

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МИОКАРДИТА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

В.А. Сергеева, А.С. Шмойлова

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России;
Россия, 410012 Саратов, ул. Большая Казачья, 112

Контакты: Виктория Алексеевна Сергеева viktoria sergeeva@mail.ru

Цель исследования — оценка клинических проявлений инфекционного миокардита у мужчин и женщин в сравнительном аспекте в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с инфекционным миокардитом, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении № 1 ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова с 2011 по 2015 г. включительно. В исследование вошли данные 61 пациента (37 госпитализированы в динамике, 24 — однократно), мужчин — 59 %, женщин — 41 %. Средний возраст мужчин составил $40,03 \pm 2,40$ года, женщин — $46,00 \pm 2,23$ года. У всех пациентов диагноз был установлен согласно клиническим диагностическим критериям острого диффузного миокардита (Клинические рекомендации НУНА, 1988) и был трактован как миокардит инфекционного генеза. Сопоставлялись клинические проявления миокардита у мужчин и женщин.

Результаты. У мужчин со среднетяжелым миокардитом преобладали жалобы на перебои в работе сердца (75 %), у женщин со сходной степенью тяжести заболевания эта жалоба также являлась основной (71 %), у женщин статистически значимо чаще отмечалась гипертермия в этой подгруппе по сравнению с мужчинами (57 % у женщин и 25 % у мужчин ($p < 0,05$)). В подгруппе с тяжелым миокардитом у обоих полов одинаково часто среди основных жалоб встречались перебои в работе сердца, у мужчин по сравнению с женщинами чаще выявлялась одышка (92 % против 72 % ($p < 0,05$)). В структуре нарушений сердечного ритма и проводимости установлено, что у женщин статистически значимо чаще встречались различные варианты экстрасистол (64 % против 39 % ($p < 0,05$)), у мужчин несколько чаще — фибрилляция предсердий (36 % против 28 % ($p > 0,05$)). У женщин по сравнению с мужчинами чаще зарегистрированы тяжелые нарушения проводимости.

Заключение. При сравнении клинических проявлений инфекционного миокардита у мужчин и женщин выявлены некоторые интересные особенности. Одышка при тяжелом миокардите у мужчин регистрируется чаще, чем у женщин, что, вероятно, связано с более высокой частотой курения среди мужчин, а также наличием пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в нашем исследовании. При среднетяжелом течении заболевания у женщин преобладала гипертермия по сравнению с мужчинами. Нарушения сердечного ритма при миокардите встречаются одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, экстрасистолия наиболее часто регистрировалась у женщин, фибрилляция предсердий в нашем исследовании превалировала у мужчин. Нарушения проводимости тяжелее и чаще встречались у женщин.

Ключевые слова: миокардит, клинические проявления миокардита, инфекционный миокардит, кардиомегалия, острая респираторная вирусная инфекция, одышка, отек, аритмия, боли в области сердца, повышение температуры тела

DOI: 10.17650/1818-8338-2016-10-4-45-49

CLINICAL MANIFESTATIONS OF INFECTIOUS MYOCARDITIS IN MEN AND WOMEN

V.A. Sergeeva, A.S. Shmoylova

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Ministry of Health of Russia;
112 Bol'shaya Kazach'ya St., Saratov 410012, Russia

The study objective to estimate the clinical manifestations of infectious myocarditis in men compared to women in real clinical practice.

Materials and methods. A retrospective analysis of medical records from 2011 to 2015 of patients with infectious myocarditis that were hospitalized in the cardiology department No. 1 "Regional Clinical Hospital". We compared the clinical manifestations of myocarditis in men and women. Statistical data processing was carried out with StatPlus 2009 Professional package.

Results. In group of men with moderate myocarditis heart disruptions was a dominated complaint (75 %) in group of women with a similar degree of severity of the disease this complaint was also a major (71 %). However women were significantly more marked hyperthermia in this subgroup compared with men (57 % in females and 25 % males ($p < 0.05$)). In the subgroup with severe myocarditis in both sexes equally the most common complaint was disruptions in heart; the dyspnea was significantly more often and harder identified among men compared with women (92 % vs 72 % ($p < 0.05$)). In the structure of cardiac arrhythmias and heart blocks different variants of extrasystoles were significantly more often in women (64 % vs 39 % ($p < 0.05$)), the atrial fibrillation was more typical for men (36 % vs 28 % ($p > 0.05$)). The conduction abnormalities were registered in group of women.

Conclusions. The clinical manifestations of infectious myocarditis in men and women revealed some interesting features. Dyspnea with severe myocarditis in men is registered more often than in women, probably due to the higher rate of smoking among men, as well as the presence of chronic obstructive pulmonary disease patients in our study. At moderate myocarditis in women hyperthermia dominated compared with men. Cardiac arrhythmias in myocarditis occur with equal frequency in both men and women, the most common extrasystoles recorded in group of women, atrial fibrillation in our study was prevalent in men. Conduction abnormalities were harder and more common in women.

Key words: myocarditis, myocarditis clinical manifestations, viral myocarditis, cardiomegaly, acute respiratory viral infection, shortness of breath, edema, arrhythmia, chest pain, fever

Введение

В 2016 г. исполняется 210 лет со дня опубликования J.N. Corvisar труда о воспалении сердечной мышцы, но, несмотря на такую длительную историю, миокардит остается одним из трудных диагнозов в современной кардиологии. Действующие в настоящее время различные рекомендации и согласительные документы указывают на ведущую роль визуализирующих методов (магнитно-резонансная томография (МРТ), сцинтиграфия) исследования миокарда и эндомикардиальной биопсии в окончательной верификации диагноза миокардита [1–3]. Эндомикардиальная биопсия считается «золотым стандартом» в диагностике миокардита [3]. Являясь достаточно трудным в техническом плане исследованием, она не лишена недостатков. Во-первых, по данным ряда ученых, она позволяет верифицировать миокардит только в 10–20 % случаев [4]. Во-вторых, сопровождается хоть и небольшим, но установленным в диапазоне от 0,06 до 6,00 % количеством осложнений [5–7], в том числе с возможным летальным исходом (тампонада сердца и перфорация – до 0,5 %). Кроме того, не все клиники имеют возможность проведения подобных исследований, а между тем диагноз миокардита не является казуистически редким. В отделении кардиологии № 1 ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова (ГУЗ ОКБ) диагноз заболевания устанавливается по клиническим диагностическим критериям острого диффузного миокардита (Клинические рекомендации НУНА, 1988) [8]. Наряду с исследованием острофазовых показателей сыворотки крови, включая маркеры повреждения миокарда, электрокардиографию (ЭКГ) и эхокардиографию (ЭхоКГ), доминирующая роль отводится клиническим проявлениям заболевания.

Целью нашей работы стала оценка клинических проявлений инфекционного миокардита у мужчин и женщин в сравнительном аспекте в реальной клинической практике.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование, в ходе которого за 5-летний период (с 2011 по 2015 г. включительно) были проанализированы 113 историй болезни пациентов кардиологического отделения ГУЗ ОКБ с инфекционным миокардитом, из которых в поле зрения нашего исследования попал 61 пациент (37 госпи-

тализированы в динамике, 24 – однократно). У всех больных диагноз был установлен согласно клиническим диагностическим критериям острого диффузного миокардита (Клинические рекомендации НУНА, 1988) и был трактован как миокардит инфекционного генеза. При сборе анамнеза и по данным инструментального обследования были исключены пациенты с ревматическим, токсическим, аллергическим, лучевым миокардитом, а также с ишемической болезнью сердца. Разделение пациентов по степени тяжести миокардита опиралось на 2 основных критериях: изменении размера сердца и степени выраженности сердечной недостаточности. К легкой форме относили больных без кардиомегалии, застойной сердечной недостаточности и нарушений проводимости. При наличии кардиомегалии, признаков недостаточности кровообращения по 1 из кругов, легких форм нарушения ритма и проводимости пациентов относили к категории со среднетяжелым течением заболевания. Тяжелая форма миокардита сопровождалась кардиомегалией с застойной сердечной недостаточностью, нарушениями ритма (желудочковыми) и проводимости, в том числе приступами Морганьи–Адамса–Стокса [9].

Проведенное исследование было одобрено этическим комитетом Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского.

Статистический анализ проводили с помощью пакета StatPlus 2009 Professional с возможностью параметрического и непараметрического анализов. Данные представлены как $M \pm m$. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

В исследование были включены 59 % мужчин (средний возраст $40,03 \pm 2,40$ года) и 41 % женщин ($46,00 \pm 2,23$ года). В обеих группах преобладали пациенты из сельской местности (50 % и 64 % соответственно). Курили 88 % пациентов мужского пола, среди женщин курящих не было. Легкие формы заболевания зарегистрированы у 19 % мужчин, среднетяжелые – у 12 %, однако преобладали тяжелые формы – у 69 %; 28 % женщин имели среднетяжелую форму, 72 % – тяжелую.

При оценке симптомов заболевания в зависимости от степени тяжести получены следующие данные. У значительного числа мужчин (43 %) в подгруппе

с легким течением миокардита клинические проявления отсутствовали, это были пациенты призывного возраста, диагноз которым был установлен по данным ЭхоКГ (диффузная гипокинезия миокарда без тяжелых нарушений сократительной функции) на фоне перенесенного инфекционного заболевания (у 71 % – обострение хронического тонзиллита, у 14 % – обострение хронического гайморита, в остальных случаях – острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). Проводился осмотр пациентов оториноларингологом, устанавливался официальный диагноз. У 57 % больных отмечались кардиалгии, у 14 % регистрировались перебои в работе сердца, еще у 14 % – повышение температуры тела.

Среди мужчин со среднетяжелым и тяжелым миокардитом в 48 % случаев зарегистрировано экзогенно-конституциональное ожирение, в 21 % – хронические формы тонзиллита и фарингита, в 14 % – хронические гепатиты различной этиологии, в 12 % – хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), в 3 % – сахарный диабет и еще в 3 % – синдром зависимости от употребления алкоголя. В данной подгруппе у мужчин преобладали симптомы, связанные с нарушением сердечного ритма (75 % случаев), по 25 % составили такие проявления заболевания, как кардиалгия, одышка, повышение температуры тела.

В подгруппе с тяжелым миокардитом перебои в работе сердца были отмечены у 76 % пациентов. Одышка в данной подгруппе встречалась в 92 % случаев, в том числе клиника сердечной астмы – у 24 % больных. Боли в области сердца отмечали 24 % паци-

ентов. Отечный синдром, включая полостные отеки, был выявлен у 28 % больных этой подгруппы. Также у 28 % отмечалось повышение температуры тела (рис. 1).

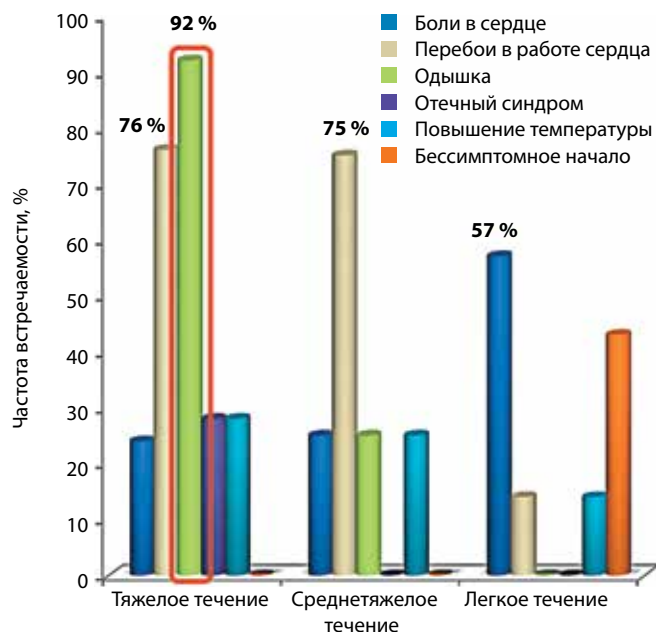
Среди женщин, попавших в рамки нашего исследования, 64 % имели избыток массы тела, у 12 % был выявлен сопутствующий сахарный диабет 2-го типа.

У женщин в подгруппе миокардита средней степени тяжести преобладали перебои в работе сердца (71 %). Одышка и боли в области сердца зарегистрированы у 43 % больных, подъемы температуры тела до фебрильных значений – у 57 %, кардиалгии – у 43 %, отеки – у 14 %.

В подгруппе тяжелого миокардита 83 % женщин отмечали перебои в работе сердца. Одышка при минимальной физической активности и в покое выявлена у 72 %, сердечная астма – у 22 % пациенток. Отечный синдром был выражен у 33 % больных этой подгруппы. Боли в области сердца отмечали 39 % пациенток. Только в 11 % случаев миокардит сопровождался повышением температуры тела (рис. 2).

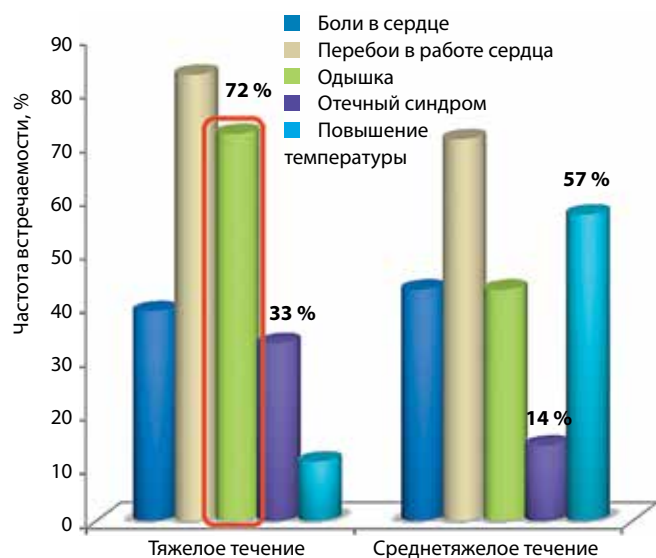
При сопоставлении полученных данных у мужчин и женщин установлены статистически значимые различия по такому симптому, как повышение температуры тела у женщин со среднетяжелым миокардитом (57 %) по сравнению с мужчинами (25 %) ($p < 0,05$). В группе тяжелого течения миокардита одышка статистически значимо чаще встречалась у мужчин (92 %) по сравнению с женщинами (72 %) ($p < 0,05$).

Развитию миокардита у мужчин в 42 % случаев предшествовала клиника ОРВИ, у 8 % первоначально развивалась пневмония. У 39 % миокардит начинался непосредственно с кардиальных симптомов (боли в области сердца, проявления недостаточности кровообращения,



*Статистически значимое различие по сравнению с соответствующей группой у женщин ($p < 0,05$).

Рис. 1. Распределение симптомов у пациентов мужского пола в зависимости от степени тяжести миокардита



*Статистически значимое различие по сравнению с соответствующей группой у мужчин ($p < 0,05$).

Рис. 2. Распределение симптомов у пациенток в зависимости от степени тяжести миокардита

перебои в работе сердца), у 11 % больных от общего числа пациентов мужского пола выявлено бессимптомное начало миокардита (рис. 3).

У женщин кардиальные симптомы в начале заболевания зарегистрированы в 44 % случаев, проявления ОРВИ — в 40 %, по 8 % больных в дебюте миокардита имели пневмонию и тонзиллит (рис. 4).

Жалобы на перебои в работе сердца были одними из самых частых в обеих группах пациентов и сопровождали нарушения как ритма сердца, так и проводимости. По данным расшифровки ЭКГ у мужчин, экстрасистолия (наджелудочковая и желудочковая) в целом была выявлена в 39 % случаев, фибрилляция и трепетание предсердий — в 36 %. А вот тяжелых нарушений проводимости у мужчин зарегистрировано не было (20 % имели нарушения внутрижелудочковой проводимости и неполную блокаду левой ножки пучка Гиса). Различные формы экстрасистолий встречались у 64 % женщин, фибрилляция предсердий — у 28 %, кроме того, у 24 % больных выявлены значимые нарушения проводимости (атриовентрикулярные блокады различных степеней, в том числе с синдромом Морганьи—Адамса—Стокса) (рис. 5). Экстренная ре-

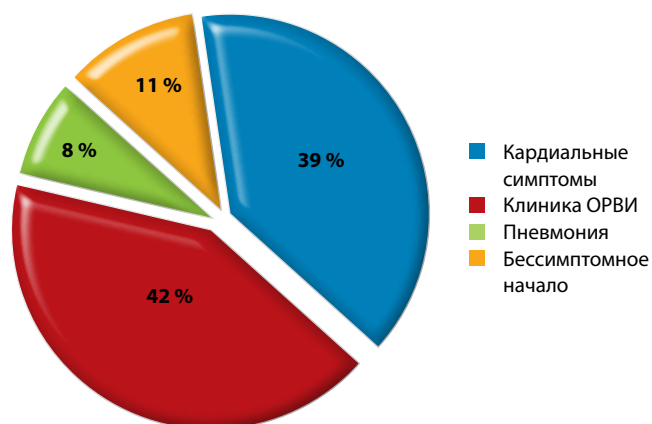


Рис. 3. Манифестные проявления миокардита у мужчин

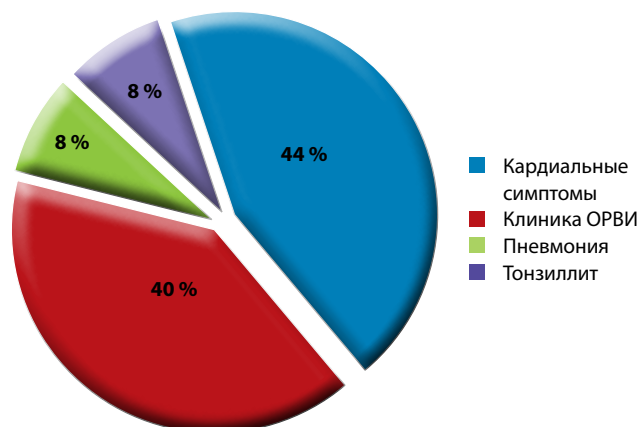
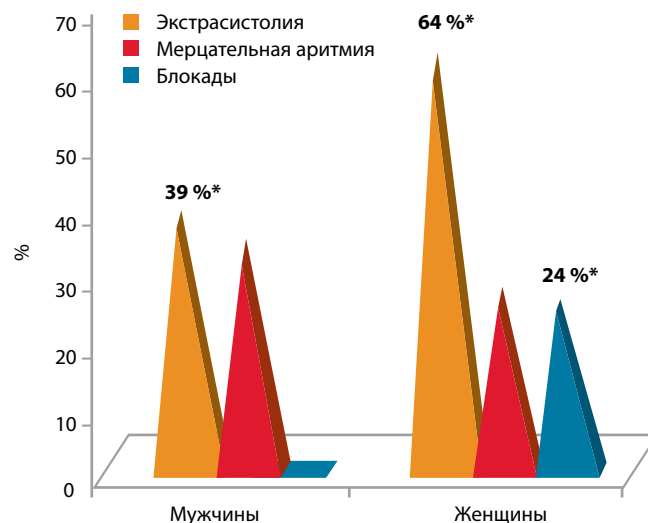


Рис. 4. Манифестные проявления миокардита у женщин



*Статистически значимое различие между группами сравнения ($p < 0,05$).

Рис. 5. Нарушения сердечного ритма и проводимости у пациентов обоих полов

нимационная помощь по восстановлению ритма потребовалась 4 пациентам.

Обсуждение

В задачи исследования не входила оценка проводимой терапии миокардитов и ее эффективности. Интерес был сосредоточен на клинических проявлениях заболевания. По данным литературы, среди пациентов с миокардитом преобладают мужчины, что связано с гендерными особенностями иммунологического ответа [10]. В нашем исследовании мужчин оказалось также больше, чем женщин, причем среди них были пациенты с различной тяжестью течения заболевания.

Клинические проявления миокардита, описанные еще в 70-е годы XX в. профессором В.А. Максимовым [11], — кардиалгии, симптомы недостаточности кровообращения, сердцебиение и перебои в работе сердца, — были присущи всем пациентам. Однако при сравнении клинических проявлений заболевания у мужчин и женщин выявлены следующие особенности. Одышка при тяжелом миокардите у мужчин регистрировалась чаще, чем у женщин, что, вероятно, связано с высокой частотой курения у мужчин, а также наличием пациентов с ХОБЛ. Нарушения сердечного ритма при миокардите встречались одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. У женщин в нашем исследовании при миокардите чаще выявлялись различные варианты экстрасистолии; фибрилляция предсердий преобладала у мужчин. Нарушения проводимости были тяжелее и чаще регистрировались у женщин.

Манифестация миокардита у пациентов обоих полов в большинстве случаев связана с предшествующей ОРВИ, что сопоставимо с данными А.Л. Saforio и соавт., согласно исследованию которых, 36 % больных с гистологически подтвержденным миокардитом

имеют в анамнезе данное заболевание в течение последних 6 мес [2].

Заключение

Трудности с морфологической верификацией диагноза миокардита диктуют клиницистам необходимость сбора полной информации о клинической картине заболевания как в диагностических целях, так и для выработки правильной тактики ведения пациентов.

Проведена сравнительная оценка клинических проявлений инфекционного миокардита у мужчин и женщин. Установлено, что у мужчин при тяжелом течении миокардита одышка отмечается чаще, чем у женщин, чаще выявляются нарушения сердечного ритма в виде фибрилляции предсердий. У женщин преобладают нарушения проводимости в виде атриовентрикулярных блокад; нарушения сердечного ритма представлены в основном полиморфной экстрасистолой.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Синицын В.Е., Стукалова О.В., Ларина О.М., Терновой С.К. Новые возможности диагностики некоронарогенных поражений миокарда: роль магнитно-резонансной томографии. *Креативная кардиология* 2008;(1):66–73. [Sinitsyn V.E., Stukalova O.V., Larina O.M., Ternovoy S.K. New opportunities for diagnosis of noncoronary myocardial lesions: role of magnetic resonance imaging. *Kreativnaya kardiologiya* = *Creative Cardiology* 2008;(1):66–73. (In Russ.)].
2. Caforio A.L., Calabrese F., Angelini A. et al. A prospective study of biopsy-proven myocarditis: prognostic relevance of clinical and aetiopathogenetic features at diagnosis. *Eur Heart J* 2007;28(11):1326–33. DOI: 10.1093/eurheartj/ehm076. PMID: 17493945.
3. Cooper L.T., Baughman K.L., Feldman A.M. et al. The role of endomyocardial biopsy in the management of cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the European Society of Cardiology. *Circulation* 2007;116(19):2216–33. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.186093. PMID: 17959655.
4. Коваленко В.Н. Миокардит и дилатационная кардиомиопатия: проблемы диагностики и лечения. *Український кардіологічний журнал* 2004;(1):91–9. [Kovalenko V.N. Myocarditis and dilated cardiomyopathy: problems in diagnostics and treatment. *Ukrains'kiy kardiologich-niy zhurnal* = *Ukrainian Journal of Cardiology* 2004;(1):91–9. (In Ukr.)].
5. Caforio A., Pankuweit S., Arbustini E. et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J* 2013;34(33):2636–48. DOI: 10.1093/eurheartj/ehd210.
6. Deckers J.W., Hare J.M., Baughman K.L. Complications of transvenous right ventricular endomyocardial biopsy in adult patients with cardiomyopathy: a seven-year survey of 546 consecutive diagnostic procedures in a tertiary referral center. *J Am Coll Card* 1992;19(1):43–7. PMID: 1729344.
7. Shirani J., Freant L.J., Roberts W.C. Gross and semiquantitative histologic findings in mononuclear cell myocarditis causing sudden death, and implications for endomyocardial biopsy. *Am J Cardiol* 1993;72(12):952–7. PMID: 8213554.
8. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Одинцов В.В. и др. Миокардиты. *Российский кардиологический журнал* 2009;1(75):87–96. [Skvortsov V.V., Domarenko V.A., Odintsov V.V. et al. Myocarditis. *Rossiyskiy kardiologicheskij zhurnal* = *Russian Journal of Cardiology* 2009;1(75):87–96. (In Russ.)].
9. Брянский Л.К., Ольхин В.А., Евдокимова А.Г. Миокардиты. *Медицинская консультация* 2001;(2):42–9. [Bryanskiy L.K., Ol'khin V.A., Evdokimova A.G. Myocarditis. *Meditsinskaya konsul'tatsiya* = *Medical Advice* 2001;(2):42–9. (In Russ.)].
10. Fairweather D., Cooper L.T. Jr, Blauwet L.A. Sex and gender differences in myocarditis and dilated cardiomyopathy. *Curr Probl Cardiol* 2013;38(1):7–46. DOI: 10.1016/j.cpcardiol.2012.07.003.
11. Максимов В.А. Миокардиты. М.: Медицина, 1979. [Maksimov V.A. Myocarditis. Moscow: Meditsina, 1979. (In Russ.)].
12. Новиков Ю.И., Стулова М.А., Константинова Е.В. Отдаленные наблюдения при вирусных миокардитах у лиц молодого возраста. *Клиническая медицина* 2003;81(4):16–22. [Novikov Yu.I., Stulova M.A., Konstantinova E.V. Long-term observations in viral myopericarditis at persons of young age. *Klinicheskaya meditsina* = *Clinical Medicine* 2003;81(4):16–22. (In Russ.)].
13. Сторожаков Г.Е., Гендлин О.А., Тронина Г.И. Миокардиты. Сердечная недостаточность 2009;10(1):46–52. [Storozhakov G.E., Gendlin O.A., Tronina I.G. Myocarditis. *Serdechnaya nedostatochnost'* = *Heart Failure* 2009;10(1):46–52. (In Russ.)].
14. Ellis C.R., Di Salvo T. Myocarditis: basic and clinical aspects. *Cardiol Rev* 2007;15(4):170–7. DOI: 10.1097/CRD.0b013e31806450c4. PMID: 17575480.
15. Magnani J.W., Dec G.W. Myocarditis: current trends in diagnosis and treatment. *Circulation* 2006;113(6):876–90. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.584532. PMID: 16476862.