

ДОИ

УДК 616.12-002-053.2-07

***Ефименко Оксана Владимировна,**
доцент кафедры «Госпитальной педиатрии»
Андижанского Государственного Медицинского института
Город Андижан, Республика Узбекистан*

***Хайдарова Лола Рустамовна,**
старший преподаватель кафедры «Госпитальной педиатрии»
Андижанского Государственного Медицинского института
Город Андижан, Республика Узбекистан*

***Инакова Севара Улугбековна,**
студентка магистратуры кафедры
«Госпитальной педиатрии»
Андижанского Государственного Медицинского института
Город Андижан, Республика Узбекистан*

РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВ У ДЕТЕЙ

***Аннотация.** Диагностика вирусных поражений сердечной мышцы, основанная на убедительной доказательной базе, остается одной из ключевых проблем этой патологии. Острые кардиты могут быть проявлением любого инфекционного заболевания. Однако, наиболее частой причиной являются вирусы (70-95%), особенно у детей в первые годы жизни, причём в трети случаев кардиты развиваются на фоне суперинфекции.*

***Ключевые слова.** Приобретенный кардит, острая вирусная инфекция, сердечная недостаточность, электрокардиография, внебольничная пневмония, часто болеющие дети.*

***Efimenko Oksana Vladimirovna,**
Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department
"Hospital Pediatrics"
of Andijan State Medical Institute
Andijan City, Republic of Uzbekistan*

Khaydarova Lola Rustamovna,
Senior lecturer Department of
"Hospital Pediatrics"
of Andijan State Medical Institute
Andijan City, Republic of Uzbekistan

Inakova Sevara Ukugbekovna,
Master's student of the department
"Hospital pediatrics"
of Andijan State Medical Institute
Andijan City, Republic of Uzbekistan

THE ROLE OF VIRAL INFECTION IN THE DEVELOPMENT OF NON-RHEUMATIC CARDITIS IN CHILDREN

***Annotation.** The diagnosis of viral lesions of the heart muscle, based on a convincing evidence base, remains one of the key problems of this pathology. Acute carditis can be a manifestation of any infectious disease. However, viruses are the most common cause (70-95%), especially in children in the first years of life, and in a third of cases, carditis develop against the background of superinfection.*

***Keywords.** Acquired carditis, acute viral infection, heart failure, electrocardiography, community-acquired pneumonia, children who are often ill.*

Актуальность. Неревматические поражения сердца (приобретенные кардиты) являются частыми осложнениями ряда инфекционных заболеваний, прежде всего острых вирусных (1,8,10). Широкое распространение вирусных заболеваний, тропность вирусов к эндотелиоцитам и миокарду, возможность длительной персистенции возбудителей в организме объясняют стойкий интерес к вирусным повреждениям сердца (2,4,11).

Следует отметить, что в настоящее время мы не располагаем данными об истинном распространении вирусных кардитов, что, в первую очередь, обусловлено объективными трудностями их выявления (2,5). Диагностика

вирусных поражений сердечной мышцы, основанная на убедительной доказательной базе, остается одной из ключевых проблем этой патологии (1,7,8).

Вирусные кардиты могут развиваться на разных стадиях инфекционного процесса. В острую фазу вирусных инфекций врачи проявляют настороженность в отношении возможного развития данного заболевания, между тем все клинические симптомы, как и изменения на ЭКГ, неспецифичны и могут быть расценены как проявления синдрома интоксикации, свойственного вирусным инфекциям (2,3,9).

Большой интерес в настоящее время вызывают проблемы развития кардитов у детей с внутриутробным и постнатальным инфицированием вирусами герпеса, ЦМВ и коронавирусной инфекцией. Доказано, что внутриутробное инфицирование может приводить к фатальным для плода заболеваниям миокарда, а также служить вероятной причиной и предрасполагающим фактором развития острого приобретенного кардита у детей в различные возрастные периоды, но и с наибольшей частотой в раннем возрасте (3,6,9).

На основании выше изложенного нами была поставлена **цель исследования:** установить роль острой вирусной инфекции в развитии приобретенных кардитов как проявление неревматических поражений сердца.

Материалы и методы. Наша работа выполнялась на базе кардиоревматологического отделения Андижанского Областного детского многопрофильного медицинского центра. Объем наших исследований включал 40 детей с острым приобретенным кардитом.

На первоначальном этапе нашей работы мы проводили беседу с родителями и детьми, с последующим целенаправленным клиническим осмотром и анализом лабораторно-инструментальных обследований. Во время беседы с матерью мы особое внимание уделяли на течение ante- и перинатального периодов: перенесенные вирусные инфекции в течении

беременности, а также наличие осложнений во время беременности. Инструментальное обследование каждого ребенка включало: ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭХОКГ с использованием доплерографии и обзорная рентгенография грудной клетки с расчетом кардиоторакального индекса.

Результаты исследования и обсуждения. Возрастной состав обследуемых нами детей имел довольно широкий диапазон и варьировал от 6 месяцев до 15 лет. Наибольший удельный вес приходился на возрастной период до 3-х лет (6 – 12 месяцев – 40% и 1-3 года – 35%). По гендерной принадлежности в 1,5 раза чаще встречались мальчики (57,5% против 42,5%).

Для получения результатов нами использовались данные перинатального анамнеза всех обследуемых нами детей с острым приобретенным кардитом (n=40), развившегося как осложнение после перенесенной острого вирусного заболевания.

При сборе анамнеза у матерей, дети которых находились на лечении с острым приобретенным кардитом нами установлено, что у всех женщин имело место неблагоприятное течение беременности, не только связанное с токсикозом и угрозой прерывания, но и с высокой частотой перенесенных острых вирусных заболеваний.

Факторы риска в период беременности

	авс	%
<i>Неблагоприятные факторы периода беременности :</i>		
- токсикоз	40	100%
- угроза прерывания	16	40%
-фетоплацентарная недостаточность	6	15%
- преэклампсия	3	7,5%
<i>Перенесенные заболевания во время беременности:</i>		
ОРВИ — однократно	18	45%
- двукратно	22	55%

из них Covid – 19	5	12,5%
TORCH- инфекция	8	20%
Анемия – средней тяжести	28	70%
- тяжелая	12	30%

Установлен очень высокий процент женщин, перенесших во время беременности острые вирусные заболевания, в том числе коронавирусную инфекцию. Данный фактор риска оказал влияние не только на сроки родоразрешения, но и на осложненное течение периода новорожденности у обследованных детей. Нами установлено, что у 35% женщин беременность закончилась преждевременными родами. Асфиксия новорожденного в родах зарегистрирована у 30% детей, у 2/3 которых вследствие обвития пуповины вокруг шеи.

Наличие фоновых заболеваний в периоде раннего возраста также рассматривалось нами как один из факторов риска неблагоприятно влияющего на состояние здоровья в последующие возрастные периоды (анемия -100%, рахит-100%, БЭНП-5% и др).

По литературным данным частые респираторные вирусные инфекции, особенно осложненные пневмонией, являются неоспоримым фактором риска в развитии острых приобретенных кардитов. Это нашло подтверждение и в наших исследованиях, так как все обследованные нами дети входили в группу ЧБД, в связи с неоднократно перенесенными острыми вирусными заболеваниями (два раза в год - 65%, 3 и более раз – 35%) и острыми пневмониями – 2 и более раз в год (47,5%).

При поступлении в стационар у 2/3 детей состояние оценивалось как тяжелое. У 11 детей (27,5%) диагноза острого кардита был установлен при поступлении в стационар с диагнозом острой внебольничной пневмонии, у остальных (72,5%) признаки поражения оболочек сердца диагностировались через 2-3 недели после перенесенного острого респираторного заболевания.

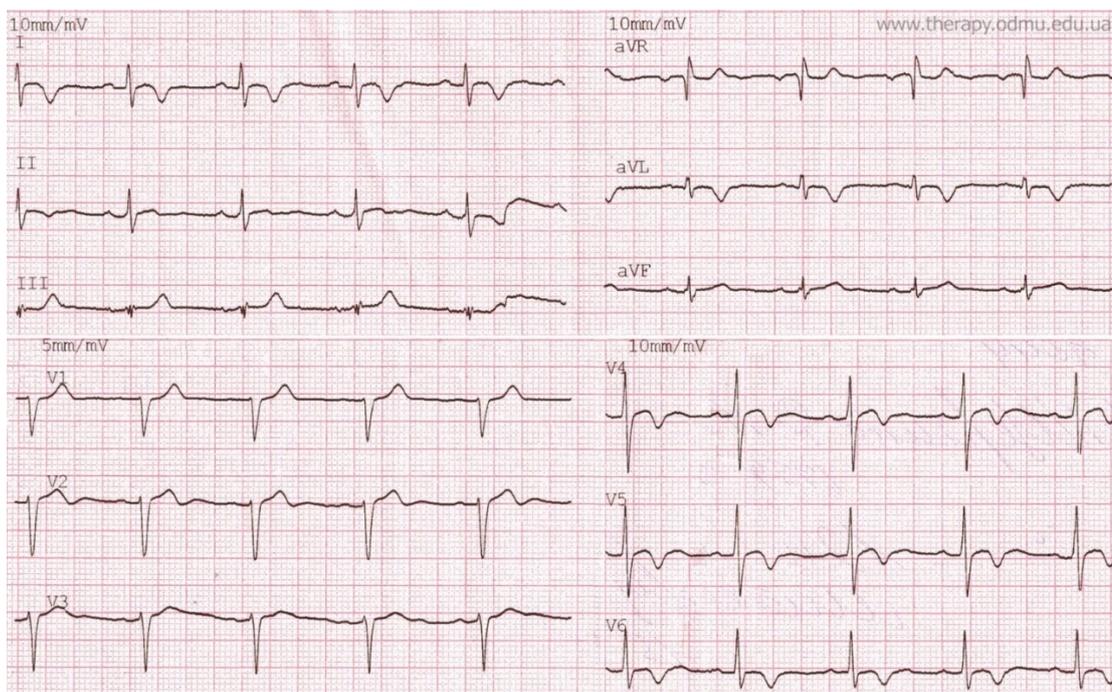
Жалобы детей при поступлении в стационар характеризовались широким диапазоном клинических проявлений. С наибольшей частотой встречались одышка (100%), прогрессирующая слабость (100%), стонущее дыхание (80%), кашель (60%), повышение температуры тела (45%) и нарушение сна (20%). Реже встречалась кардиалгия (5%) преимущественно у детей старшего возраста, а у детей раннего возраста – редкое мочеиспускание, сочетающееся с отеками (20%). Гепатомегалия, как проявление сердечной недостаточности встречалась у 70% детей.

На основании субъективных и объективных данных более чем у 2/3 детей кардит протекал с картиной сердечной недостаточности, оцененной II Б степенью (70%).

Кроме клинических нами диагностированы и электрокардиографические признаки острого кардита. Неблагоприятным в плане прогноза явились признаки субэндокардиальной ишемии, определенная нами по изменениям сегмента ST и зубца T, а именно у 6 детей (15%) - снижение сегмента ST ниже изолинии с уплощенным зубцом T в левых грудных отведениях (V5-V6), а у 3- – в тех же отведениях отрицательный заостренный зубец T.

ЭКГ больной – Холикназаровой Р., 5 лет, и/б – 3078/395

На ЭКГ – синусовая тахикардия (ЧСС 150), субэндокардиальная ишемия.

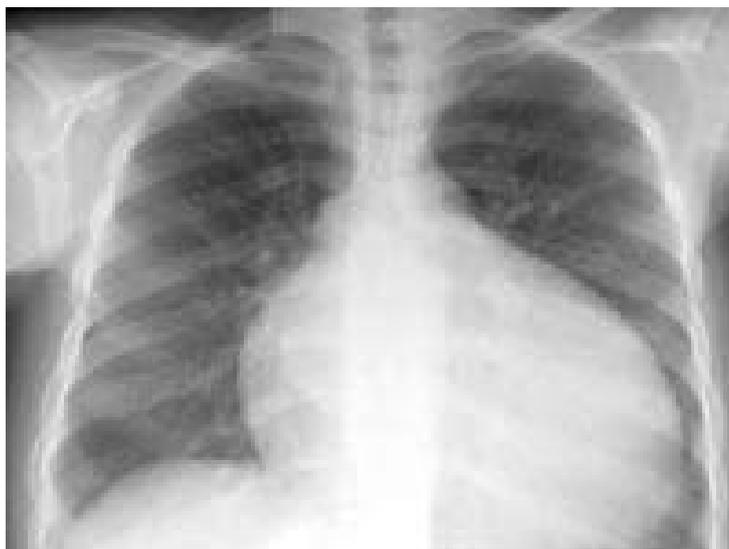


Эхокардиография позволила нам получить информацию о размерах полостей сердца, увеличении конечно-диастолического и конечно-систолического размеров левого желудочка, а также снижении фракции изгнания. Показатели конечно-систолического размера варьировали от 15 мм до 44 мм и конечно- диастолического размера – от 36 мм до 58 мм. Фракция изгнания у всех детей была ниже возрастных нормативов и располагалась в диапазоне 28 – 50%.

Подтверждающими критериями острого кардита явились данные Эхокардиографии по высоким показателям конечно-систолического и конечно-диастолического размеров и низким данным фракции изгнания (28-50%). Степень кардиомегалии оценивалась по данным КТИ на обзорной рентгенографии грудной клетки.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки нами установлено расширение тени сердца за счет левого желудочка и застойные явления в виде усиления легочного рисунка. Минимальные значения кардиоторакального индекса соответствовали 64%, а максимальные – 70%.

Рентгенография органов грудной клетки больной Мамадалиевой И.,
2 года, и/б 19031/1053.



На R-грамме – кардиомегалия, КТИ 68%, застойные явления в легких.

Выводы. Нами установлено, что у всех обследуемых нами детей развитие приобретенного кардита было связано с перенесенной вирусной инфекцией. Кроме того, большую роль сыграла высокая частота фоновых состояний, которые можно расценивать как предрасполагающие факторы к рецидивирующим вирусным заболеваниям.

Использованные источники.

1. Балыкова Л.А., Краснопольская А.В., Власова Е.А. Миокардиты у детей: клиническая картина, диагностика и лечение. // Педиатрическая фармакология, 2020, том 17 №2, с.137-147.
2. Басаргина Е.Н. Миокардит у детей: трудности диагностики и лечения.// Педиатрия. 2015 / Том 94, №2, с.152-160.
3. Ефименко О.В., Хайдарова Л.Р. Оценка влияния возможных факторов риска на течение неревматических кардитов. //Экономика и социум, №2 (105), 2023, с.1-9.

4. Потехина М.Н., Науменко Е.И. и др. Неревматические миокардиты у детей. Клиническое наблюдение. //Современные проблемы науки и образования, 2022, №4, с.2-8.
5. Тарадин Г.Г, Игнатенко Г.А и др. Внезапная сердечная смерть при миокардите.//Альманах клинической медицины. 2023, 51 (2), с.99-109.
6. Филиппов Е.В. Миокардит как причина хронической сердечной недостаточности. //Медицинский Совет, №16, 2018, с.80-85.
7. Шавазы Н.М., Лим М.В. Состояние эхокардиографических показателей у детей при внебольничной пневмонии с миокардитами.// Журнал гепатогастроэнтерологических исследований, №1, 2022, с.70-73.
8. Шайхова М.А. Роль респираторных заболеваний в развитии неревматических миокардитов в детском возрасте.// Молодой ученый, №22 (126), 2016, с.116-118.
9. Chang Y.-J., Hsiao H.-J., Hsia S.-H. et al. Analysis of clinical parameters and echocardiography as predictors of fatal pediatric myocarditis. PLoS ONE. 2019. Vol. 14 (3).
10. Neagu O., Rodríguez A.F., Callon D., Andréoletti L., Cohen M.C. Myocarditis Presenting as Sudden Death in Infants and Children: A Single Centre Analysis by ESGFOR Study Group. *Pediatr Dev Pathol.* 2021. Vol. 24. P. 327-336.
11. Zhang M., Wang H., Tang J., He Y., Xiong T., Li W., Qu Y., Mu D. Clinical characteristics of severe neonatal enterovirus infection: a systematic review. *BMC Pediatr.* 2021. Vol. 21 (1). P. 127.