

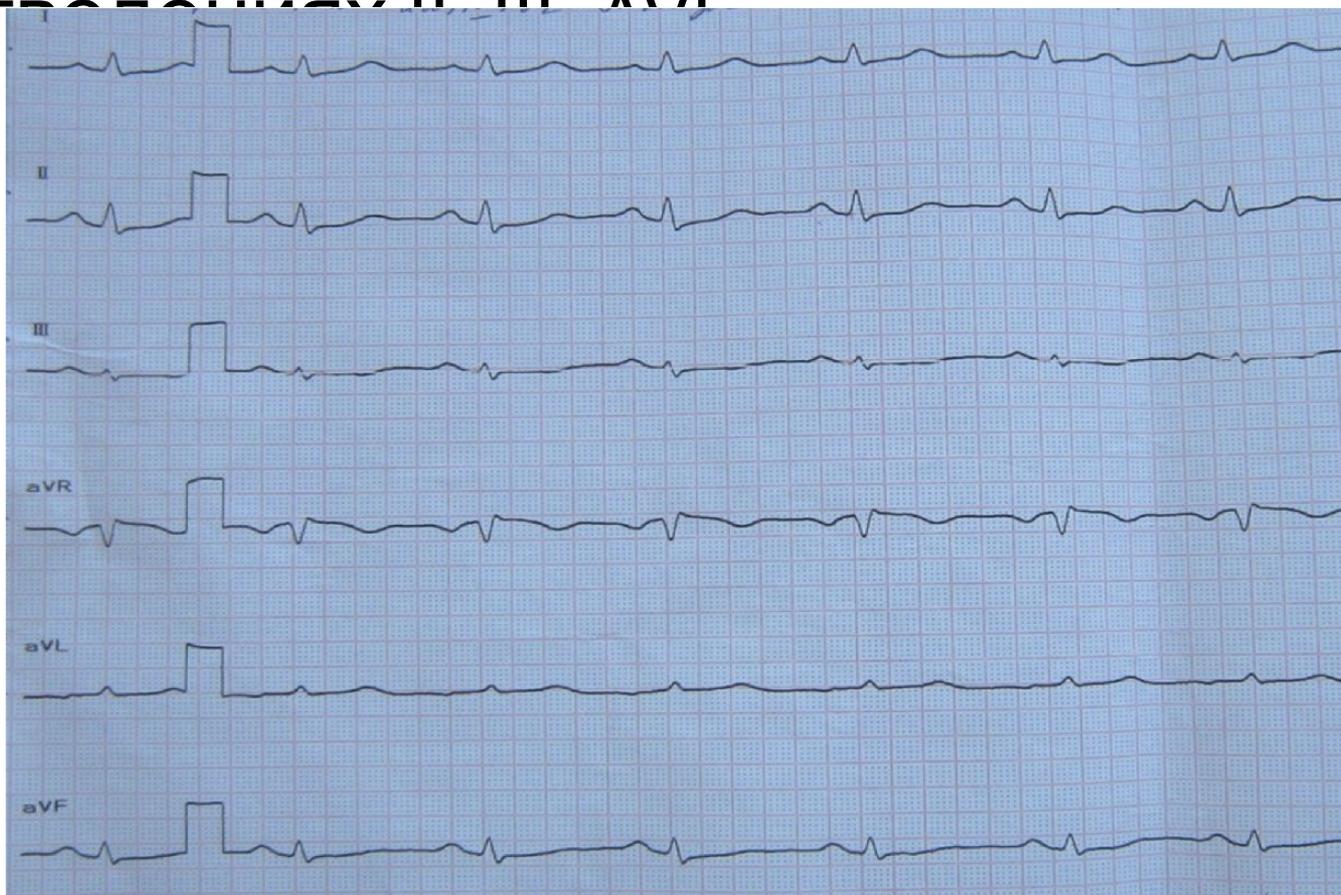
- Пациентка А., 39 лет, медицинский работник по образованию, заболела остро 28 октября: почувствовала общую слабость, озноб. Такое состояние сохранялось в течение четырех дней, но, несмотря на это, больная продолжала работать. 1 ноября самочувствие ухудшилось: усилилась слабость (больная не могла встать с постели), повысилась температура до $39,6^{\circ}\text{C}$, появилась боль в области сердца, не связанная с физической нагрузкой с иррадиацией под левую лопатку. В течение двух дней пациентка принимала только жаропонижающие препараты (парацетамол). 4 ноября к описанным выше симптомам присоединилась одышка, в связи с чем больная обратилась в поликлинику.
- **Какие диагностические мероприятия должен провести участковый ВОП?**

- В общем анализе крови обращало на себя внимание ускорение СОЭ до 36 мм/ч, лейкопения до $2,2 \times 10^9$ /л;
- БХАК: СРБ ++
- ЭКГ без изменений
- ЭхоКС, фракция выброса (ФВ) левого желудочка составляла 69%, размеры сердца были в пределах нормы, зон гипокинезии и повышения давления в легочной артерии не выявлено.
- На основании анамнеза, объективных данных и лабораторно-инструментальных методов исследования врачом поликлиники был выставлен диагноз «ОРВИ» и назначено лечение: цикло-ферон 1 табл. 2 раза в сут, магнерот 1 табл. 2 раза в сут, флемаксин 500 мг 3 раза в сут.

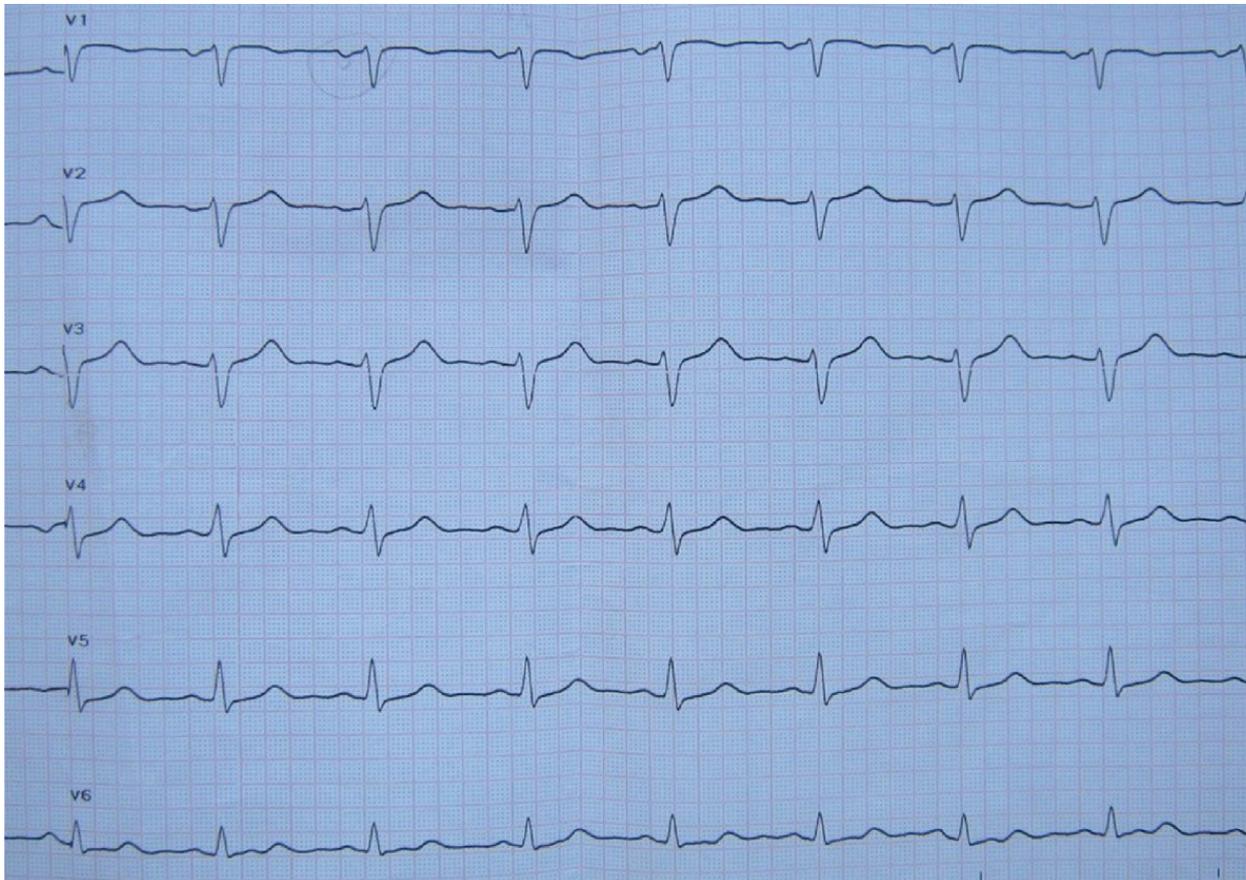
- На фоне проводимой терапии в течение 7 дней улучшения самочувствия не отмечалось. Состояние больной постепенно ухудшалось, нарастала одышка, общая слабость, учащенное ритмичное сердцебиение. Пациентка обратилась к кардиологу, который назначил ряд дополнительных методов исследования

- на электрокардиограмме зарегистрирована синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 110 уд/мин; при суточном мониторинге ЭКГ выявлены нарушения ритма в виде монотопных мономорфных желудочковых и редких наджелудочковых экстрасистол.
- Эхокардиоскопическое исследование указывало на снижение фракции выброса до 50% по сравнению с предыдущим.

- По ЭКГ на фоне синусовой тахикардии с ЧСС 101 уд/мин выявлены признаки перегрузки обоих предсердий в виде увеличения амплитуды зубца Р в отведениях II, III, aVF



- увеличение продолжительности зубца Р до 0,12 с, удлинение продолжительности левопредсердной (-) фазы зубца Р до 0,03 с в V1



- Анализируя развитие и течение заболевания пациентки А., выделите основные синдромы:
- • **болевым синдромом**, характеризующийся болью в области сердца, не связанной с физической нагрузкой, иррадиирующей под левую лопатку;
- • **воспалительный синдром** в виде лихорадки, ускорения СОЭ, наличия С-реактивного белка;
- • **синдром поражения миокарда**, проявляющийся тахикардией, нарушением ритма;
- • **синдром сердечной недостаточности**, проявлением которого являлась выраженная одышка, снижение фракции выброса левого желудочка.

- Из перечисленных синдромов можно выделить несколько больших клинико-диагностических критерия, таких как:
- ***Наличие же четкой связи начала заболевания с острой респираторной вирусной инфекцией***
- ***сердечная недостаточность***
- ***патологические изменения на ЭКГ***
- ***нарушение ритма сердца***

- Наличие же четкой связи начала заболевания с острой респираторной вирусной инфекцией и двумя критериями, согласно рекомендациям НУНА, позволяет выставить окончательный диагноз:
- Острый вирусный миокардит, осложненный нарушением ритма по типу желудочковых и наджелудочковых экстрасистол. СН I, ФК 3

- ***Миокардит*** – поражение сердечной мышцы воспалительного характера, проявляющееся нарушением ее сократимости, возбудимости и проводимости Согласно статистическим данным, более чем в 50% случаев миокардиты обусловлены вирусами. Особой кардиотропностью обладают энтеровирусы Коксаки А и В, ЕСНО, вирус краснухи, аденовирус, вирус простого герпеса, Эпштейна–Барр, цитомегаловирус, вирус гриппа и др.

- Клиническая картина миокардитов не имеет специфических симптомов.
- По преобладанию совокупности тех или иных симптомов можно выделить несколько основных синдромов:
- • **болевого синдром** (боль за грудиной ноющего, колющего, сжимающего характера, кратковременная или длительная, различной интенсивности, иногда с иррадиацией в левое плечо);
- • **воспалительный синдром** (повышение температуры тела, общая интоксикация в виде слабости, адинамии, тахикардии, потливости, артралгии, миалгии, астенизации);
- • **синдром поражения миокарда** (тахикардия, нарушения ритма, сердечная недостаточность, ослабление I тона, появление III, IV тонов сердца, увеличение размеров сердца, повышение активности ферментов АсАТ, ЛДГ, ЛДГ1, МВ КФК, тропонинов);
- • **синдром сердечной недостаточности** (выраженность клинических признаков зависит от объема поражения миокарда: левожелудочковая недостаточность – по типу одышки различной степени интенсивности, положение ортопноэ; правожелудочковая недостаточность – набухание шейных вен, отеки, гепатомегалия, признаки застоя в легких, систолический шум у основания мечевидного отростка)

Неревматический миокардит.

Критерий

- **«Большие» критерии**

- Хронологическая связь перенесенной инфекции (аллергической реакции токсического воздействия) с появлением следующих кардиальных симптомов:

- 1. Кардиомегалия.
- 2. Сердечная недостаточность.
- 3. Кардиогенный шок.
- 4. Синдром Морганьи–Адамса–Стокса.
- 5. Патологические изменения на ЭКГ, в том числе сердечные аритмии.
- 6. Повышение активности кардиоспецифических ферментов (МВ-КФК, тропонин Т)

- **«Малые» критерии**

- Лабораторное подтверждение перенесенной инфекции (высокие титры противовирусных антител).
- 2. Ослабление I тона.
- 3. Протодиастолический ритм галопа

«Диагноз миокардита ставится на основании наличия связи признаков перенесенной инфекции (аллергии, токсического воздействия и т.п.) с двумя «большими» критериями миокардита или с одним «большим» + двумя «малыми» критериями (Рекомендации НУНА)»

- «**Золотым стандартом**» диагностики является **эндомиокардиальная биопсия** (ЭМБ). ЭМБ в большинстве случаев позволяет установить не только наличие воспалительного процесса в миокарде, но и определить его стадию. Именно с помощью ЭМБ, подкрепленной серологическими, гистохимическими и молекулярно-биологическими методами исследования, можно подтвердить присутствие вирусов в миокарде или дифференцировать аутоиммунную стадию патологического процесса.
- Эндомиокардиальная биопсия проводится в среднем в пяти разных отделах левого желудочка. Основными гистоморфологическими признаками миокардита являются лимфоцитарные инфильтраты и некрозы. Однако, несмотря на высокую информативность, этот метод применяют ограниченно, в связи с технической сложностью выполнения, возможными осложнениями и высокой стоимостью.
- Особое значение в диагностике миокардита отводится выявлению вирусной РНК в крови пациента и в биоптатах миокарда с помощью реакций гибридизации *in situ* и полимеразной цепной реакции (ПЦР). Посев крови – выделение вируса в культуре клеток из различных биологических субстратов.
- В последние годы получили широкое применение и хорошо зарекомендовали себя метод **одnofотонной эмиссионной компьютерной томографии** и **SPECT-сцинтиграфия миокарда** с ^{99m}Tc -MIBI, который позволяет оценить тяжесть ишемии миокарда. Особую ценность данный метод представляет в выявлении участков миокарда, в которых проведение ЭМБ будет иметь наибольшую информативность (**до 90,5%**)

- **Профилактические мероприятия**

- **Первичная профилактика:**

- 1. Профилактика вирусных инфекций, инфекционных заболеваний (в т.ч. вакцинации), своевременная диагностика и адекватное лечение бактериальных заболеваний, системных диффузных заболеваний соединительной ткани и др.

- **Вторичная профилактика:**

- 1. Соблюдение рекомендаций по ограничению физической активности (постельный режим).
- 2. Санация очагов хронической инфекции.
- 3. Длительное (не менее 6 мес.) кардиопротективное лечение с обязательным назначением всем пациентам перенесшим миокардит ИАПФ или сартанов, бета-блокаторов и при сохранении симптомов ХСН выше ФКІ антагонистов альдостерона в дозе нейрогуморального модулятора (12.5-50 мг).
- 4. Физическая реабилитация после полного купирования симптомов воспаления в миокарде.

- **Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:**

- 1. Улучшение клинических показателей (самочувствие, объективные признаки – температура, ЧСС, ЧД, симптомы СН, нарушения ритма и др.).
- 2. Нормализация лабораторных показателей.
- 3. Нормализация или стабилизация ЭКГ изменений.
- 4. При рентгенографии: нормализация или уменьшение размеров сердца, отсутствие венозного застоя в легких.
- 5. ЭхоКГ – улучшение систолической, диастолической функции, нормализация или тенденция к улучшению структурных показателей, регургитаций, исчезновение тромбов при их наличии и др.
- 6. Отсутствие осложнений при интервенционных и хирургических методах лечения.