникнення ІМ, особливо впродовж перших 2–3 місяців після початку захворювання. Хоча після двох років від початку хвороби ризик ІМ знижується, але у пацієнтів із великими або гігантськими АКА зберігається постійний ризик ішемії впродовж усього життя. Симптоми гострого коронарного синдрому у пацієнтів з ХК можуть відрізнятися від класичних проявів ІМ у дорослих з атеросклерозом. У немовлят та дітей раннього віку симптоматика часто неспецифічна: погано локалізований біль, незрозумілий плач, занепокоєння, незвична блідість, пітливість. У старших дітей можуть спостерігатися: біль у грудях, руці або животі, задишка, блювання, зміна забарвлення шкіри. Для діагностики проводяться лабораторні та інструментальні дослідження.

## 3. Критерії якості медичної допомоги

### Обов'язкові:

1) діагноз ХК може бути запідозрено у випадку наявності фебрильної гарячки не менше 4-5 днів (або й раніше), особливо у дітей молодших 5 років, за наявності наступних клінічних ознак виявлених при фізикальному обстеженні:

**повна (класична) форма ХК** -  $\geq 4$  з 5 основних клінічних ознак:

двобічний неексудативний кон'юнктивіт (ін'єкція судин кон'юнктиви, склер без гнійних виділень), зазвичай, бульбарний з периферичним просвітленням навколо лімба;

зміни слизової оболонки рота і губ: яскрава дифузна еритема ротоглотки, потріскані, сухі яскраво-червоні губи (інколи з «вишневим» відтінком), «полуничний» язик (гіперемія язика з вираженою гіпертрофією сосочків);

поліморфна висипка на тілі (переважно макулопапульозна, нерідко найбільш виражена в паховій ділянці; зазвичай без везикул, бул чи виразок);

зміни кінцівок: почервоніння (еритема) долонь і підшов, набряк кистей і стоп, індурація (ущільнення) долонь/підшов у гострому періоді; у підгострому періоді (через 2–3 тижні від початку лихоманки, інколи раніше) – характерне лущення шкіри навколо нігтів;

шийна лімфаденопатія: збільшення  $\geq 1$  лімфатичного вузла ший діаметром  $\geq 1,5$  см, найчастіше однобічне (без вираженого нагноєння або сильної болючості).

Оцінка та ведення пацієнтів із повною (класичною) формою ХК наведено у додатку 1 до цього Стандарту;

2) оцінку пацієнта при **неповній (атиповій) формі ХК** проводити відповідно до у додатку 2 до цього Стандарту;

3) у випадку підозри ХК проводиться комплекс лабораторних досліджень: загальний аналіз крові із визначенням швидкості осідання еритроцитів (далі – ШОЕ) та СРБ (кількісне визначення);

біохімічний аналіз крові (альбумін, аланінамінотрансфераза, гама-глутамілтрансфераза (далі - ГГТ);

загальний аналіз сечі;

3) провести інструментальні дослідження:

електокардіографія (далі – ЕКГ);

трансторакальна ЕхоКГ: не пізніше 10-го дня від початку хвороби (бажано – в момент встановлення діагнозу / підозри на нього, до початку лікування ВВЛІГ) для оцінки стану КА. Проте, відсутність позитивних результатів ЕхоКГ не має бути перешкодою для лікування у випадку стійких ознак ХК;

ЕхоКГ може проводитися більше 2 разів на тиждень, якщо уже в гострий період виявляються АКА ( $Z$ -scores  $\geq 2,5$ ) до стабілізації процесу. Усі результати ЕхоКГ ( $Z$ -scores КА, наявність/відсутність АКА) повинні бути задокументовані у формі первинної облікової документації № 003/о;

за необхідності, проводяться повторні ЕхоКГ через 1–2 дні від попередньої, навіть якщо перший результат у межах норми, але підозра на ХК залишається високою;

повторну ЕхоКГ необхідно провести приблизно через 2 тижні від першої ще під час гострого/підгострого періоду;

у разі повторної гарячки протягом тижня після виписки пацієнта зі стаціонарного відділення ЗОЗ, необхідно терміново провести ЕхоКГ, якщо немає чіткого альтернативного діагнозу;

у дітей перших років життя під час проведення трансторакальної ЕхоКГ може бути застосована седация із залученням лікаря-анестезіолога дитячого, якщо візуалізація серця і коронарних судин утруднена через неспокій дитини;

стандарти візуалізації для Ехо КГ під час підготовки пацієнта, технічні стандарти до оцінки КА та кількісна оцінка ехокардіографічних знахідок наведені у додатку 3 до цього Стандарту;

4) під час обстеження дітей зі підозрою на ХК проводиться диференційна діагностика з іншими захворюваннями дитячого віку, що супроводжуються гарячкою та мають схожі клінічні прояви відповідно до додатку 4 до цього Стандарту;

5) визначення категорії ризику пацієнтів щодо пошкодження КА та формувань АКА проводиться на основі розрахунку Z-scores. Для інтерпретації пошкодження КА має використовуватися один і той же калькулятор розрахунку Z-scores для першої та наступних ЕхоКГ. Точні вимірювання маси тіла та зросту пацієнта є критичними для уникнення пере- або недооцінки Z-scores КА;

6) у випадку різкого погіршення стану дитини виключити імовірність розвитку шоку, гострого ІМ, синдрому активації макрофагів (вторинного гемофагоцитарного лімфогістіоцитозу, ознаки якого наведено у додатку 5 до цього Стандарту);

7) у складних випадках діагностики проводиться мультидисциплінарний консилиум за участі: лікаря-імунолога дитячого, лікаря-інфекціоніста дитячого, лікаря-ревматолога, лікаря-кардіолога дитячого, лікаря-хірурга, лікаря відділення інтенсивної терапії, інших фахівців.

### **Розділ III. Лікування хвороби Кавасакі у гострому періоді**

#### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Лікування дітей з гострою фазою ХК проводиться в умовах стаціонарного відділення у ЗОЗ (педіатричне, інфекційне, інше відділення залежно від того, куди буди госпіталізований пацієнт зважаючи на широку клінічну маніфестацію захворювання), що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям. Метою терапії є швидке пригнічення запального процесу та запобігання ураженню коронарних артерій.

#### **2. Обґрунтування**

Лікування ХК починається з розпізнавання пацієнтів зі стандартним та високим рівнем ризику пошкодження КА вже на етапі встановлення діагнозу.

Розрізняють: початкову терапію гострої фази ХК, лікування у випадку резистентності до ВВЛПГ, інтенсифікацію початкової терапії у пацієнтів із високим ризиком та додаткові підходи до лікування у пацієнтів з рефрактерною ХК. Застосування ВВЛПГ в гострому періоді здатне зменшити частоту аневризм у кілька разів.

Пацієнти зі стандартним ризиком отримують терапію ВВЛПГ та ацетилсаліциловою кислотою (далі - АСК). Пацієнти з ХК та високим ризиком розвитку АКА (базовий Z-scores АКА  $\geq 2,5$  до 10-го дня гарячки, немовлята віком  $< 6$  місяців, СРБ понад 130 мг/л) або тяжким перебігом потребують інтенсифікації лікування за допомогою додаткової протизапальної терапії та застосування глюкокортикостероїдів (далі - ГКС) для зниження ризику розвитку АКА при рефрактерній ХК.

ГКС при ХК використовуються у двох основних ситуаціях: первинно – у пацієнтів високого ризику тяжкого перебігу та вторинно – у випадку резистентності до ВВЛПГ.

Найкращий результат досягається при ранній діагностиці ХК (на 4–5 день гарячки) та негайному початку терапії, але не пізніше 10-го дня гарячки. Якщо з різних причин діагноз встановлено пізніше (після 10 дня), ВВЛПГ все одно призначається, якщо процес активний (лихоманка, підвищені СРБ кількісне значення/ШОЕ), особливо коли є коронарні зміни. Відсутність гарячки та показники запалення в нормі після 10 дня вказують на згасання гострого процесу. В таких випадках ВВЛПГ можна не застосовувати, проте, рішення щодо застосування ВВЛПГ приймають індивідуально.

Для лікування дітей з ХК також застосовується симптоматична та патогенетична терапія (наприклад, антикоагулянтна терапія, лікування зневоднення, міокардиту, тощо) відповідно до категорії ризику пацієнта.

Лікування резистентної форми ХК включає другу лінію терапії: повторний ВВЛПГ, високі дози ГКС та/або інфліксимаб, вибір залежить від клінічної ситуації.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) початкова терапія у гострій фазі ХК передбачає введення першої дози 2 г/кг ВВЛПГ, впродовж 8–12 годин не пізніше 10-го дня захворювання, одразу після діагностики (за можливості – на 4–7-й день гарячки). Слід брати до уваги, що після інфузії ВВЛПГ збільшується ШОЕ, тому цей показник не є надійним маркером активного запалення після інфузії;

2) у гострому періоді ХК також призначається АСК у дозі (30 - 80 мг/кг/добу розділеної на 4 прийоми на добу) як протизапальну і жарознижувальну терапію до нормалізації температури тіла протягом 48–72 годин. Після цього переходять на низькі дози АСК (3–5 мг/кг/1р на добу) для забезпечення антиагрегантного ефекту після зниження температури та продовжують приймати до 6–8 тижнів від початку захворювання навіть за відсутності змін КА;

3) якщо через  $\geq 36$  годин після введення ВВЛПГ температура тіла не нормалізувалась, зберігаються маркери запалення та клінічні прояви ХК – повторно вводиться ВВЛПГ та/або призначається інша/додаткова протизапальна терапія. Такі пацієнти мають підвищений ризик розвитку АКА порівняно з тими, хто відповів на лікування ВВЛПГ. Для лікування резистентності додатково до ВВЛПГ застосовуються глюкокортикостероїди (внутрішньовенне введення преднізолону або метилпреднізолону): преднізолон в/в, 2 мг/кг на добу, розділено на кожні 8 год протягом 5 діб (максимум 60 мг/добу) під час госпіталізації, потім перорально преднізолон 2 мг/кг на добу, розділено на кожні 8 год; повільне зниження дози протягом 15 днів (максимум 30 мг/дозу) після нормалізації рівня СРБ;

4) для пацієнтів із хворобою ХК високого ризику ( $Z$ -scores КА  $\geq 2,5$  при первинному обстеженні до 10-го дня гарячки, немовлята віком  $< 6$  місяців,

пацієнти із СРБ понад 130 мг/л) може бути корисною інтенсифікація початкової терапії (подвійна терапія) шляхом додавання іншої протизапальної терапії;

5) ведення пацієнтів в залежності від розмірів аневризми проводити відповідно до додатку 6 до цього Стандарту;

6) ХК, що супроводжується зниженим артеріальним тиском, недостатньою перфузією або дисфункцією міокарда, описується, як синдром шоку при ХК. Для цієї форми характерна вища частота виявлення підвищеного рівня СРБ, гіпоальбумінемії та тромбоцитопенії порівняно з ХК без шоку. Гемодинамічна нестабільність, зазвичай, швидко покращується після введення ВВЛПГ. З огляду на підвищений ризик резистентності до ВВЛПГ та ураження КА, доцільно розглядати інтенсифікацію початкової терапії ВВЛПГ шляхом додавання другого протизапального засобу. Лінії протизапальної терапії при ХК наведено у додатку 7 до цього Стандарту;

7) відмінити АСК у перші 6-8 тижнів без рекомендації лікаря-кардіолога дитячого не рекомендовано (за винятком ускладнень, наприклад, синдрому Рея);

8) у випадку різкого погіршення стану дитини (збільшенні розмірів АКА, появі нових симптомів або ознак ішемії, шоку, синдрому активації макрофагів/вторинного гемофагоцитарного лімфогістіоцитозу), виявленні симптомів ІМ – пацієнту проводиться консультація лікаря-кардіохірурга або лікаря-кардіолога інтервенційного;

9) усі діти  $\geq 6$  місяців, які отримують АСК повинні отримати в сезон грипу вакцину проти грипу (інактивовану), бажано до виписки зі стаціонару;

10) живі вакцини - проти кору, паротиту, краснухи та вітряної віспи — слід відтермінувати на 11 місяців після введення ВВЛПГ, оскільки пасивно введені антитіла можуть знижувати ефективність цих живих вакцинацій;

11) виписка зі стаціонару ЗОЗ здійснюється за наступних умов: відсутність лихоманки, стабільна гемодинаміка та наявності ознак стабілізації чи нормалізації показників ЕхоКГ.

## **Розділ IV. Лікування ускладнень хвороби Кавасакі. Особливості ведення пацієнтів з транзиторними, стабільними та прогресуючими аневризмами**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Лікування ускладнень ХК спрямоване на профілактику тромбоутворення, запобігання ішемічним ускладненням, зменшення прогресування АКА та поліпшення довгострокового прогнозу та якості життя пацієнтів.

Тактика ведення пацієнтів визначається типом АКА (транзиторні, стабільні або прогресуючі) та ступенем ризику згідно з класифікацією категорій ризику, що наведена у додатку 8 до цього Стандарту.

### **2. Обґрунтування**

Аневризми коронарних артерій — головне ускладнення ХК, що визначає ризик тромбоутворення, стенозу, ІМ та раптової смерті. Поява та прогресування АКА може виникати в гострому/підгострому періоді або через певний час після хвороби.

Тривале антиагрегантне або антикоагулянтне лікування знижує ризик коронарних тромбозів і пов'язаної з ними смертності.

Прогресуючі та гігантські АКА мають високий ризик тромбозу навіть при нормалізації клінічного стану. Рання інтенсифікація антитромботичної терапії, контроль за станом КА (ехокардіографія, КТА або МР-ангіографія) та індивідуальний підбір лікування забезпечують зниження кількості несприятливих подій.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові:**

1) при швидкому розширенні великих/гігантських АКА слід призначати одночасно АСК та антикоагулянт ще протягом перших 6-8 тижнів захворювання. Контроль ефективності антикоагулянтної терапії проводити не менше раз на тиждень на початковому етапі та надалі не рідше ніж 1 раз на місяць відповідно до додатку 9 до цього Стандарту;

2) через 6-8 тижнів від початку захворювання та за відсутності АКА слід відмінити низькодозову АСК (після проведення контрольної ЕхоКГ на 4-6 тижні);

3) частота спостережень та довгострокове лікування наведено у додатку 9 до цього Стандарту.

#### **Бажані:**

4) розглянути можливість застосування прямих оральних антикоагулянтів (апіксабан) у дітей старшого віку замість варфарину за наявності досвіду їх використання;

5) у підлітків та молодих осіб, принаймні, раз на 2 роки слід перевіряти ліпідний профіль та рівень глюкози, щоб вчасно скорегувати дисліпідемію чи інші фактори ризику;

6) за можливості, пацієнтам з АКА >5 мм призначають статини в підлітковому/дорослому віці з метою покращення ендотеліальної функції та запобігання атеросклерозу.

## **Розділ V. Подальше спостереження та контроль стану серця та КА після перенесеної ХК**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Судинні зміни внаслідок ХК можуть призводити до тяжких ускладнень: ішемічної хвороби серця, аритмій, ІМ та раптової смерті дітей та молодих пацієнтів.

Тому для усіх дітей, які перенесли ХК з будь-якими ураженнями КА (включно з тими, що повністю регресували) необхідне тривале спостереження, яке проводить лікар-кардіолог дитячий, лікар-кардіолог.

Ведення дітей з тяжкими ураженнями серця після ХК повинно здійснюватися у спеціалізованих кардіологічних центрах з можливістю залучення мультидисциплінарної команди для пацієнтів з гігантськими аневризмами, до якої входять: лікар-кардіолог, лікар-кардіолог дитячий, лікар-кардіохірург, лікар-кардіолог інтервенційний, фахівці з візуалізації, лікар-інтенсивної терапії та фахівці з реабілітації.

Основними цілями довготривалого спостереження є профілактика тромбозів та ІМ. Методи обстеження можуть включати КТ-ангіографію з низьким рівнем опромінення, МРТ або інвазивну ангіографію.

## **2. Обґрунтування**

Частота клінічних оглядів лікарем-кардіологом та інструментальних обстежень пацієнтів із ХК визначається категорією ризику та стадією захворювання.

Тривалість спостереження залежить від ступеня ураження КА, з урахуванням максимального Z-scores на момент обстеження. Основним критерієм для віднесення пацієнта до певної категорії ризику та визначення подальшої тактики спостереження (ризик-стратифікація за даними ЕхоКГ) є максимальне значення Z-scores досягнуте впродовж хвороби. У деяких пацієнтів збільшення діаметру КА може тривати до 6 тижнів після захворювання, а в особливо тяжких випадках (рідко) навіть понад 2 місяці.

## **3. Критерії якості медичної допомоги**

### **Обов'язкові:**

1) для кожного пацієнта з ХК та коронарними змінами категорія ризику повинна переглядатися при кожному контрольному обстеженні відповідно до додатків 8, 9 до цього Стандарту;

2) добове моніторування ЕКГ в усіх пацієнтів після перенесеного ІМ або у випадку появи шлуночкових аритмій, для визначення потреби в антиаритмічній терапії чи імплантації кардіовертера-дефібрилятора;

3) у разі виникнення нових симптомів або позитивних результатів неінвазивних тестів слід негайно провести інвазивну коронарографію для вирішення питання щодо інтервенційного лікування;

4) пацієнтам з АКА (категорії ризику 4–5) впродовж першого року після хвороби проводиться розширена оцінка коронарного русла за допомогою інвазивної КТ-ангіографії з низькою дозою опромінення або МРТ-ангіографії, для оптимального планування подальшого спостереження та лікування;

5) інвазивний контроль коронарного русла проводити раз на 2–3 роки у разі наявності значних залишкових змін;

6) надати батькам або законним представникам пацієнта план спостереження з детальним поясненням щодо важливості регулярних обстежень і дотримання призначеної терапії.

## ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам дитячого віку з хворобою Кавасакі клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП).
2. Відсоток дітей з вперше встановленою ХК, яким було призначено ВВЛІГ до 7-10-го дня від початку захворювання.

### Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

#### 1. Наявність у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам дитячого віку з хворобою Кавасакі КМП.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги (далі – СМД).

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (КМП) в регіоні. Якість надання медичної допомоги дітям з ХК, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 70%

2026 рік – 90%

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям з ХК, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям з ХК, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям з ХК, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію

щодо кількості ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям з ХК, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу дітям з ХК, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ХК. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем, який надає спеціалізовану медичну допомогу дітям з ХК.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **2. Відсоток дітей з вперше встановленою ХК, яким було призначено ВВЛП до 7-10-го дня від початку захворювання.**

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів з ХК, які були направлені до ЗОЗ вдруге впродовж звітнього періоду.

У первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, виконання обов'язкових діагностичних процедур, визначених в СМД, зокрема, ЕхоКГ а також наявність або відсутність повторних проявів та ускладнень захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: лікар, який надає медичну допомогу дітям з ХК; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями, які надають медичну допомогу дітям з ХК, зареєстрованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів, які надають медичну допомогу дітям з ХК, зареєстрованими на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника

Знаменник індикатора складає загальна кількість дітей з вперше діагностованою ХК, які лікувалися у ЗОЗ впродовж звітнього періоду та яким було призначено лікування ВВЛП.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, № 003/о.

Чисельник індикатора складає кількість дітей з вперше діагностованою ХК, які лікувалися у ЗОЗ впродовж звітнього періоду та яким було призначено ВВЛП до 8 -10-го дня з початку захворювання.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги**

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Хвороба Кавасаки», 2025 рік, [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

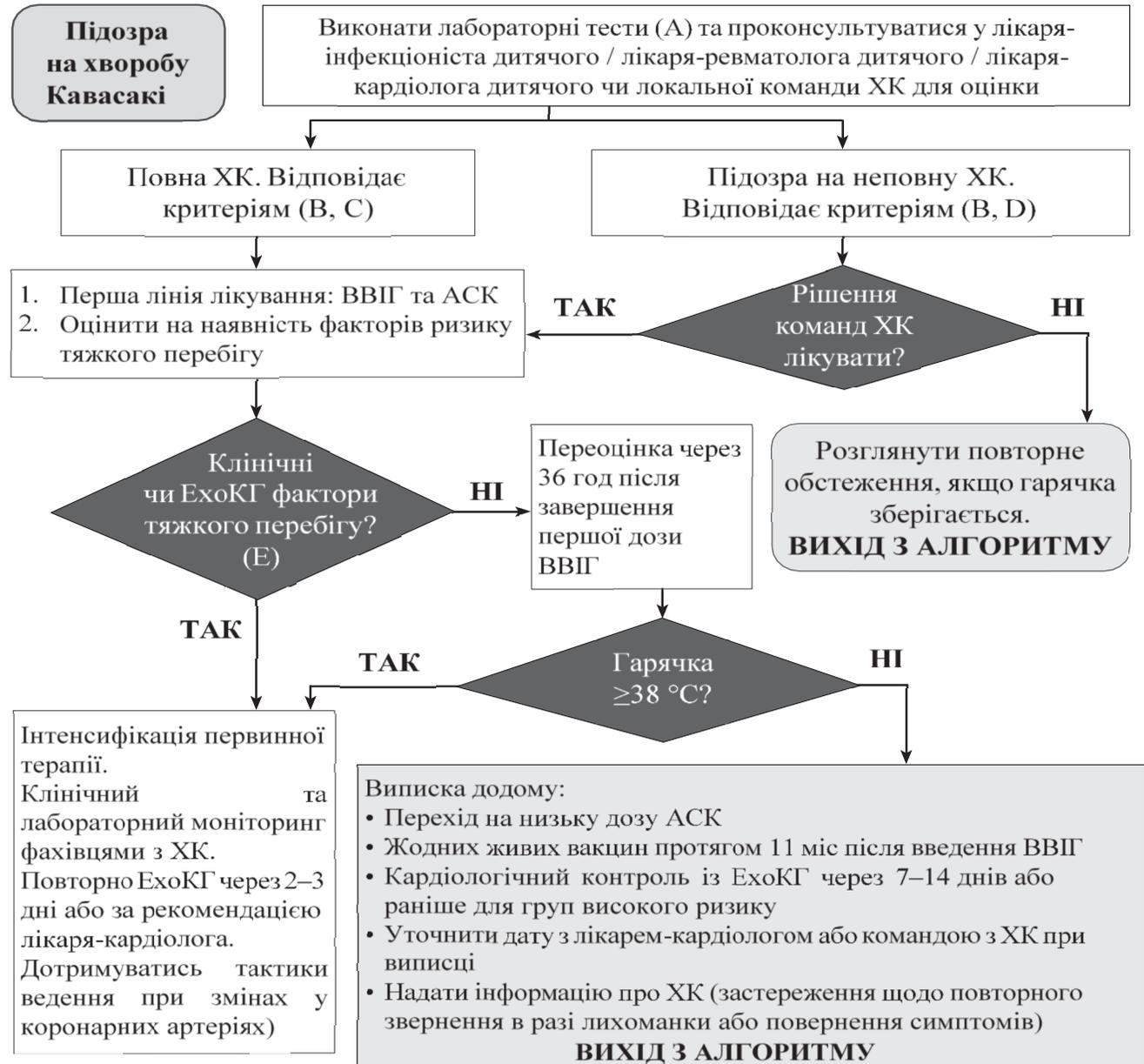
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559 «Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2020 року за № 1259/35542.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту  
медичних послуг**

**Валерія СОРУЧАН**

## ХВОРОБА КАВАСАКІ: оцінка і тактика ведення



### А. ЛАБОРАТОРНІ ОБСТЕЖЕННЯ

- Загальний аналіз крові з формулою
- ШОЕ, СРБ
- Біохімічний профіль, АЛТ, ГГТ, загальний білірубін
- Аналіз сечі (зі зібраної сечі або катетеризована) + мікроскопія

### В. КАРДІОЛОГІЧНА ОЦІНКА

- ЕКГ та ЕхоКГ

### С. ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПОВНОЇ ХК

- Гарячка щонайменше протягом 4х днів (день початку = день 1 гарячки) + принаймні 4/5 основних клінічних ознак у будь-який момент хвороби (не обов'язково мають з'явитись одночасно):
- Поліморфна висипка
- Бульбарні ін'єкції судин без ексудату, двобічна
- Зміни в порожнині рота: почервоніння і тріщини губ, малиновий язик чи еритема слизової оболонки рота і глотки, або всі ознаки разом
- Еритема долонь і стоп: зазвичай супроводжується набряком; надалі — лущення шкіри у підгострій фазі хвороби
- Шийна лімфаденопатія: зазвичай одностороння, скупчення лімфовузлів >1,5 см у діаметрі
- Відсутність альтернативного діагнозу

### Д. ПІДОЗРА НА НЕПОВНУ ФОРМУ ХВОРОБИ КАВАСАКІ

Тривала незрозуміла гарячка  $\geq 3$  днів + 2–3 з 5 клінічних ознак або у немовлят — незрозуміла гарячка >7 днів із наявністю запальних лабораторних або ехокардіографічних критеріїв:

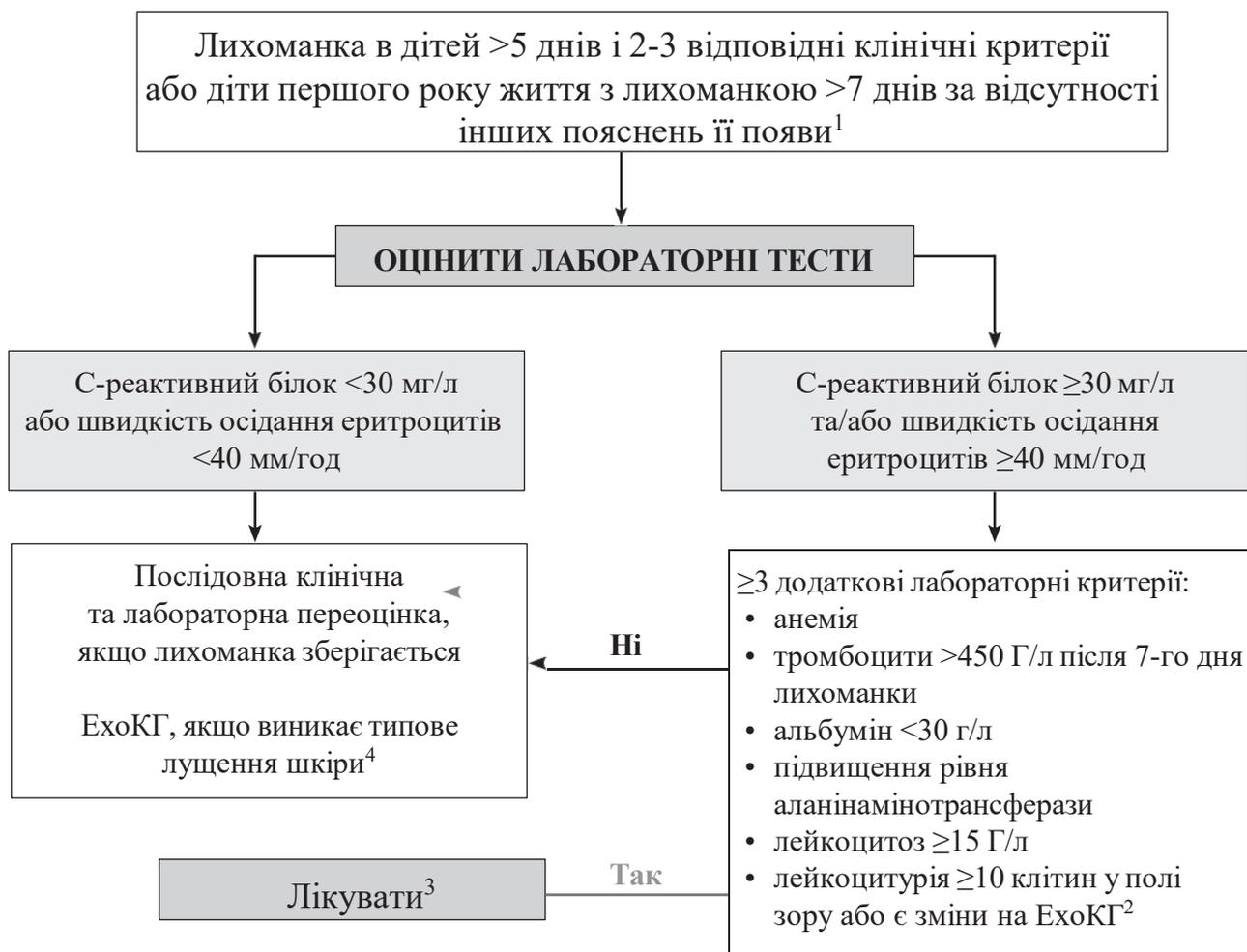
- СРБ  $\geq 30$  мг/л або ШОЕ  $\geq 40$  мм/год або обидва +3 або більше з наступного:
  - анемія за віком
  - тромбоцити  $\geq 450\,000/\text{мм}^3$
  - альбумін  $\leq 30$  г/л
  - підвищений АЛТ
  - лейкоцитоз  $\geq 15\,000/\text{мм}^3$
  - сеча: лейкоцити  $\geq 10$ /поле зору
- Z-scores LAD або RCA  $\geq 2,5$
- АБО  $\geq 6$  або більше неселективних ехо-ознак:
  - зниження функції ЛШ
  - мітральна регургітація
  - перикардіальний випіт
- Z-score LAD або RCA в діапазоні 2,0–2,5

### Е. КРИТЕРІЇ ВИСОКОГО РИЗИКУ

- Вік  $\leq 6$  міс
- Z-score LAD або RCA  $\geq 2,5$  вже при первинній ЕхоКГ

Додаток 2  
до Стандарту медичної допомоги  
«Хвороба Кавасаки»  
(підпункт 2 пункту 3 розділу II)

**Оцінка пацієнта за підозри на неповну ХК**



**Примітки:**

<sup>1</sup>клінічними симптомами, що не характерні для ХК, є ексудативний кон'юнктивіт, ексудативний фарингіт, виразки на слизовій оболонці рота, бульозна чи везикулярна висипка, генералізована лімфаденопатія чи спленомегалія. За наявності цих симптомів слід розглядати альтернативні діагнози. Діти молодше 6 місяців можуть мати тривалу лихоманку без інших критеріїв ХК. Ці діти мають особливо високий ризик розвитку аномалій коронарних судин;

<sup>2</sup>результати ЕхоКГ розглядають як позитивні, якщо відзначається одна з 3 таких умов: Z-scores (стандартизована оцінка) становлять >2,5 для лівої передньої низхідної артерії чи правої КА; спостерігаються аневризми КА; або відзначаються >3 таких ознак: знижена функція лівого шлуночка, мітральна регургітація, перикардіальний випіт або Z-scores правої чи лівої передньої низхідної КА чи правої КА становлять 2-2,5;

<sup>3</sup>якщо результати ЕхоКГ «позитивні», треба проводити лікування до 10-го дня з моменту початку лихоманки або після 10 днів, якщо утримуються лихоманка й ознаки системного запалення (С-реактивний білок, швидкість осідання еритроцитів);

<sup>4</sup>типим є лущення шкіри, що починається нижче нігтьового ложа пальців кистей і стоп.

Додаток 3  
до Стандарту медичної допомоги  
«Хвороба Кавасаки»  
(підпункт 3 пункту 3 розділу II)

Стандарти ЕхоКГ візуалізації для пацієнтів з ХК

Підготовка пацієнта	Технічні аспекти оцінки коронарних артерій	Якісна оцінка	Кількісна оцінка
Обладнання 1. Використання датчика з максимальною частотою 2. Запис динамічного відео або цифрового кіноряду (digital cine)	Ліва головна коронарна артерія (LMCA): методи візуалізації 1. Коротка вісь на рівні аортального клапана (PSAX — <i>parasternal short axis</i> на рівні AoV) 2. Парастернальний довгий зріз лівого шлуночка з верхнім тангенціальним нахилом (PLAX — <i>parasternal long axis of the left ventricle</i> ) 3. Субкостальний довгий осьовий зріз шлуночків ( <i>subcostal ventricular long axis</i> )	Наявність аневризми або тромбозу КА	Ураження КА за Z-scores (нормалізовано до площі поверхні тіла – ППТ (BSA)) 1. Відсутність ураження: Z-scores <2 в усіх сегментах 2. Лише дилатація: Z-scores від 2 до <2,5 3. Мала аневризма: Z-scores ≥2,5 до <5 4. Середня аневризма: Z-scores ≥5 до <10 та абсолютний розмір <8 мм 5. Велика або гігантська аневризма: Z-scores ≥10 або абсолютний розмір ≥8 мм Доцільно частіше повторювати Ехо КГ у гострій фазі у пацієнтів з ураженням КА до моменту стабілізації їх розмірів або перед випискою — особливо у пацієнтів із факторами високого ризику (вік <6 місяців або базовий Z-scores ≥2,5).
Седацію слід розглядати у таких випадках: 1. Діти віком <3 років 2. Неконтактні або збуджені діти, які не співпрацюють під час обстеження	Передня низхідна гілка лівої коронарної артерії (LAD): 1. Коротка вісь на рівні аортального клапана (AoV) і лівого шлуночка (ЛШ); дистальна частина LAD проходить попереду клапана легеневої артерії (PV) 2. Парастернальний довгий зріз лівого шлуночка з верхнім тангенціальним нахилом (PLAX)	Порушення регіональної скоротливості міокарда	Функція шлуночків 1. Фракція викиду ЛШ або вимірювання в М-режимі (зниження систолічної функції ЛШ виявляється приблизно у 20% пацієнтів на момент звернення та асоціюється з ураженням КА [33]). 2. Кінцево-діастолічний об'єм або розміри ЛШ 3. Кінцево-систолічний об'єм або розміри ЛШ 4. Діастолічна функція ЛШ/ПШ 5. Деформація ЛШ
	Огинаюча гілка лівої КА: 1. Коротка вісь на рівні аортального клапана (PSAX) 2. Верхівковий чотирикамерний зріз (апікальний 4-камерний) — нижній ракурс у лівій атріовентрикулярній борозні		Наявність або ступінь атріовентрикулярної регургітації
	Права коронарна артерія (ПКА), проксимальний сегмент:		Наявність і розміри перикардіального випоту

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Коротка вісь на рівні аортального клапана (PSAX)</li> <li>2. Парастернальний довгий зріз лівого шлуночка з нижнім тангенціальним нахилом (PLAX)</li> <li>3. Субкостальний корональний зріз в ділянці вихідного тракту правого шлуночка (RVOT)</li> <li>4. Субкостальний короткоосьовий зріз на рівні атріовентрикулярної борозни (SAX)</li> </ol>		
	<p>ПКА, середній сегмент:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Парастернальний довгий зріз лівого шлуночка з нижнім тангенціальним нахилом (PLAX)</li> <li>2. Верхівковий чотирикамерний зріз (апікальний 4-камерний)</li> <li>3. Субкостальний довгий осьовий зріз лівого шлуночка</li> <li>4. Субкостальний короткоосьовий зріз на рівні атріовентрикулярної борозни (SAX)</li> </ol>		Розміри аортального кореня (у понад 10% пацієнтів із хворобою Кавасаки спостерігається Z-scores аортального кореня >2)
	<p>ПКА, дистальний сегмент:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхівковий чотирикамерний зріз (апікальний 4-камерний), нижній ракурс</li> <li>2. Субкостальний довгий осьовий зріз передсердь, нижній ракурс</li> </ol>		
	<p>Задня низхідна гілка коронарної артерії (posterior descending artery):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхівковий чотирикамерний зріз (апікальний 4-камерний), нижній ракурс</li> <li>2. Субкостальний довгий осьовий зріз передсердь, нижній ракурс</li> <li>3. Парастернальний довгий зріз із нижнім тангенціальним нахилом (PLAX)</li> <li>4. Зріз у площині задньої міжшлуночкової борозни</li> </ol>		

Додаток 4  
 Стандарту медичної допомоги  
 «Хвороба Кавасаки»  
 (підпункт 4 пункту 3 розділу II)

**Диференційна діагностика хвороби Кавасаки з іншими захворюваннями\***

	<b>Кір</b>	<b>Парвовірусна інфекція</b>	<b>Скарлатина</b>	<b>Інфекція, викликана <i>Arcanobacterium haemolyticum</i></b>	<b>Ієрсиніози</b>	<b>Інфекція, викликана <i>M. pneumoniae-associated mucositis (MPAM)</i></b>	<b>Ідіопатичний ювенільний артрит</b>
<b>Типовий вік</b>	Будь-який	7-10 років	> 7 років	10-30 років	Будь-який	Будь-який	< 16 років
<b>Гарячка</b>	Вище 38,3°C без відповіді на антибіотики	Нетривала, зазвичай субфебрильна	Так	Так	Так	Так	Так
<b>Катар верхніх дихальних шляхів</b>	Яскраво виражений, ексудативний	Можливий, слабо виражений	Фарингіт, типова гнійна ангіна	Фарингіт, типова гнійна ангіна	Можливий	Так (100%)	Не характерно
<b>Висипка</b>	Плямисто-папульозна, поява – на 5-й день захворювання, характерна етапність	Генералізована плямиста, з'являється на фоні зникнення гарячки, типово на обличчі Можливий “синдром рукавичок і носків”	Генералізована на плямиста дрібноточкова, з перших днів гарячки, обов'язково на обличчі	Плямиста, скарлатиноподібна висипка (75%) з перших днів гарячки	Скарлатиноподібна, папульозна, уртикарна, Геморагічна Типова гіперемія обличчя, шиї, кистей рук і стоп	Мінімальні шкірні прояви (31%)	Можлива, плямисто-папульозна, з будь-якою локалізацією

<b>Зміни слизової ротової порожнини</b>	Плями Копліка	Не типово	Фарингіт, малиновий язик	Фарингіт, малиновий язик	Малиновий язик	Яскрава гіперемія, болючість, потріскані губи, афти і виразки на внутрішній стороні щік, язичі, яснаї	Не характерно
<b>Фарингіт</b>	Не характерний	Не характерний	Характерний , від катаральног о до гнійної ангіни	Катаральний (97- 100%), гнійна ангіна (70%)	Характерний	Не характерний	Не характерний
<b>Кон'юнктивіт</b>	Двобічний, ексудативни й	Не типово	Не типово	Не типово	Можливий	Типовий (97%)	Не характерний
<b>Шийний лімфаденіт</b>	Не характерний	Не характерний	Двобічний	Двобічний, 41- 48%	Можливий, додатково – інші групи	Не характерний	Не характерний
<b>Зміни долоней і стоп</b>	Не типово	Не типово	Лущення на 2-3 тижні	Лущення на 2-3 тижні	Еритема, лущення на 2-3 тижні	Можливі	Не типово
<b>Ураження суглобів</b>	Не типово	Можливі артрити і артропатії після зникнення гарячки	Можливі як пізні ускладнення	Не типово	Можливе у 2-3%	Не типово	Характерно
<b>Діарея</b>	Можлива	Не типово	Не типово	Не типово	Характерна	Не типово	Не типово
<b>Зміни в лабораторних показниках</b>	Типові для вірусної інфекції	Типові для вірусної інфекції, можливі анемія, тромбоцитопенія	Лейкоцитоз із зсувом формули вліво ↑ ШОЕ, ↑ СРБ	Лейкоцитоз із зсувом формули вліво ↑ ШОЕ, ↑ СРБ	Лейкоцитоз із зсувом формули вліво ↑ ШОЕ, ↑ СРБ	Неспецифічні	Лейкоцитоз із зсувом формули вліво ↑ ШОЕ, ↑ СРБ

<b>Можливості лабораторної верифікації</b>	Вірусологічне та ПЛР дослідження в перші 7 днів хвороби, серологічне дослідження з 4 дні від появи висипки Уточнення вакцинального статусу	Вірусологічне, ПЛР, серологічне дослідження для уточнення етіології	Виділення збудника з ротоглотки - <i>S. pyogenes</i> , наростання титру АСЛО	Виділення збудника з ротоглотки	Серологічні дослідження (РА, РНГА, ІФА)	ПЛР та/або IgM до <i>M. pneumoniae</i>	
--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------	--

**Примітка:** \* за наявності критеріїв повної або неповної форми хвороби Кавасакі пріоритет слід надавати початку лікування, а не очікуванню результатів діагностики щодо інших захворювань.

### Диференційна діагностика MIS-с та ХК (найбільш відмінні ознаки між двома станами)

Критерій чи ознака	Хвороба Кавасакі	MIS-с (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children). Мультисистемний запальний синдром дитячого віку
<b>Етіологія</b>	Точна причина невідома. Ймовірно, імунна відповідь на інфекційний або інший тригер у генетично схильних дітей	Пост-інфекційний гіперзапальний стан, чітко асоційований з перенесеною інфекцією SARS-CoV-2 (розвивається через 2–6 (до 8) тижнів після COVID-19). Обов'язково має бути доведений зв'язок
<b>Вік</b>	Здебільшого діти до 5 р. життя. Середній вік: діти 2-3 роки, дуже рідко у старших 8 років. Найбільша захворюваність у дітей східно-азійського походження	Середній вік 7–9 років. Найбільша захворюваність серед дітей латино- та афроамериканців
<b>Гарячка</b>	≥4-5 днів, зазвичай >38–39°C, резистентна до жарознижувальних	≥38°C ≥24 год. Часто >39°C, нерідко з ознобами
<b>Кон'юнктивіт</b>	Без ексудату, двобічний. Класично спостерігається лімбальна світла зона (відсутність почервоніння навколо райдужки) – до 90% випадків	У близько 40% випадків. Залучаються лімбальні зони
<b>Зміни ротової порожнини</b>	Гіперемія слизової ротоглотки, сухі, червоні та потріскані губи, «полуничний» язик – дуже характерні ознаки	Менш поширені: ураження губ (20–30% випадків), «полуничний» язик – трапляється рідко (до 4–5%)
<b>Зміни на кінцівках</b>	Еритема та набряк долонь і стоп у гострому періоді; болючість кінцівок. В підгострій фазі– пластинчасте лущення шкіри на кінчиках пальців рук і ніг.	Доволі рідкісні: набряк або почервоніння кистей/стоп зустрічається нечасто при MIS-с. Лущення шкіри нехарактерне
<b>Лімфаденопатія</b>	Зазвичай одностороння –розмір л/в ≥1.5 см (спостерігається у близько 25–50% хворих ХК). Інші групи лімфовузлів не збільшені.	Шийна лімфаденопатія трапляється у 4-5% випадків
<b>Гастро-інтестинальні симптоми</b>	У близько 20% випадків (помірні абдомінальні болі, нудота, діарея, інколи зрідка клініка гострого живота)	Дуже часті (50-90% випадків): біль у животі (часто сильний), блювання, діарея
<b>Ураження серця</b>	Артеріальна гіпотензія/шок – дуже рідко (≈2–3% випадків, синдром коронарного шоку). Серцева недостатність – як правило, ні, хоча мінімальна дисфункція лівого шлуночка можлива. Міокардит можливий, але зазвичай легкий. Тропонін нормальний або	Гіпотензія майже у всіх при тяжкому перебігу. Шоковий стан розвивається часто – у більшості госпіталізованих MIS-С є ознаки перфузійної недостатності (кардіогенного або змішаного генезу).

	трохи підвищений, NT-proBNP часто <1000 пг/мл. Систолічна функція серця, як правило, збережена (ФВ ЛШ нормальна або трохи знижена)	Майже в усіх пацієнтів: відзначається міокардит/дисфункція ЛШ різного ступеня. Часто ФВ ЛШ <55%, можуть бути аритмії (екстрасистоля, блокади). Тропонін підвищений у більшості, NT-proBNP дуже високий (сотні-тисячі пг/мл), що відображає виражене ураження серця
<b>Коронарні артерії</b>	Без лікування близько 20-25% пацієнтів розвивають аневризми (іноді гігантські). Аневризми можуть персистувати, викликати ризик тромбозів, інфарктів міокарда в довгостроковому періоді	Дилатація або невеликі аневризми коронарних артерій (10-15% випадків). Як правило – транзиторні, зникають протягом 1–3 міс. Випадки гігантських аневризми - казуїстичні. Ризик інфаркту міокарда мінімальний
<b>Лабораторні маркери запалення</b>	Підвищені: СРБ зазвичай 30–100 мг/л. Маркети запального процесу виражені, але рідко досягають екстремальних значень	Різко підвищені: СРБ часто >100–200 мг/л. Високі рівні маркерів запалення часто більші, ніж при ХК
<b>Лейкоцити, диференціал</b>	Характерний лейкоцитоз з нейтрофілією. Лімфопенії зазвичай немає	Часто лейкопенія чи нормальні лейкоцити на фоні лімфопенії
<b>Тромбоцити</b>	Тромбоцитоз після 7–10 дня хвороби (>450×10 <sup>9</sup> /л). У гострий період можуть бути нормальні.	Тромбоцитопенія – поширена. Тромбоцитоз не характерний
<b>Коагулопатія (Д-димер)</b>	Зазвичай нормальний або помірно підвищений. Значення Д-димеру при ХК рідко перевищують 1000–2000 нг/мл.	Дуже високий D-димер – майже постійна ознака MIS-C (відображає гіперкоагуляцію). Часто >3000 нг/мл, інколи >5000–8000 нг/мл
<b>Феритин</b>	Помірне підвищення: зазвичай <300–500 нг/мл, значення >1000 нг/мл нехарактерні (якщо є – слід підозрювати синдром активації макрофагів)	Значне підвищення: часто 500–1000 і більше нг/мл, нерідко >2000 нг/мл при тяжкому перебігу. Гіперферитинемія відображає масивну активацію імунної системи
<b>Інші запальні медіатори</b>	Клінічно може розвинутися неповний MAS (синдром активації макрофагів) у <2% пацієнтів	Цитокиновий “шторм”. Часто є ознаки MAS-подібного гіперзапалення (дуже високі феритин, тригліцериди, цитопенії)
<b>ПЛР/серологія SARS-CoV-2</b>	Негативні результати (немає зв’язку з COVID-19). Наявність коронавірусної інфекції не типова; якщо у дитини з ознаками ХК позитивний тест на COVID-19, потрібно диференціювати з MIS-c	Позитивні в більшості випадків: ≥95% пацієнтів мають або позитивний ПЛР, або антиген, або наявні антитіла IgG до нуклеокапсидного (N) білка SARS-CoV-2, або відомий недавній контакт
<b>Лікування (перша лінія)</b>	ВВЛІГ 2 г/кг в/в	ВВЛІГ 2 г/кг + глюкокортикоїди

	(+ за наявності факторів ризику інтенсифікація терапії)	
<b>Лікування (резистентні випадки)</b>	При персистенції гарячки >36 год – повторна доза ВВЛПГ 2 г/кг або пульс-терапія метилпреднізолоном, або інфліксимаб 5 мг/кг в/в (див. алгоритм терапії ХК)	Якщо немає відповіді через 24–36 год: повторне введення ВВЛПГ не рекомендоване. Натомість підвищення дози ГКС або анакінра. Можливі тоцилізумаб чи інфліксимаб
<b>Прогноз, наслідки</b>	За своєчасного лікування – прогноз відмінний. Летальність <0,1%. Гарячка та гострі запальні прояви минають протягом 1–2 днів після ВВЛПГ. АКА формуються у 3–5% (при лікуванні); більшість з них регресують до 1–2 років, але можуть залишатися ураження (особливо гігантські). Потребує спостереження кардіологом (ризик тромбозів, ІХС). Діти без аневризм одужують повністю без довготривалих наслідків	Прогноз загалом сприятливий при належному лікуванні. Летальність ~1–2% (здебільшого від рефрактерного шоку або поліорганної недостатності). Серцева функція нормалізується у >80% випадків протягом 1–4 тижнів; в 10–20% можуть залишатися легкі залишкові зміни (помірна дисфункція ЛШ)

Додаток 5  
до Стандарту медичної допомоги  
«Хвороба Кавасакі»  
(підпункт 6 пункту 3 розділу II)

**Клінічні та лабораторні ознаки вторинного гемофагоцитарного лімфогістіоцитозу (HLH)**

	<b>Ознака</b>	<b>Порогове значення</b>
1.	Гарячка	$\geq 38,5^{\circ}\text{C}$
2.	Спленомегалія	$\geq 2$ см нижче реберного краю
3.	Цитопенія	$\geq 2$ з перелічених нижче ліній клітин
	Гемоглобін	$< 90$ г/л (у новонароджених $< 100$ г/л)
	Тромбоцити	$< 100 \times 10^9/\text{л}$
	Нейтрофіли	$< 10^9/\text{л}$
4.	Гіпофібриногенемія або гіпертригліцеридемія	Фібриноген $\leq 1,5$ г/л або тригліцериди $\geq 3,0$ ммоль/л
5.	Гіперферитинемія	$\geq 500$ мкг/л
6.	Гемофагоцитоз	Кістковий мозок, інші тканини
7.	Підвищений рівень розчинного CD25	$\geq 2400$ ОД/мл

**Примітка:** для встановлення діагнозу має бути підтверджено щонайменше п'ять з восьми критеріїв.

---

**ЕхоКГ на момент діагнозу чи пізніше під час перебігу ХК виявляє аневризму коронарних артерій**

Розглянути консультацію лікаря-кардіолога дитячого

**Мала аневризма**  
(Z-scores  $\geq 2,5$  до  $<5$ )  
(Рівень ризику 3)

**Середня аневризма**  
(Z-scores  $\geq 5$  до  $<10$ , та абсолютний  
розмір  $<8$  мм) (Рівень ризику 4)

**Велика та гігантська аневризма**  
(Z-scores  $\geq 10$ , або абсолютний  
розмір  $\geq 8$  мм) (Рівень ризику 5)

**Додаткова протизапальна терапія**

Повторювати ЕхоКГ що 2–3 дні доти, поки розміри коронарних артерій не нормалізуються.  
Розглянути ЕхоКГ із седациєю, якщо вік дитини — до 3-х років життя.

**Z-scores 2,5 до  $<5$**

**Z-scores  $\geq 5$  до  $<10$**

**Z-scores  $\geq 10$**

Монотерапія антитромбоцитарним  
препаратом:  
АСК у низькій дозі

Подвійна антитромбоцитарна терапія:  
АСК у низькій дозі  $\pm$  клопідогрель

Подвійна антитромбоцитарна терапія та  
антикоагуляція Розглянути застосування  
 $\beta$ -блокаторів для зниження потреби міокарда в кисні  
Розглянути трансфузію у разі анемії

**Якщо відсутня гарячка понад 36 годин і стабільні розміри КА за результатами 2 досліджень або є покращення стану аневризм КА**

**Виписка додому\***  
Спостереження  
лікаря-кардіолога  
(протягом 1 тижня)

**Додатково, у разі гігантських аневризм\***

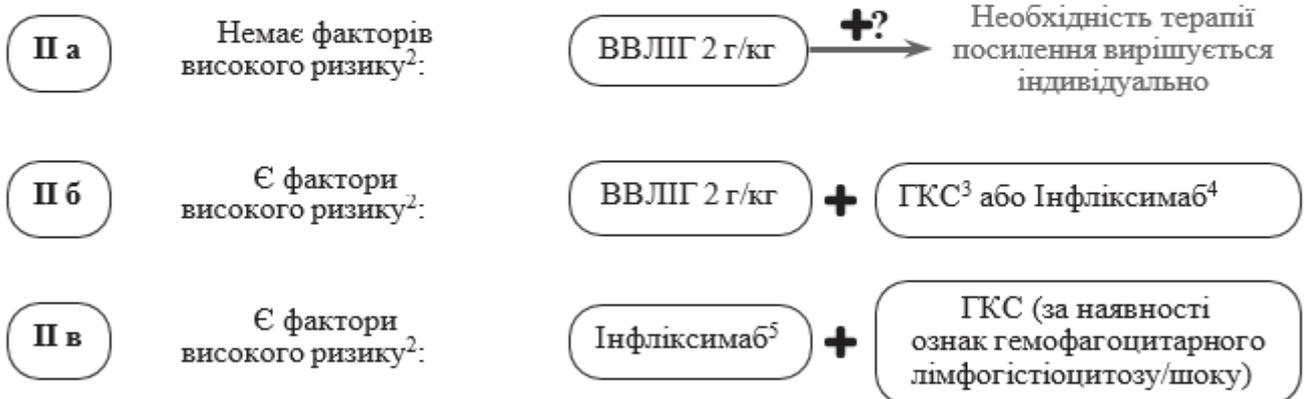
- ЕхоКГ щонайменше 1 раз/тиждень протягом перших 45 днів, якщо тільки розміри аневризми не зменшились до середнього або малого діапазону; далі — щомісяця до третього місяця від початку захворювання
- Провести навчання щодо симптомів інфаркту міокарда
- Навчання серцево-легеневій реанімації

## Лінії лікування ХК

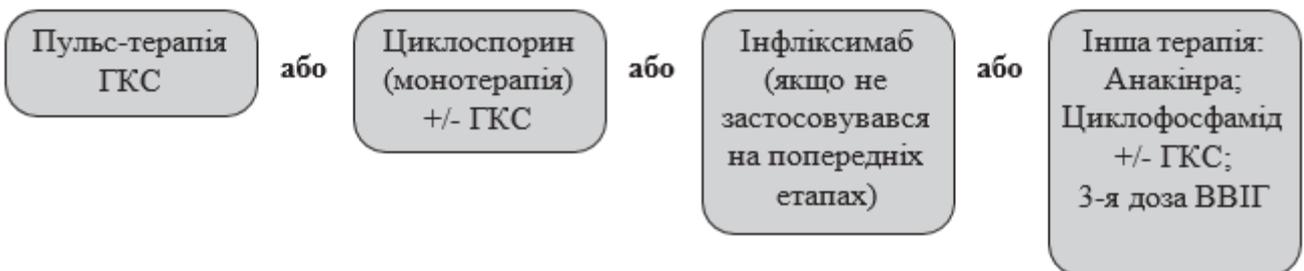
### I-а лінія



### II-а лінія



### III-а лінія – високорефрактерна ХК<sup>6</sup>



#### Примітки:

<sup>1</sup> АСК продовжується незалежно від лінії терапії ХК;

<sup>2</sup> фактори високого ризику: вік  $\leq 6$  міс, Z-scores  $\geq 2,5$ , СРБ  $\geq 130$  мг/л, азійське походження, шок тощо;

<sup>3</sup> розглянути пульс-терапію ГКС у випадку тяжкого перебігу ХК, за наявності ознак гемофагоцитарного лімфогістіоцитозу чи шоку;

<sup>4</sup> рекомендована доза інфліксимабу складає 5 мг/кг в/в (може бути збільшена до 10 мг/кг при тяжкому стані пацієнта, ознаках шоку чи гемофагоцитарного лімфогістіоцитозу). У разі необхідності застосування інфліксимабу на тлі

гіперрефрактерної ХК за його відсутності чи за наявності протипоказань розглянути етанерцепт як альтернативу (0,8 мг/кг п/ш 1р/тиждень, тривалість 2–3 уведення);  
<sup>5</sup> якщо ВВЛІГ протипоказані на 2-й лінії терапії;  
<sup>6</sup> рішення щодо лікування приймається мультидисциплінарним консилиумом індивідуально.

---

Додаток 8  
до Стандарту медичної допомоги  
«Хвороба Кавасаки»  
(пункт 1 розділу IV)

**Категорії ризику патологічних змін коронарних артерій під час спостереження**

<b>Класифікація</b>	<b>Опис</b>
1	Відсутність ураження на будь-якому етапі (Z-scores завжди <2)
2	Лише дилатація (Z-scores від 2 до <2,5)
3	Мала аневризма (Z-scores $\geq 2,5$ до <5)
3.1	Наявна на момент обстеження або персистує
3.2	Зменшилась до дилатації або нормального діаметра просвіту
4	Середня аневризма (Z-scores $\geq 5$ до <10 та абсолютний діаметр <8 мм)
4.1	Наявна на момент обстеження або персистує
4.2	Зменшилась до малої аневризми
4.3	Зменшилась до дилатації або нормального діаметра просвіту
5	Велика або гігантська аневризма (Z-scores $\geq 10$ або абсолютний діаметр $\geq 8$ мм)
5.1	Наявна на момент обстеження або персистує
5.2	Зменшилась до середньої аневризми
5.3	Зменшилась до малої аневризми
5.4	Зменшилась до дилатації або нормального діаметра просвіту

Додаток 9  
до Стандарту медичної допомоги  
«Хвороба Кавасакі»  
(підпункт 1 пункту 3 розділу IV)

**Довгострокове лікування, тромбопрофілактика та медикаментозна терапія хвороби Кавасакі**

Класифікація рівня ризику	Опис коронарних артерій	Частота спостережень після стабілізації КА у пацієнта або нормалізація розмірів при виписці: анамнез; фізикальне обстеження; ЕКГ; ЕхоКГ	Діагностика індукованої міокардіальної ішемії* (стресові тести)	Розширена коронарна візуалізація	Антитромбоцитарна терапія	Антикоагулянтна терапія	Консультації з питань фізичної активності
<b>1 (Z-scores завжди &lt;2)</b>	Відсутність ураження КА у будь-який момент	1–2 тижні (розгляньте можливість спостереження через 4–6 тижнів, якщо візуалізація КА неоптимальна або лабораторні маркери запалення є аномальними через 1–2 тижні); можливе припинення спостереження між 4 тижнями та 1 роком	Не показана	Не показана	Низька доза АСК впродовж 6 тижнів, потім припинити	Не показано	Консультації під час кожного візиту
<b>2 (Z-scores 2–2,5)</b>	Якщо спостерігається лише розширення – воно зникає протягом 6 тижнів - 1 року	1–2 тижні (розгляньте візит через 6 тижнів, якщо аномальні результати зберігаються через 1-2 тижні); 1 рік; можливе припинення спостереження через 1 рік, якщо симптоми зникають; проводьте огляди кожні 2–5 років, якщо захворювання зберігається	Не показана	Не показана	Низька доза АСК впродовж 6 тижнів; якщо КА залишаються в межах норми, через 6 тижнів, припинити	Не показано	Консультації під час кожного візиту
<b>3 (Z-scores 2,5–&lt;5)</b>	<b>3.1</b> Мала аневризма поточна або персистуюча	Якщо протягом 1 тижня спостерігається прогресуюче розширення, тоді рекомендується ретельне спостереження 1 раз на тиждень до стабілізації КА;	Обстеження кожні 3–5 років	Розгляньте коронарну КТА через 1 рік як базову; можна розглядати кожні 3–5 років	Низька доза АСК	Не показано	Консультації під час кожного візиту

		6 тижнів; 6 міс.; 12 міс.; щорічно					
	<b>3.2</b> Мала аневризма Регресувала до лише розширення або до норми	Впродовж 1 тижня; 6 тижнів; 1 року; 5 років, можлива припинення спостереження за умови, що стрес-тест та коронарна КТА в нормі	Обстеження кожні 5 років	Розгляньте коронарну КТА через 1 рік як базовий показник; можна розглядати, якщо є індукована ішемія	Прийом низької дози АСК Продовжують до нормалізації розмірів	Не показано	Консультації під час кожного візиту
<b>4†</b> (Z-scores 5-<10 або абсолютний розмір <8 мм)	<b>4.1:</b> Середня аневризма поточна або персистуюча	Впродовж 1 тижня (якщо прогресує розширення, тоді рекомендується ретельне спостереження 1 раз на тиждень до стабілізації КА); 6 тижнів; 3 міс.; 6 міс.; 12 міс.; щорічно	Обстеження кожні 2-5 років	Розгляньте коронарну КТА через 1 рік як базовий рівень; можна розглядати кожні 2-5 років	Низька доза АСК плюс клопидогрель	Не показано	Консультації під час кожного; розглянути обмеження активності; самообмеження
	<b>4.2:</b> Середня аневризма регресувала до малої аневризми	Впродовж 1 тижня; 6 тижнів; 6 міс.; 12 міс.; щорічно	Обстеження кожні 3-5 років	Розгляньте коронарну КТА через 1 рік як базовий рівень; можна розглянути кожні 3-5 років	Низька доза АСК	Не показано	Консультації під час кожного візиту
	<b>4.3:</b> Середня аневризма регресувала до норми або лише розширення	Впродовж 1 тижня; 6 тижнів; 6 місяців; 12 місяців; кожні 2 роки	Обстеження кожні 4-5 років	Коронарну КТА через 1 рік можна розглядати як вихідний показник, за наявності індукованої ішемії	Низька доза АСК	Не показано	Консультації під час кожного візиту
<b>5†</b> (Z-scores ≥10 або абсолютний розмір >8 мм)	<b>5.1:</b> Велика або гігантська аневризма поточна або персистуюча	Впродовж 1 тижня (якщо розширення прогресує, рекомендується ретельне спостереження 1 раз на тиждень до стабілізації КА); 6 тижнів; 3 міс.; 6 міс.; 9 міс.; 12 міс., потім кожні 6-12 міс.	Обстеження кожні 6-12 міс.	Розглянути можливість проведення початкової коронарної КТА протягом 2-6 міс.; можна розглянути кожні 1-5 років, або проведення інвазивної коронарної ангіографії	Низька доза АСК; подвійна анти тромб оцитарна терапія з клопидогрелем може бути розглянута	Варварин, НМГ або ПОАК	Консультування під час кожного візиту; обмеження активності; самообмеження
	<b>5.2:</b> Велика	Впродовж 1 тижня (якщо розширення	Обстеження	Розгляньте коронарну	Низька доза АСК;	Можна розглян	Консультування

	або гігантська аневризма Регресува ла до середньої аневризми	прогресує, то рекомендується ретельне спостереження 1 раз на тиждень до стабілізації КА); 6 тижнів; 3 міс.; 6 міс.; 9 міс.; 12 міс., потім кожні 6–12 міс.	кожні 2–5 років	КТА через 1 рік, як базову та повторюват и кожні 2–5 років	подвійна антитромб оцитарна терапія з клопідогр елем може бути розглянута	ути варіант застосув ання варфари ну, НМГ або ПОАК‡	під час кожного візиту; обмеженн я активності ; самообме ження
<b>5.3:</b>	Велика або гігантська аневризма регресува ла до малої аневризми	Впродовж 1 тижня (якщо розширення, прогресує то рекомендується ретельне спостереження 1 раз на тиждень до стабілізації КА); 6 тижнів; 3 міс.; 6 місяців; 9 міс.; 12 міс., потім щорічно	Обстеже ння кожні 3–5 років	Розгляньте коронарну КТА через 1 рік як базову та повторюват и кожні 3–5 років	Низька доза АСК; подвійна антитромб оцитарна терапія з клопідогр елем може бути розглянута	Не показан о	Консульта вання під час кожного візиту; обмеженн я активності ; самообме ження
<b>5.4:</b>	Велика або гігантська аневризма регресув ала до норми або лише дилатації	Впродовж 1 тижня (якщо дилатація, прогресує тоді рекомендується ретельне спостереження 1 раз на тиждень до стабілізації КА); 6 тижнів; 3 міс.; 6 міс.; 9 міс.; 12 міс., потім кожні 1–2 роки	Обстеже ння кожні 3–5 років	Розгляньте коронарну КТА через 1 рік як базовий показник, та повторюват и кожні 3–5 років	Низька доза АСК	Не показан о	Консульта вання під час кожного візиту; обмеженн я активності самообме ження