



Кафедра Детские болезни

Дифференциальная  
диагностика миокардита с  
ревматическими  
поражениями сердца.

Выполнил:  
Женис  
Жанибек

456-1

## Дифференциальный диагноз ревматического и неревматических кардитов (Н.А. Шостак, по данным литературы)

Признак	Ревматический кардит	Неревматический кардит
Пол	Ж>М	М>Ж
Возраст	Детский, подростковый (пик 12-15 лет), с возрастом риск ревмокардита уменьшается	Молодой, средний, с возрастом риск вирусного миокардита увеличивается
Этиология	БГСА	Кардиотропные вирусы (коксаки А, В, грипп А, В, аденовирусы), бактерии (дифтерия, менингококк и др.)
Хронологическая связь	Стрептококковый тонзиллофарингит	Чаще всего вирусной инфекцией

Первые признаки заболевания	Артралгии, артриты, лихорадка	Сердцебиение, одышка, уменьшение толерантности к нагрузкам
Боль в груди	Редко	Часто (из-за перикардита)
Внезапное появление симптомов ЗСН	Редко	Часто
Варианты поражения сердца	Всегда валвулит митрального или аортального клапана, реже - миокардит, перикардит	Миоперикардит
Внесердечные проявления	Артрит, хорея, ревматические узелки (ассоциируются с тяжелым кардитом), аннулярная эритема	Не встречаются

Физикальные данные

Тахикардия, в том числе во сне, появление нового или усугубление имеющегося шума в сердце, мезодиастолического шума над верхушкой (при митральном вальвулите), протодиастолического над аортой (при аортальном вальвулите), изменение характера тонов сердца, III тон на верхушке, шум трения перикарда (редко у взрослых, чаще - у детей, от 2 до 7%, соответственно)

Тахикардия, в том числе во сне, иногда брадикардия и снижение пульсового давления, лихорадка, снижение громкости I тона, появление III, IV тонов, при остром вирусном - шум трения перикарда\*, плевры, при диффузном, в т.ч. гигантоклеточном - острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок \* шум трения перикарда в отличие от шума трения плевры, прослушивается при задержке дыхания

ЭКГ

Синусовая тахикардия, удлинение PQ (I степени), редкие желудочковые экстрасистолы, изменения сегмента ST и зубца T

Синусовая тахи(бради)кардия, изменения ST-T, нарушения ритма (наджелудочковые тахикардии, желудочковые экстрасистолии) и проводимости (блокада II-III ст. может потребовать временной кардиостимуляции), полная блокада левой ножки пучка Гиса, нарушение процессов реполяризации

Рентгенография органов грудной клетки

Обычно изменения не характерны (при отсутствии РПС)

Увеличение размеров сердца, при выпотном перикардите силуэт сердца шарообразный. При диффузном миокардите - венозный застой и отек легких

При вальвулите митрального клапана: булавовидное краевое утолщение митральной створки; гипокинезия задней митральной створки; митральная регургитация; преходящий куполообразный диастолический изгиб передней митральной створки.

При вальвулите аортального клапана: краевое утолщение створок клапана; преходящий пролапс створок; аортальная регургитация

Признаки диастолической и систолической дисфункции, часто локальные дискинезии стенок сердца, имитирующие острый инфаркт миокарда вплоть до глобальной дискинезии. Может отмечаться увеличение толщины миокарда из-за его воспалительного отека (напоминает ГКМП). Пристеночные тромбозы (15-20%). Сепарация листков перикарда с небольшим или умеренным выпотом - характерный для миокардитов ЭхоКГ-признак. Наличие констриктивного или констриктивно-выпотного перикардита не ассоциируется с вирусным миокардитом (искл. - туберкулез, лучевой перикардит, злокачественные новообразования, уремия)

ЭхоКГ

Лейкоцитоз, повышение СОЭ, СРВ	+	+
Повышение или повышающиеся титры антител	К антигенам БГСА, в т.ч. АСЛ-О, АСГ и др.	К кардиотропным вирусам (коксаки А, В, аденовирусам, эховирусам и др.)
Бактериологическое исследование	«Золотой стандарт» диагностики: положительная глоточная культура БГСА	Не используется ввиду неинформативности
Повышение карди- оспецифических ферментов	Редко	6-50%

Сцинтиграфия миокарда

Чувствительный метод диагностики активного воспалительного процесса в миокарде, но практическое применение с дифференциально-диагностической целью ограничено ее невысокой специфичностью.

Эндомиокардиальная биопсия (ЭМБ) - 4-6 образцов с использованием Далласских критериев\*

По данным *Myocarditis Treatment trial*, результаты ЭМБ часто отрицательные, то объясняют: а) очаговым характером поражения миокарда, б) существованием исключительно гуморального или цитокин-опосредованного воспаления, не связанного с образованием массивного клеточного инфильтрата, в) преходящим характером и быстрым разрушением типичных гистологических изменений. В настоящее время показания к ЭМБ - подозрение на гигантоклеточный миокардит, когда требуется агрессивная терапия и ранняя трансплантация сердца.

Биопсия миокарда и гистологическое исследование может подтвердить диагноз миокардита, но никогда не позволяет его исключить

Исходы

РПС митрального и/или аортального клапанов

Правило «трех третей»: одна треть выздоравливает, у трети - развивается стабильная левожелудочковая дисфункция и еще у одной трети - состояние быстро ухудшается (переход в ДКМП)



- **Дифференциальный диагноз ревматического миокардита с миокардитами другого генеза**  
В реальной клинической практике этот диагноз не вызывает затруднений. Хорошо известно, что острая ревматическая лихорадка возникает в молодом возрасте (появление схожей клинической картины в возрасте старше 25 лет вызывает диагностические вопросы) и ее дебюту всегда предшествует инфекция, вызванная  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А. Второй отличительной чертой является обязательная полиорганность поражения: сердце – ревмокардит; суставы – ревматический артрит; кожа – кольцевидная эритема; и в раннем детском возрасте головной мозг – малая хорея. Третьей отличительной чертой является – проявление ревматического миокардита обязательно в рамках ревматического кардита, когда в процесс вовлекает эндокард, перикард и миокард. И, наконец, для ревмокардита характерно возвратное течение (рецидивы, повторные атаки). При лабораторном исследовании пациента удастся отметить повышение уровней антистрептолизина-О, антистрептокиназы, антистрептогиалуронидазы.

## **Типичные признаки синдрома неревматического миокардита:**

- наличие хронологической связи с острой носоглоточной (в основном вирусной) инфекцией;
- укорочение (менее 5-7 дней) или отсутствие латентного периода;
- в дебюте болезни проявляются симптомы астенизации, нарушения терморегуляции;
- - постепенное развитие заболевания;
- артрит и выраженные артралгии отсутствуют;
- кардиальные жалобы имеют активный и эмоционально окрашенный характер;
- - присутствуют четкие клинические, ЭКГ- и ЭхоКГ-симптомы миокардита;
- вальвулит отсутствует;
- - диссоциация клинических и лабораторных параметров;
- медленная динамика под влиянием противовоспалительной терапии.