

М.Г. Ильяш

О.Е. Базыка

Институт кардиологии, Киев

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ МИОКАРДИТОВ

Ключевые слова: миокардит, классификация, обзор.

Резюме. Рассматриваются классификации миокардитов, обсуждаются большинство вариантов отечественных и зарубежных классификаций, их достоинства и недостатки. Представлен современный взгляд на проблему, приведена классификация, рекомендованная VI Национальным конгрессом кардиологов Украины (2000), даны примеры формулировки диагноза.

Воспаление мышцы сердца как хроническое заболевание, при котором происходит дисфункция сердечной деятельности, развивается хроническая прогрессирующая сердечная недостаточность (СН), что приводит к внезапной смерти, впервые описал французский патологоанатом Corvisart в книге «Органические заболевания и повреждения сердца и крупных сосудов» в 1806 г. Термин «миокардит», предложенный Sobernheim в 1837 г., длительное время клиницисты использовали для любых заболеваний миокарда. В начале XX ст. Herrick описал коронарную болезнь сердца, а Г.Ф. Ланг – миокардиодистрофию, затем как отдельная нозологическая единица была выделена кардиомиопатия. По данным исследований последних десятилетий установлено, что миокардит как воспалительное поражение сердечной мышцы возникает под воздействием инфекции непосредственно или через иммунные механизмы. Этиологическим агентом миокардита может быть любая инфекция (чаще всего вирусная), паразитарная или протозойная инвазия, физические или химические (в том числе лекарственные) факторы, аллергические или аутоиммунные заболевания.

Попытки классифицировать миокардиты предпринимались давно. В 1935 г. на XII съезде терапевтов была принята классификация заболеваний системы кровообращения, предложенная Г.Ф. Лангом, где кроме разделения миокардита по этиологическому принципу, были указаны некоторые патологоанатомические (острые, подострые, хронические, очаговые, диффузные) и патофизиологические характеристики (недостаточность кровообращения, нарушения ритма сердечной деятельности), особенности тканевой реакции (экссудативные, продуктивные, альтеративные). Однако эта классификация перестала удовлетворять клиницистов, так как в ней не были учтены патогенетические особенности миокардита, отсутствовали указания на его аллергические формы, а возможность хронического течения указана только для сифилитического и туберкулезного миокардита.

Впоследствии было опубликовано несколько классификаций, основанных на учете этиологического принципа. Friedberg (1959) разделял все миокардиты на: 1) инфекционные и токсические; 2) гнойные; 3) идиопатические. Saphir (1959) – на: инфекционные; специфические – с характерной анатомической структурой

или определенным возбудителем (ревматизм, туберкулез и т.д.); токсические; идиопатические изолированные. Несмотря на сугубо этиологическую направленность классификации, впервые в особую группу был выделен ревматический миокардит.

Kaufman (1951) рекомендовал рассматривать паренхиматозные и интерстициальные (экссудативные и продуктивные) варианты миокардита, Sydel (1955) предложил классификацию с учетом патогенетических особенностей миокардита: первично-инфекционные; постинфекционно-гиперергические; аллергические; возникающие на почве нарушений обмена веществ. Последняя группа как поражение миокарда обменного происхождения относится скорее к дистрофиям миокарда.

Iopas в 1962 г. классифицировал миокардиты в зависимости от этиологии, морфологии, патогенеза, течения заболевания. Очень важным явилось рассмотрение миокардита с точки зрения патогенеза и указание на аллергическую основу миокардита различной этиологии. Были выделены: миокардиты, при которых микроорганизмы находятся в миокарде; развивающиеся под воздействием токсинов и аллергенов; изолированный миокардит неизвестной этиологии. Недостатком этой классификации являлось отнесение токсических повреждений и поражений миокарда при нарушениях питания к миокардиту, хотя их следовало отнести к миокардиодистрофиям. Не были также выделены ревматические миокардиты.

В 1963 г. А.А. Кедров предложил классификацию с учетом этиологии и патогенеза заболевания. Миокардиты разделены на гнойничковые; инфекционно-аллергические (неспецифические), известной и неизвестной этиологии; токсико-аллергические (неспецифические); ревматические. Позже из этой классификации были исключены токсико-аллергические миокардиты. Миокардит типа Абрамова-Фидлера рассматривался как вариант тяжелого течения инфекционного и токсико-аллергического миокардита. Положительным в этой классификации является выделение в отдельную группу ревматических миокардитов. Несмотря на широкое распространение этой классификации, недостатками ее являются отсутствие первично-аллергических миокардитов, недостаточно полное отражение клинических особенностей заболевания.

В 1966 г. В.А. Максимов описал ревматические и неревматические миокардиты с уточнением этиологического агента. В этой классификации были учтены патогенетические, морфологические, основные

клинические признаки и течение заболевания. Миокардит Абрамова-Фидлера рассматривался как крайний вариант любого миокардита. Впервые в зависимости от особенностей клинических проявлений выделены 5 вариантов заболевания: с нарушением кровообращения; с нарушением ритма и проводимости; с болевым синдромом; смешанный вариант; бессимптомный вариант. В зависимости от течения миокардиты разделены на острые, подострые, хронические, латентные. Впервые рассмотрена направленность процесса - прогрессирующие и регрессирующие миокардиты. Несмотря на прогрессивность и полноту, в этой классификации недостаточное внимание уделено различной роли инфекционного агента при разных формах миокардита.

И.М. Ганджа и И.П. Лернер (1968) разделили аллергические миокардиты на три группы: доброкачественные, часто протекающие латентно; тяжелые со склонностью к рецидивированию; злокачественные, резистентные к лечению и приводящие к смерти.

В 1972 г. М.И. Теодори предложена классификация с учетом этиологических и патогенетических принципов, которая во многом сходна с классификацией Iopas, однако автор в качестве самостоятельного заболевания выделяет идиопатический миокардит Абрамова-Фидлера, различая 5 его отдельных форм (асистолическую, тромбоземболическую, аритмическую, псевдокоронарную, смешанную). Автор разделил миокардиты в зависимости от течения: острый (2-8 нед); подострый (3-18 мес) с нарастающей сердечной недостаточностью; хронический с развитием миокардитического кардиосклероза; латентный со стертыми преходящими симптомами. Новым явилась классификация миокардита в зависимости от степени вероятности аллергического компонента в его патогенезе: миокардит с бесспорно аллергическим генезом (лекарственный, сывороточный); вероятным аллергическим генезом (токсико-аллергический) или аутоиммунным патогенезом (паразитарный, при коллагенозах и системных васкулитах); возможным аллергическим генезом (идиопатический, паразитарный и токсический миокардиты).

Классификация, основанная преимущественно на морфологических данных, была предложена Я.Л. Рапопортом в 1968 г., но не отражала в должной мере клинические аспекты проблемы. В 1981 г. автор предложил классификацию миокардитов в зависимости от преобладающих гистологических проявлений: паренхиматозный, дистрофический, воспалительно-инфильтративный, некротический или деструктивный, гигантоклеточный.

Одной из наиболее детальных являлась классификация П.Н. Юренева и Н.И. Семенович (1972), разделяющая миокардит по этиологии, морфологии, распространению, течению, форме, клиническим проявлениям. Отдельно вынесен первичный аллергический миокардит, возникающий в ответ на непосредственное воздействие антигена.

В 1976 г. Ф.И. Комаров провел систематизацию миокардита по происхождению, распространенности процесса, течению и фазам заболевания, В.А. Насонова уточнила механизмы развития миокардита (инфекционные, аллергические, токсические). А.В. Сумароков (1978), Ю.И. Новиков (1983), С.И. Саксонов

и соавторы (1987) разработали классификации, в основу которых положен этиологический принцип. С.И. Саксонов и соавторы разделили миокардит по степени тяжести: легкая форма - отсутствие недостаточности кровообращения, границы сердца не увеличены; при средних и тяжелых формах - наличие признаков недостаточности кровообращения, перикардит.

Наиболее полной явилась классификация Н.Р. Палеева (1978, 1981), включающая этиологию, патогенез, клиническую и патологоанатомическую картину, течение и распространенность миокардита. Ведущим клиническим признаком миокардита, определяющим тяжесть его течения, по мнению автора, являются сердечная и сосудистая недостаточность, нарушения ритма и проводимости, тромбоэмболии. Морфологическая характеристика воспалительного процесса основана на результатах субэндокардиальной биопсии и патологоанатомических исследований. Автор подчеркивал, что миокардит Абрамова-Фидлера не самостоятельная нозологическая единица, а крайний по тяжести вариант течения любого миокардита с выраженным аллергическим компонентом. Однако в этой классификации не нашли отражения идиопатические миокардиты, недавно открытые заболевания, при которых миокард вовлекается в патологический процесс (СПИД, боррелиоз Лайма и др.), а также не была описана степень тяжести клинических вариантов течения заболевания.

А.И. Грицюк и соавторы (1982, 1989) особое внимание уделили ревматическим и неревматическим миокардита. Уточнены сроки и варианты течения заболевания: острый (до 3 мес), подострый (от 3 до 6 мес), хронический (более 6 мес). Впервые детально разработаны варианты хронического миокардита, которые подразделялись на первично-хронический; рецидивирующий с перерывом до 1 года; непрерывно-рецидивирующий с короткими (до 1-2 мес) ремиссиями или без них; повторный - обострение при котором наступало с перерывом более 1 года; латентное течение предусматривало обнаружение признаков миокардитического кардиосклероза при отсутствии миокардита в анамнезе.

По международной классификации болезней, травм, причин смерти X пересмотра (ВОЗ, 1992) выделен острый миокардит (инфекционный, септический, изолированный, неуточненный) и хронический. Миокардиты разделены также на бактериальные и вирусные, при инфекционных и паразитарных заболеваниях. Основным преимуществом этой классификации явилось четкое разграничение различных видов пораженного миокарда. Важным является выделение так называемых неуточненных заболеваний миокарда, к которым отнесен и миокардит Фидлера, вызывающий споры до сих пор. Миокардит, описанный Фидлером, это тяжелый прогрессирующий воспалительный процесс в мышце сердца инфекционного происхождения, соответствующий понятию «миокардит». Заболевание, описанное С.С. Абрамовым, морфологически отличается от миокардита Фидлера и соответствует современному представлению о дилатационной кардиомиопатии.

Большинство рассмотренных наиболее распространенных классификаций миокардита базировались на использовании только одного (этиологичес-

кого, патогенетического, клинического и т.д.) или нескольких принципов. Лишь некоторые классификации (Ionas, A.A. Кедрова, Ф.И. Комарова, В.А. Максимова, Н.Р. Палеева) построены на широкой основе, но и они имели свои недостатки.

В настоящее время В.Н. Коваленко и соавторами предложена классификация миокардита на основе терминологии и номенклатуры МКБ-10, в которой учтены этиология, патогенез, особенности течения и осложнений. Эта классификация рекомендована для использования VI Национальным конгрессом кардиологов Украины (2000). Выделены:

- I. Острый миокардит.
 - а) с установленной этиологией (инфекционные, бактериальные, вирусные, паразитарные, при других заболеваниях);
 - б) неуточненный.
- II. Хронический, неуточненный миокардит.
- III. Миокардиофиброз.
- IV. Распространенность:
 - а) изолированный (очаговый);
 - б) другой (диффузный).
- V. Течение: легкое, среднее, тяжелое.
- VI. Клинические варианты: аритмия, нарушения реполяризации, кардиалгии, пр.
- VII. Сердечная недостаточность (0–III степень).
Примеры формулировки диагноза:
 1. Острый вирусный миокардит (постгриппозный), очаговая форма, легкое течение, атриовентрикулярная блокада I степени, СН I степени, I функциональный класс.
 2. Хронический неуточненной этиологии миокардит, очаговая форма, легкое течение, желудочковая экстрасистолия, СН I степени, I функциональный класс.
 3. Миокардиофиброз, изолированная форма, желудочковая экстрасистолия, СН 0.

ЛИТЕРАТУРА

- Грицюк А.И.** (1984) Пособие по кардиологии. Здоровье, Киев, 557 с.
- Ионаш В.** (1963) Частная кардиология. Пер. с чешск. Т. 2, Прага, 820 с.
- Кедров А.А.** (1980) Болезни сердечной мышцы: их этиология, номенклатура, классификация. Кардиология, 1: 94–98.
- Коваленко В.М., Амосова К.М., Ганджа И.М. та ін.** (2000) Классифікація кардіоміопатій, міокардитів та перикардитів. Інформація Українського наукового товариства кардіологів. Укр. кардіол. журн., 1–2: 122–124.
- Ланг Г.Ф.** (1938) Болезни системы кровообращения. Учебник внутренних болезней, Т. 1, Ленинград, 360 с.
- Максимов В.А.** (1979) Миокардиты. Медицина, Ленинград, 239 с.
- Международная статистическая классификация заболеваний и проблем, связанных со здоровьем, ВОЗ (1992), Женева, Т. 1.
- Мухарьямов Н.М.** (1990) Кардиоміопатії. Медицина, Москва, 282 с.

- Насонова В.А., Астапенко М.Г.** (1989) Клиническая ревматология. Медицина, Москва, 592 с.
- Новиков Ю.И.** (1985) Вирусные миокардиты. Терапевт. арх., 9: 49–56.
- Палеев Н.Р.** (1992) Миокардиты. Болезни сердца и сосудов. Медицина, Москва, Т. 2, с. 178–198.
- Палеев Н.Р., Одинокова В.А., Гуревич М.А., Найшлут Г.М.** (1982) Миокардиты. Медицина, Москва, 270 с.
- Рапопорт Я.Л.** (1978) Патология миокардита. Клин. медицина, 6: 7–16.
- Саксонов С.И., Лев Р.Л.** (1987) Клинические варианты неревматического миокардита. Клин. медицина, 1: 102–106.
- Теодори М.И.** (1972) Некоторые вопросы клиники, дифференциальной диагностики и классификации заболеваний миокарда. Кардиология, 9: 5–17.
- Юренев П.Н., Семенович Н.И.** (1972) Клиника и терапия аллергических поражений сердца и сосудов. Медицина, Москва, 252 с.
- O'Connell J.B., Renlund D.G.** (1995) Myocarditis and specific myocardial diseases. In: Schlant R.C. (Ed.). Hurst's The Heart. 8th ed. McGraw-Hill, New York, p. 1591–1607.
- Report of the World Health Organization (1995) International Society and Federation of Cardiology Task Force on the Definition and Classification of Cardiomyopathies, 1996. Circulation, 93(5): 841–842.

ДО ПИТАННЯ ЩОДО КЛАСИФІКАЦІЇ МІОКАРДИТІВ

М.Г. Ілляш, О.Є. Базика

Резюме. Розглянуто класифікації міокардитів, обговорюється більшість варіантів вітчизняних та зарубіжних класифікацій, їх переваги і недоліки. Представлено сучасний погляд на проблему, наведено класифікацію, рекомендовану VI Національним конгресом кардіологів України (2000), приклади формулювання діагнозу.

Ключові слова: міокардит, класифікація, огляд.

THE PROBLEMS OF MYOCARDITIS CLASSIFICATION

M.G. Ilyash, O.E. Bazyka

Summary. A problem of myocarditis classification is discussed. Different variants of foreign and paternal classifications are analyzed including positive patterns and drawbacks. Modern view on the subject is presented and the classification proposed at the VI Congress of cardiologists of Ukraine.

Key words: myocarditis, classification, view.

Адрес для переписки:

Базика Ольга Евгеньевна
03151, Киев, ул. Народного ополчения, 5
Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско
АМН Украины

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Подагра и ревматоидный артрит: сообщение о клиническом случае и обзор литературы

Khan I.M.S., Inman R.D., Bookman A.A.M. (1996) Gout and RA: A case report and review of the literature J. Rheumatol., 8: 1466.

Отмечается, что сочетание подагры и ревматоидного артрита (РА) наблюдается редко. Описан случай сочетания подагры и РА у женщины в воз-

расте 71 года, у которой подагра развилась на фоне РА, которым она страдала длительное время (симметричный полиартрит мелких суставов в течение 35 лет). Заболевание протекало на фоне постоянной нейтропении. Наличие нейтропении оказывало защитное действие в отношении отложения уратов в суставах при количестве уратов в крови 337–711 ммоль/л. Рассмотрены данные литературы за 1966–1995 гг.