

## ОСТРЫЙ МИОКАРДИТ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ НА ФОНЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

**Карджавова Гульноза Абилкасимовна**

PhD., ассистент кафедры 1-Педиатрии и неонатологии,

**Давурова Лайло Шокир кизи**

ассистент кафедры клинической фармакологии,

**Рахмонов Равшан Номозович**

студент 613-группы педиатрического факультета

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

*Пневмония у детей - одна из актуальных проблем педиатрии, что определяется сохраняющейся высокой заболеваемостью и тяжелым прогнозом, особенно у детей раннего возраста. Целью исследования явилась оценка эффективности применения карнитина в лечении и профилактике миокардитов у детей. Было обследовано 46 детей в возрасте от 6 месяцев до 7 лет с пневмонией, которых мы разделили на 2 группы. В I группу (контрольную) включили 23 детей, которые находились на стандартном лечении. Во II группу (основную) вошло 23 больных детей с пневмонией, имевшие нарушение со стороны сердечно-сосудистой системы, наличие которых был подтверждены инструментальными методами. Полученные результаты подчеркивают, что на фоне внебольничной пневмонии маскируется все симптомы острой сердечной недостаточности, причиной которого в большинстве случаев является острая коронарная недостаточность, изменение сердечной мышцы при этой патологии у детей повышает риск возникновения тяжелых нежелательных осложнений со стороны сердца.*

**Ключевые слова:** острый миокардит, внебольничная пневмония, дети.

**Актуальность.** Вот уже несколько десятилетий тяжелые пневмонии остаются одной из актуальных проблем современной медицины в силу неуклонной тенденции к росту числа больных и стабильно высокой летальности, несмотря на использование новых принципов и методов лечения [3,4]. Вероятной причиной этого являются несвоевременная постановка диагноза и,

как следствие, позднее начало лечения, а также невозможность проведения адекватной оценки эффективности терапии. Диагноз пневмонии у детей нередко вызывает затруднения, особенно если признаки дыхательной недостаточности развивалась на фоне ОРВИ. Проблема острого миокардита в настоящее время обусловлена её широким распространением, особенно в детском возрасте.

Одной из главных причин острого миокардита на сегодняшний день являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), которые остаются самыми распространёнными и глобальными заболеваниями у детей. Сердечно-сосудистая недостаточность типична для пневмонии, особенно у детей раннего возраста. Она развивается бурно, уже на ранних стадиях заболевания. При неосложненном течении болезни имеет место клинически скрытая сердечная недостаточность, диагностируется с помощью инструментальных исследований таких как ЭКГ, Эхо КГ. При внебольничной пневмонии у детей нарушении функции сердечно-сосудистой системы может клинически проявиться в виде коронарной недостаточности, а чаще сердечно-сосудистой недостаточности. [2,7.8]. Каждая эпидемия гриппа сопровождающихся с осложнением пневмонии у детей связано увеличением числа случаев острого миокардита, что определяет актуальность изучения этой проблемы.

Еще более серьезной задачей является своевременная диагностика осложнений пневмонии, особенно миокардитов, так как выявление этого кардиального осложнения позволяет избежать тяжелых, а подчас, и фатальных последствий для больного. Разработанные ранее клинические критерии диагностические критерии диагностики сердечной недостаточности не всегда достаточно объективны для выявления расстройств кровообращения у детей раннего возраста. Например, беспокойство, снижение аппетита, плохой сон у детей отмечают почти всегда. Тахипноэ и тахикардия может быть не только признаком пневмонии, но и возникают у здорового ребенка во время осмотра, кормления и.т.д. Одышка, тахипноэ всегда сопровождают заболевания бронхов и легких. Частота миокардитов при пневмониях по разным авторам варьирует от 1% до 15. С диагностической точки зрения, специфических электрокардиографических изменений, характерных только для миокардита, не существует.

Миокардит — это воспалительное поражение сердечной мышцы инфекционной, токсико-инфекционной, инфекционно-аллергической, аутоиммунной и токсической этиологии [6]. Это болезнь преимущественно детского возраста и юных людей, хотя заболевание может развиваться в любом возрасте. Причиной миокардитов могут быть любые вирусные или бактериальные агенты, а также неинфекционные факторы. Наиболее частой

причиной заболевания являются вирусы. В 6—8% случаев миокардит развивается во время или вскоре после различных спорадических или эпидемических вирусных инфекций [1].

Из бактериальных миокардитов наиболее опасными являются дифтерийные (инфекционно-токсические), миокардиты при скарлатине, брюшном тифе и сальмонеллезах, туберкулезе, иерсиниозах (кишечном и псевдотуберкулезе), при генерализованных стрептококковых и стафилококковых инфекциях и тонзиллогенные миокардиты, связанные с данными возбудителями [7,10].

**Цель.** Определить клиническую характеристику острого миокардита у детей на фоне внебольничной пневмонии.

**Материалы и методы исследования.** Нами были обследованы дети в возрасте от 6 месяцев до 7 лет с внебольничной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в отделениях экстренной педиатрии и детской реанимации СФ РНЦЭМП. Средний возраст обследованных детей составил 2,5. Критериями исключения являлись: перенесенное инфекционное заболевание в течение месяца перед госпитализацией, наличие органической патологии сердца (врожденные и приобретенные пороки сердца, кардиомиопатии), наличие признаков ревматической лихорадки и патологии коронарных сосудов. В общей сложности в исследование было включено 46 больных с внебольничной пневмонией, которые соответствовали критериям исключения.

Больные случайным образом разделены на 2 группы В I группу (контрольную) включили 23 детей, которые находились на стандартном лечении. Во II группу (основную) вошло 23 больных детей с пневмонией, имевшие нарушение со стороны сердечно-сосудистой системы.

Оценка эффективности от проводимой терапии пневмоний по стандарту проводилась на основании объективных признаков цианоза, застойных хрипов в легких и тахикардии. Оценка выраженности цианоза у пациентов оценивалась по центральному и по периферическому распространению, а кашель по 4- бальной системе: 0 баллов - нет кашля, 1 балл - единичный кашель, 2 балла - кашель выражен умеренно и 3 балла - частый, мучительный кашель. Тахикардия и цианоз явилась основным признаком поражения сердца при пневмонии, которые имели к тенденцию продолжения даже на фоне исчезновения интоксикации от основного заболевания.

Дополнительными критериями эффективности терапии являлись продолжительность оксигенотерапии и длительность госпитализации. Ведение пациентов проводилось в соответствии со спецификой работы службы Экстренной медицинской помощи, стандартами диагностики и лечения

(соблюдались рекомендуемые предельные сроки стационарного лечения бронхолегочных заболеваний). Критериями выписки явились: удовлетворительное состояние, показатель  $SpO_2 \geq 95\%$ , уменьшение кашля, одышки и тахикардии. Наличие изменений на электрокардиографическом исследовании “метаболического характера” по заключению кардиолога и незначительной сохранившихся пероральный цианоз при этом не являлись противопоказанием для выписки. Наблюдение пациентов продолжалось вплоть до полного разрешения основных симптомов заболевания.

**Результаты исследования.** После проведенного исследования были проанализированы и сопоставлены основные показатели больных сравниваемых групп при поступлении в стационар. Анализ показал, что отобранные в основную и контрольную группу пациенты были сравнимы по половым, возрастным, адресным показателям. При повторном осмотре детей имевших нарушения со стороны сердца при выписке сохранились следующие гемодинамические параметры: ФВ ЛЖ в группе лечения снижалось  $45.6 \pm 9.6\%$  до  $26 \pm 6.7\%$  до в группе плацебо, где произошло снижение величины ФВ с  $27.7 \pm 5.6\%$  до  $21.3 \pm 5.3\%$ ; конечно диастолический объём в группе лечения уменьшился с  $25.7 \pm 50.1$  до  $140,7 \pm 50.6$  vs в группе плацебо, где произошло увеличение КДО с  $245 \pm 46.3$  до  $280.6 \pm 48.9$ . Самое частое изменение, регистрируемые на ЭКГ – синусовая тахикардия, которая отмечалась у 18(39,1%) пациентов, изменения сегмента ST у 12, AV- блокады у 4(8,7%) , блокада левой ножки пучка Гиса у 22(47,8%) больных. Таким образом, самым ценным электрокардиографическим параметром у пациентов, страдающих миокардитом, является изменения комплекса QRS.

**Обсуждение результатов.** Результаты нашего исследования показывает что необходимо проведение эхо кардиографического, а так же электрокардиографического исследования детей при пневмониях, обуславливает уменьшение осложненных кардиореспираторных синдромов и постгипоксических изменений в миокарде желудочков, что позволяет сделать вывод об определенном преимуществе профилактического осмотра для предупреждения развития хронизации сердечно-сосудистой патологии. Самое частое изменение, регистрируемые на ЭКГ – синусовая тахикардия, которая отмечалась у 18 (39,1%) пациентов, изменения сегмента ST у 12, AV- блокады у 4(8,7%) , блокада левой ножки пучка Гиса у 22(47,8%) больных.

Исследования показали, что в настоящее время недостаточно разработаны критерии раннего выявления патологии сердца у больных с внебольничной пневмонией. В связи с тем, что количество кардиальной патологии на аутопсии значительно превышает её прижизненное выявление, проблема ранней

диагностики сердечно-сосудистой патологии и факторов риска её развития у больных детей с внебольничной пневмонией по-прежнему остается актуальным вопросом клинической медицины [4].

Среди легочных и внелегочных осложнений внебольничной пневмонии важное место занимают поражения сердечно-сосудистой системы [2,4]. По мнению многих авторов [1,11] дисфункция сердечно-сосудистой системы является почти постоянным спутником внебольничной пневмонии и развивается с первых часов; при этом нарушения кровообращения нередко определяют прогноз и исход самой пневмонии.

**Заключение.** Таким образом, клинические проявления сердечной недостаточности в раннем детском возрасте являются неспецифическими, что с целью уточнения диагноза необходимо проведение полного клинико-инструментального исследования, включающего ЭКГ с расчетом показателей центральной гемодинамики. Проведение эхокардиографического исследования детей при пневмониях, обуславливает уменьшение осложненных кардиореспираторных синдромов и постгипоксических изменений в миокарде желудочков, что позволяет сделать вывод об определенном преимуществе профилактического осмотра для предупреждения развития хронизации сердечно-сосудистой патологии под «маской» внебольничной пневмонии у детей и дальнейшей трансформации заболевания в различных кардиопатиям.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: (REFERENCES)

1. Афонасков О.В. Острый миокардит у больных внебольничной пневмонией молодого возраста/ Дис. . канд. мед. наук.- Хабаровск, 2005.- 127 с.
2. Бакирова В.Э. Оценка вариабельности дыхательного и сердечного ритмов у больных внебольничной пневмонией7Дис. .канд. мед. наук.-Уфа,2006.-159 с.
3. Басаргина, Е.Н. Миокардиты у детей: пособие для врачей / Е.Н. Басаргина. — М., 2008. — 27 с.
4. Борт Л.Б., Черник М.Б. Факторы, влияющие на течение внебольничной пневмонии // Тезисы докладов 13 Национального конгресса по болезням органов дыхания. 10-14 ноября 2003 г. СПб., 2003. - С. 236.
5. Вишнякова Л.А., Никитина М.А., Петрова С.И. и др. Роль *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumonia* и *Chlamydia pneumonia* при внебольничной пневмонии у детей // Пульмонология. — 2008. — № 3. — С. 43-47.
6. Григорьев К.И. Современный взгляд на пневмонию у детей и подходы к ее лечению и профилактике // Медицинская помощь. — 2005. — № 2. — С. 3-9.

7. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии / под ред. М.А. Школьниковой, Е.И. Алексеевой. — М., 2011. — 143 с.
8. Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста. Медпрактика. 2005.318-322
9. Руженцова, Т.А. Метаболическая терапия миокардитов и кардиомиопатий у детей, больных распространенными острыми инфекционными заболеваниями / Т.А. Руженцова, А.В. Горелов, Т.В. Смирнова, Л.А. Счастливых // Инфекционные болезни. — 2010. — Т. 8, № 3. — С.39—45.
10. Стреляева, А.В. Токсическая кардиопатия и миокардиты пеницилломикозной и иной этиологии у детей / А.В. Стреляева, Х.Н. Шадыева, Н.Б. Лазарева [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2010. — № 3. — С.46—52.
11. Plouffe JF, File TM Jr, Breiman RF. et al. Reevaluation of the definition Legionnaire's disease: use of the urinary antigen assay. Community Bas Pneumonia Incidence Study Group. Clin Infect Dis 1995; 20: 1286-91.