

Подходы к дифференциальной диагностике и тактике ведения пациентов с острым миокардитом, протекающим под маской острого коронарного синдрома, на примере клинического случая

В.В.Фалеева, А.Д., Ибатов. ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) г. Москва, Россия.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ:

В связи с широкой распространенностью COVID-19, в последнее время резко увеличилось количество проанализированных случаев заболевания острым миокардитом после перенесенной вирусной инфекции. Главным явлением новейшего этапа изучения проблемы стал бесспорный рост числа новых случаев заболевания. Согласно данным национальной библиотеки Pubmed, в период с 2020 по 2023 годы опубликовано более 2000 статей на данную тему. Такое заболевание, как острый миокардит, требует особого внимания и тщательной дифференциальной диагностики в виду широкой вариативности его клинических проявлений.

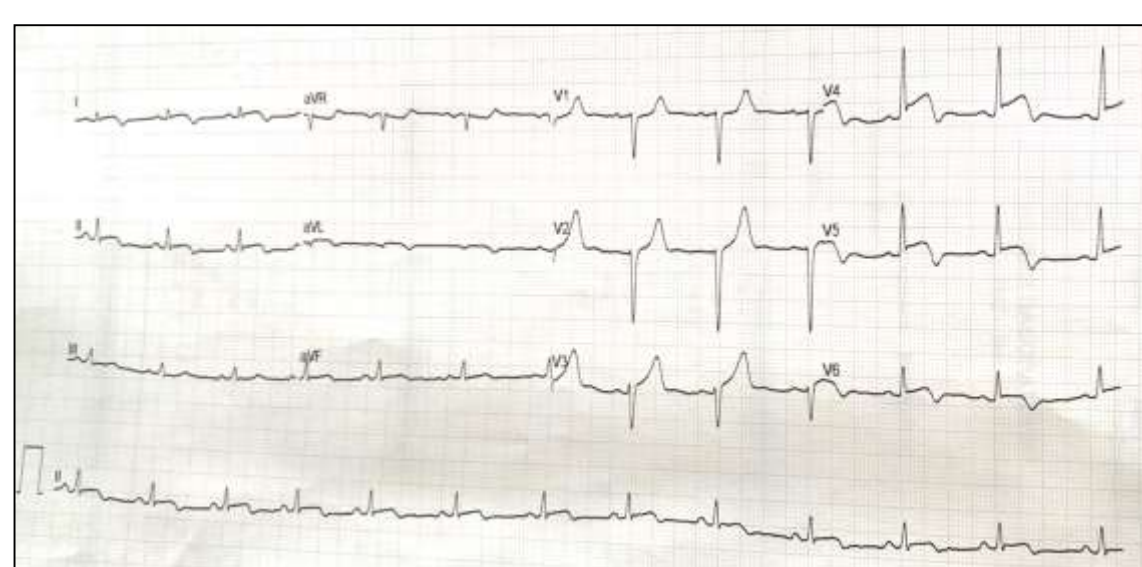
Мужчина, 19 лет, поступил в НМХЦ имени Н.И. Пирогова с диагнозом в направлении «острый миокардит».

Из анамнеза известно, что за неделю до госпитализации пациент отмечал двукратное повышение температуры тела максимально до 39,5°C, а также боли в горле. В связи с чем обратился в поликлинику, где был установлен диагноз «острый фарингит» и назначено лечение: *амоксиклав 500мг 3 раза в сутки в течение 7 дней*. В последующем пациент дважды отмечал разлитые боли в левой половине грудной клетки, ноющего характера, без иррадиации, преимущественно в ночное время, длительностью около 2-х часов, которые не менялись в зависимости от положения тела, а также не были спровоцированы физической нагрузкой.

Клинико - диагностические критерии острого диффузного миокардита (Рекомендации NYHA, 1988).

«Большие критерии»	«Малые критерии»
Имеется хронологическая связь с перенесенной инфекцией (аллергической реакцией, токсическим воздействием) с развитием следующих кардиальных симптомов:	1. Лабораторное подтверждение перенесенной инфекции (например, высокие титры противовирусных антител)
1. Кардиомегалия.	2. Ослабление I тона
2. Сердечная недостаточность	3. Протодиастолический ритм галопа
3. Кардиогенный шок	
4. Синдром Морганьи – Эдамса Стокса	
5. Патологические изменения ЭКГ, в том числе нарушения ритма и проводимости сердца	
6. Повышение активности кардиоспецифических ферментов (КФК, МВ-КФК, ЛДГ, ЛДГ1 и ЛДГ2) и содержания тропонина.	

1. ЭКГ ДИАГНОСТИКА:



2. Анализ на вчт. Тропонин I крови:
Результат: **58800,2 нг/мл.** (Референсные значения 0 – 34,2 нг/мл)
Исследование на КФК-МВ крови.
Результат: **166,3 нг/мл.** (Референсные значения 0 – 5,2 нг/мл).

3. ЭХО-КГ:

Лоцируется умеренное концентрическое утолщение миокарда левого желудочка. ФВ 68%. Нарушений глобальной и локальной сократимости не выявлено. Признаков ЛГ не выявлено. Жидкости в полости перикарда не выявлено.

4. КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ:

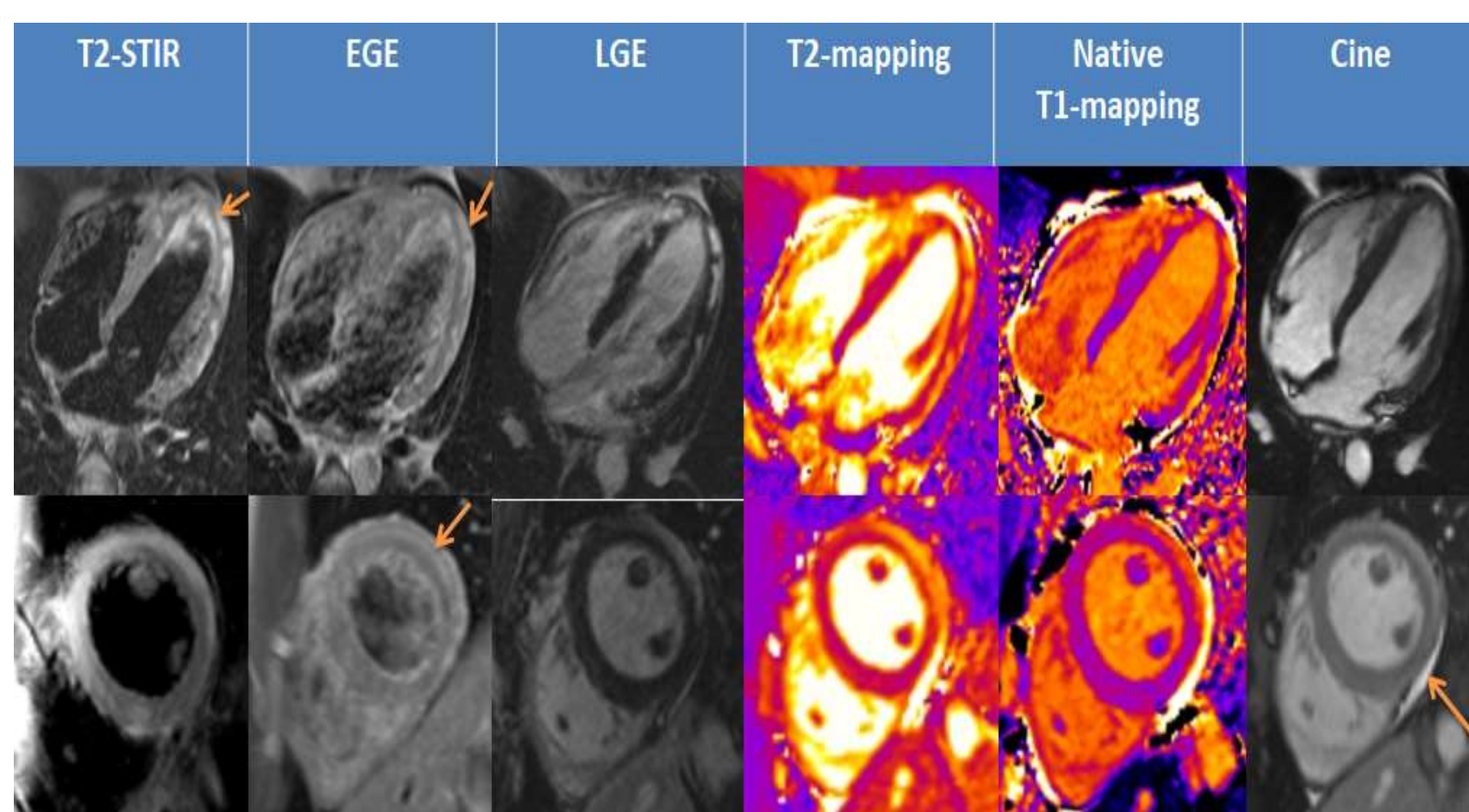


Заключение: коронарные артерии интактны.

5. МРТ СЕРДЦА С ГАДОЛИНИЕМ:

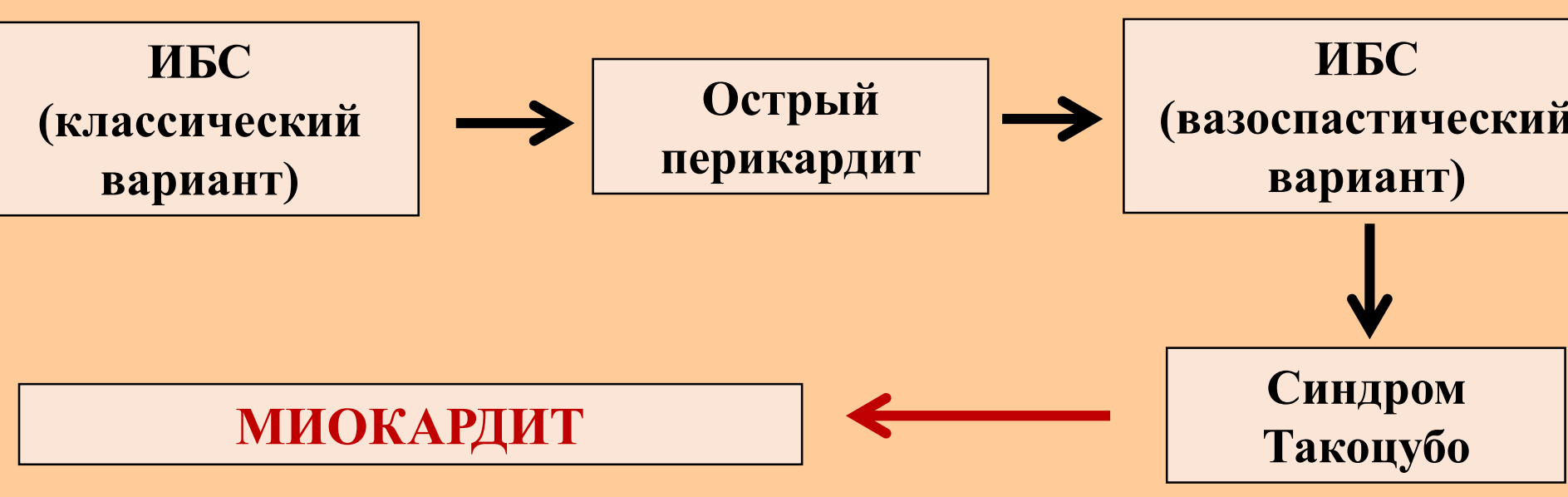
МР-картина острого миокардита: 3 Положительных критерия по Lake Louise*. Сократительная функция ПЖ и ЛЖ не снижена. Клапаны сердца не изменены. Тромботические массы в камерах сердца не выявлены.

Критерий №1: Локальное или диффузное усиление интенсивности T2-сигнала (отек);
Критерий №2: Увеличение отношения интенсивности раннего T1-сигнала от миокарда к сигналу от скелетных мышц (гиперемия);
Критерий №3: Визуализация как минимум одной зоны с повышенным накоплением гадолиния на отсроченных T1-взвешенных изображениях (некроз/фиброз).



!NB: Диагноз «острый миокардит» ставится на основании наличия хронологической связи перенесенной инфекции с двумя большими или одним большим и двумя малыми критериями.

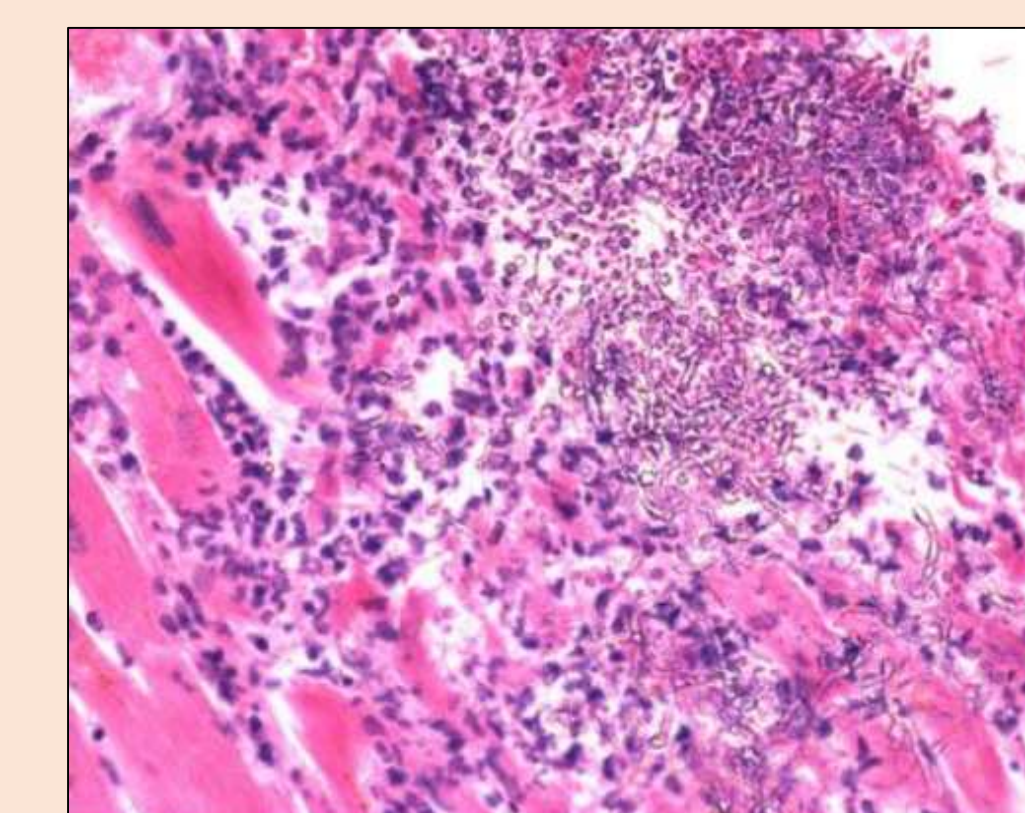
ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ



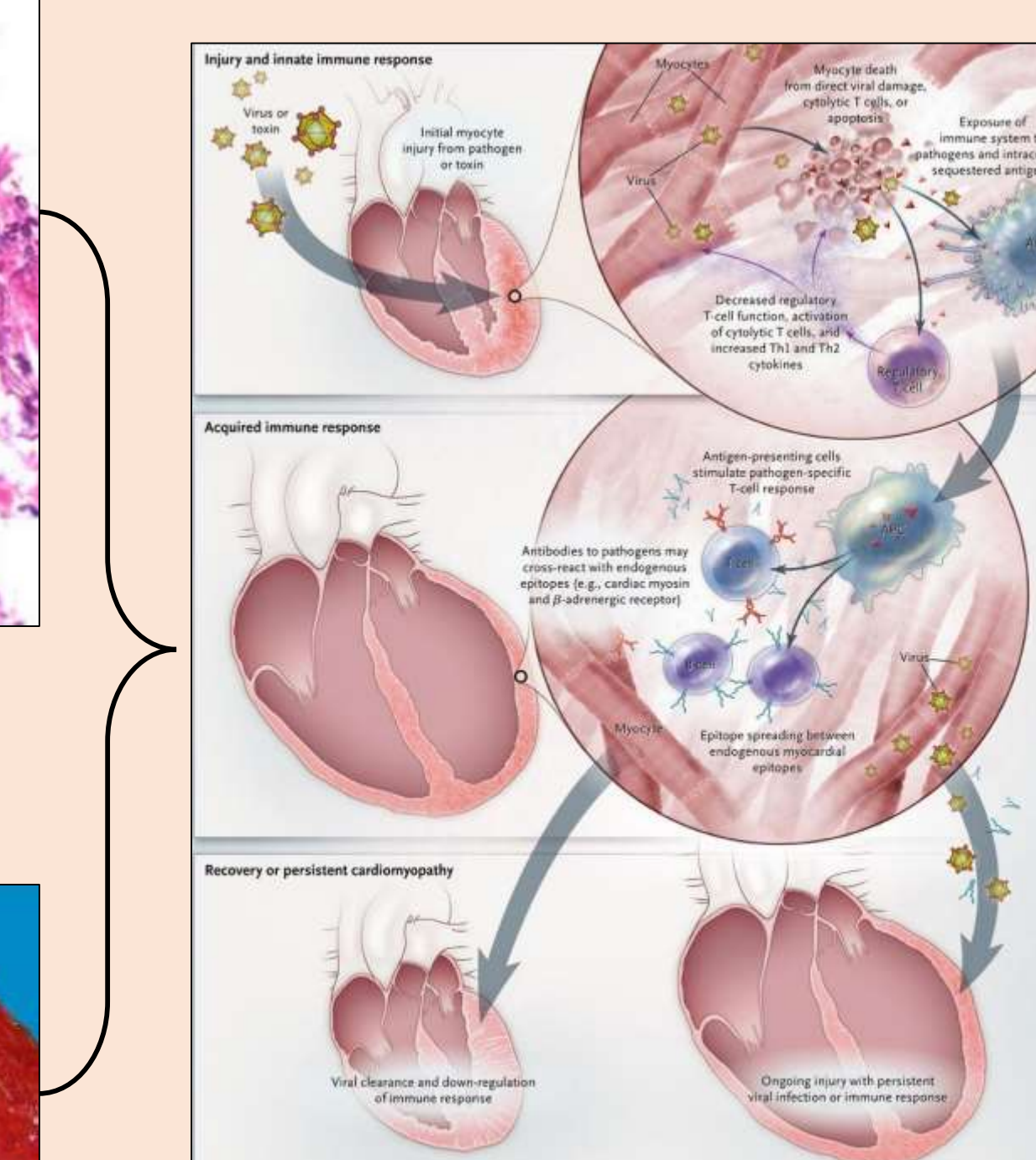
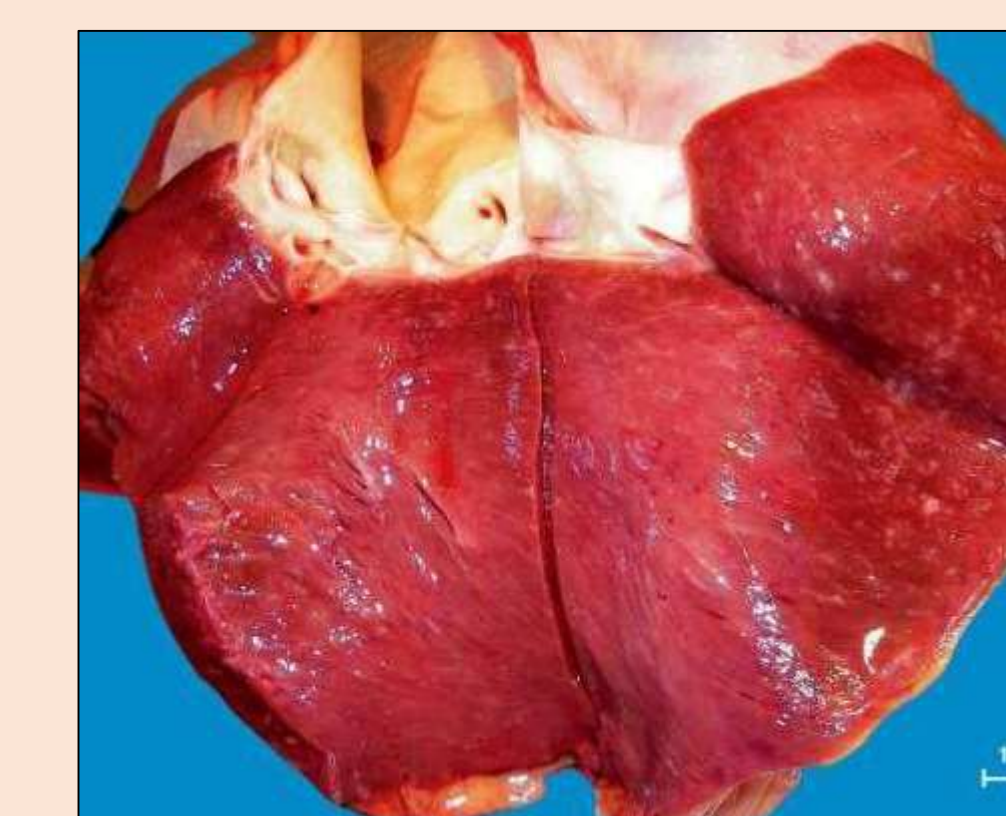
- Острый миокардит достоверно чаще наблюдается у пациентов молодого возраста. А в 8,6-12% случаев это является причиной внезапной сердечной смерти у лиц моложе 40 лет.
- По данным патологоанатомических вскрытий в Европе, воспаление миокарда определяется в 3-5% случаев, причем у лиц, умерших в возрасте до 35 лет внезапной сердечной смертью, миокардит при вскрытии выявляют примерно в 42% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Точная распространенность миокардита в настоящее время неизвестна**, ввиду значительной вариативности клинических проявлений, а также большого количества стертых форм, которые могут быть малозаметны на ранних этапах диагностики. Наряду с этим, частота спонтанного выздоровления, которая составляет в среднем около 57%, а также крайне редкое практическое применение «золотого стандарта» - эндомикардиальной биопсии (ЭМБ) - делает учет этого заболевания трудновыполнимой задачей в реальной клинической практике.
- Согласно клиническим рекомендациям РКО от 2020 года «Миокардит»: При диффузном, воспалительном поражении миокарда элевация сегмента ST в двух смежных отведениях регистрируется в 54% случаев; отрицательный зубец T, как и патологический зубец Q – равнозначно в 27% случаев. Вероятно, такие изменения на ЭКГ являются показателем массивности воспалительного поражения миокарда, по которым в дальнейшем возможно определить прогностический потенциал пациента.
- Несмотря на низкую предстесовую вероятность ишемических событий у данного пациента, после выполнения стандартных исследований, первым этапом была выполнена инвазивная диагностика в объеме коронароангиографии, с целью исключения острого поражения коронарных артерий. С целью окончательной верификации миокардита выполнена МРТ сердца с гадолинием, как наиболее точный, неинвазивный метод диагностики данной патологии в настоящее время.
- «Острый миокардит» является диагнозом исключения. Верификация данного заболевания требует последовательного проведения всех этапов обследования, согласно клиническим рекомендациям, с целью исключения других очевидных и наиболее распространенных причин поражения миокарда.
- «Золотым стандартом» диагностики миокардита является ЭМБ. Однако в реальной практике её выполнение является трудновыполнимой задачей, ввиду высокого риска возникновения осложнений. В связи с этим, рекомендовано проведение МРТ сердца с гадолиний содержащим препаратом, как наилучшего метода визуализации изменений миокарда воспалительного генеза.
- Анализ результатов посмертных исследований в Европе позволил выявить значимую клиническую проблему – прижизненную гиподиагностику миокардитов, которая во многом объясняется многогранностью клинического дебюта и последующих проявлений миокардитов.



Вирусный миокардит (микрореферат).
• Воспалительная инфильтрация миокарда (>14 клеток воспаления на 1 мм²)
• Некроз кардиомиоцитов



Межуточный (интерстициальный продуктивный) миокардит. Макрореферат.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ
ОТСУТСТВУЕТ.