

# KLINIKAI KÖZLEMÉNYEK

A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatának közleménye

## A szubklinikus rheumás carditisről

Írta: Kenedi Péter dr.,\* Strausz Pál dr. orvosőrnagy

Irodalmi adatok szerint a felnőttkori rheumás szívbetegségek kb. 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ában hiányzik a rheumás anamnézis (1,7). Az esetek egy részében tehát a rheumás láz szubklinikus formában, lappangva zajlik le, a tünetek annyira enyhék lehetnek, hogy a beteg nem is fordul orvoshoz. Wood (7) szerint minden 100 felismert rheumás lázra kb. 30 larvált esetet kell számítani. Fiatal felnőttkorban a kezeletlen rheumás carditisek közel felében szívhiba marad vissza, ezért különös figyelmet kell fordítani az enyhe tünetű carditisekre (5, 6).

A rheumás láz felismerése akkor, ha a klasszikus tünetek jelen vannak — nem nehéz. A Jones által 1944-ben leírt (2) és azóta módosított kritériumok nem abszolút érvényűek (4). Vannak olyan rheumás láznak tekintendő megbetegedések, amelyek ezeket a kritériumokat nem elégítik ki, másrészt a rheumás lázon kívül egyéb betegségek is megfelelhetnek e feltételeknek.

Dolgozatunk célja az volt, hogy nagy rheumás lázas beteganyagon megállapítsuk a szubklinikus rheumás carditis gyakoriságát és jellemző sajátságait; valamint e betegségen átesettek későbbi sorsát.

Feldolgoztuk kórházi osztályunk 1960 és 1965 közötti hatéves rheumás lázas beteganyagát. Betegeink túlnyomó többsége a fiatal felnőtt korosztályba tartozott. Az átlagos életkor 21 év volt. A betegek 94,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a férfi volt. Feldolgozásra került 263 rheumás lázas beteg kórtörténete. 95 esetben (36<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) észleltünk carditises manifestációt, ebből 80 betegen a rheumás carditis teljes képét találtuk, 15 esetben a tünetek enyhék voltak és csak a tartós megfigyelés, a klinikai lefolyás és a diszkrét tünetek gondos értékelése alapján lehetett a carditis diagnózisát felállítani. Utóbbi esetekben tehát a rheumás carditis több fontos jellemző tünete jelen volt, azonban enyhe formában. A vvs.-süllyedés rendszerint nem haladta meg a 20 mm/óra értéket, annak ellenére, hogy a betegség kezdete és a kórházi felvétel között eltelt idő a két csoportban azonos volt. Grossmann (3) szerint rheumás carditisben mindössze 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban alacsony a vvs.-süllyedés, más szerzők észlelése szerint csupán a betegség első két hetében fordulhat elő alacsony Westergreen-érték. Eseteinkben a vvs.-süllyedés az egész kórházi észlelés alatt alacsony maradt.

A szubklinikus esetek kis száma nem teszi lehetővé, hogy az egyes tünetek előfordulási arányát százalékosan fejezzük ki, ezért kizárólag szemléltetés céljából a mellékelt grafikont állítottuk össze (a százalékos adatok a típusos carditises esetek egyes tüneteinek gyakoriságát mutatják) (1. sz. táblázat).

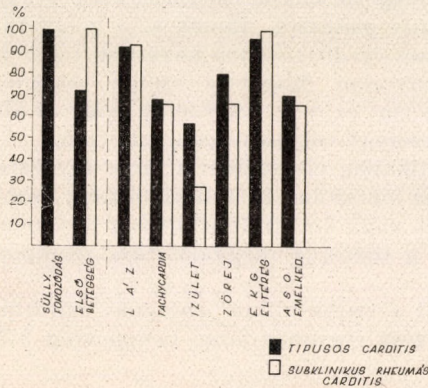
\* Jelenlegi munkahelye: Orvostovábbképző Intézet, II. Belo.



Feldolgozásunkból két adat (a vvs.-süllyedés és az anamnesztikus első betegség) választott. Hangsúlyozzuk, hogy bár az anyag válogatásánál a szubklinikus forma egyik kritériuma az alacsony vvs.-süllyedés volt, nem szeretnénk a süllyedés klinikai jelentőségét túlértékelni és nem tekintjük a fokozott Westergreen-értéket a típusos rheumás carditis elengedhetetlen velejárójának. Alacsony vvs.-süllyedés mellett csak akkor tekintettük a megbetegedést rheumás carditisnek, ha tonsillitis, vagy felső légúti hurut előzte meg. A klasszikus carditises esetek 72<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ában szerepelt megelőző első betegség. Láz, ill. subfebrilitas előfordulása a két csoportban egyenlő arányú volt (92<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Nem találtunk különbséget a nyugalmi tachycardia gyakoriságában sem. A nyugalmi tachycardiát (90/min. felett) akkor tekintettük carditis jelének, ha terhelésre fokozódott és 3 perc múlva sem tért vissza az eredeti szintre. Ízületi manifestatio (duzzanat,

1. sz. TÁBLÁZAT

EGYES TÜNETEK GYAKORISÁGA TÍPUSOS ÉS SUBKLINIKUS RHEUMÁS CARDITISBEN



pír, fájdalom, mozgáskorlátozottság) viszont kétszer olyan gyakori volt a típusos carditisben, mint a szubklinikus formában. A szív felett hallható csúcsi systolés zörej (80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), az észlelt Ekg-eltérések (96<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), valamint az ASO-titer-emelkedés (300 E/ml felett) előfordulási gyakoriságában nem volt különbség a két csoportban.

Az Ekg-eltérések közül leggyakoribb volt a pitvarkamrai átvezetés zavara és a normálistól eltérő repolarisatio (ST-süllyedés, lapos, ill. invertált T). (2. sz. táblázat.)

2. sz. TÁBLÁZAT

SUBKLINIKUS RH. CARDITISBEN ÉSZLELT EKG ELVÁLTOZÁSOK	
PQ MEGNYÚLÁS	7
WENCKEBACH PERIODUS	2
TELJES PITVAR-KAMRAI BLOCK	1
INTRAVENTRICULARIS VEZETÉSI ZAVAR	1
NODÁLIS RITMUS	1
EXTRASYSTOLIA	2
REPOLARIZÁCIÓS ZAVAR	7



A betegség lefolyása során az Ekg-kép minden esetben változott, „mozgott”. A szubjektív panaszok közül gyakori volt a palpitiatio-érzés, a szív táji fájdalom és a nagyfokú gyengeség.

A szubklinikus eseteket klinikailag carditisnek tekintettük, ezért antibiotikus és steroid-kezelésben részesítettük.

A 15 enyhe tünetű carditisen átesett beteget ellenőrző vizsgálatra rendeltük vissza. A vizsgálat időpontjában a megbetegedés kezdetétől 1—4 év telt el. A megjelent 8 betegből 6 tünet- és panaszmentes volt. Egy betegen, akinek korábban nem volt vitiuma, kettős mitralis szívhibát találtunk. Az utóvizsgálat azt mutatja tehát, hogy az enyhe lefolyású rheumás carditisből is szívhiba fejlődhet ki. Másik esetünkben a carditis idején jobb Tawara-szár blockot észleltünk a pitvar-kamrai átvezetés egyidejű zavarával. Az utóvizsgálatkor a szárblock változatlanul regisztrálható volt.

Az anyag feldolgozása során nehézségekbe ütköztünk. A kórtörténet alapján nem mindig lehetett pontosan eldönteni egy-egy zörej jellegét, időtartamát. Sajnos, a carditis aktív szakában csak kevés betegen történt phonokardiographiás vizsgálat. Feltűnt, hogy az enyhe carditises csoportban a kórlapban hangsúlyozottabbak a szubjektív panaszok. Ennek az a magyarázata, hogy az anamnézist felvevő orvos típusos carditis esetén kevesebb figyelmet fordít a szubjektív tényezőkre, míg bizonytalan diagnózis esetén részletesebben kikérdezi a beteget. Véleményünk szerint ez nem azt jelenti, hogy az általunk enyhe tünetű carditisnek tartott betegcsoport vegetatív neurosis volna.

Differenciáldiagnosztikailag elsősorban a vírus-myocarditis, a hyperthyreosis és a vegetatív neurosis jön szóba. El kell különíteni azonban a mitigált rheumás carditist a láz nélkül, vagy kis subfebrilitással járó neurotikus Ekg-elváltozásoktól. Az elkülönítés a therapia megválasztása szempontjából jelentőséggel bír.

Vizsgálataink szerint a szubklinikus rheumás carditis az összes carditis-esetek 15,7%-ában, az egész rheumás lázas beteganyag 5,7%-ában fordult elő.

### Összefoglalás

A szerzők 263 rheumás lázas kórlap elemzése során 15 szubklinikus lefolyású carditist találtak. Ennek jellemzői: biztosan kimutatható első betegség, láz, Ekg-elváltozás, mely legtöbbször pitvar—kamrai átvezetési, ill. repolarisatiós zavarból áll és az észlelés folyamán változik, vagy megszűnik. Megerősíti a kórismét, ha csúcsi systolés zörej, nyugalmi tachycardia, ASO-emelkedés, esetleg ízületi manifestatio is mutatkozik. A vvs.-süllyedés rendszerint nem haladja meg a 20 mm/óra értéket.

Ezeket az eseteket valódi rheumás carditisnek kell tartani és ennek megfelelő kezelésben kell részesíteni, mert egyes esetekben rheumás szívhiba kialakulásához vezethetnek.

Ezúton mondunk köszönetet dr. *Trencsényi Tibor* o. vörgey-nak értékes útmutatásaiért

### IRODALOM

1. *Bergmann, G.*: Handbuch der inneren Medizin. Springer. Berlin 1960. IX/2. 611. — 2. Committee report: Jones criteria (revised) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. Circulation 1965. 32:664. — 3. *Grossmann, B. J., Athreya B.*: JAMA 1962. 182:830. — 4. *Hallidie—Smith K. A. et al.*: Arch. Dis. Child. 1958. 33:350. — 5. *Leu, H. J.*: Praxis 1954. 43:913. — 6. *Moore, C.*: J. Pediatrics 1954. 44:290. — 7. *Wood, P.*: Disease of the heart and circulation. Eyre and Spottiswoode. London. 1961. —



*Д-р Кенеди П., д-р Штраус П., майор мед. службы:*

## О СУБКЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ РЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА

Авторы в ходе изучения 263 историй болезни ревматической лихорадкой нашли 15 кардита субклиническим течением. Характерные черты его: хорошо выявляемое первичное заболевание, температура, изменения ЭКГ, которые чаще всего проявляются в предсердно-желудочковых проводениях или нарушениях реполяризации. Эти изменения в ходе наблюдения изменяются или исчезают. Поддерживает диагноз, если имеется систолической шум на верхушке, тахикардия в покое, повышение ASO или суставное проявление. РОЭ обычно не превышает 200 мм/час.

Эти случаи являются типичными случаями ревмокардита и надо их лечить соответственно, так как в некоторых случаях могут вызывать ревматический порок сердца.

*Dr. P. Kenedi, Dr. P. Strausz, Major d. Med. D.:*

## ÜBER DIE SUBKLINISCHE RHEUMATISCHE KARDITIS

Infolge einer Analyse von 263 Krankheitsgeschichten rheumatischen Fiebers gelang es den Verfassern 15 Fälle von Karditiden subklinischen Verlaufs zu isolieren. Als Kriterien dieser Krankheitsform dienen folgende Erscheinungen: eine unzweifelhaft nachweisbare erste Krankheit, das Fieber, die Veränderungen im EKG, bestehend aus Störungen der atrioventrikulären Überleitung, bzw. der Repolarisation, welche während der Beobachtungsperiode sich veränderten oder vollkommen aufhörten. Ist ein systolisches Geräusch an der Herzspitze, eine Ruhetachykardie, Erhöhung des ASO-Titers, oder eventuell sind Gelenkerscheinungen vorhanden, so wird dadurch die Diagnose bestätigt. Normalerweise übertritt die Blutkörperchensenkung einen Wert von 20 mm pro Stunde nicht. Diese Fälle sind als echte rheumatische Karditiden zu betrachten und dementsprechend zu behandeln, da diese in einigen Fällen zur Ausbildung rheumatischer Herzfehler führen können.