

*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*

*Ходжамбердиева Шаходат Холматовна ,  
ассистент 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*

## **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВОЗМОЖНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЕЧЕНИЕ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Аннотация.** Истинная распространенность кардитов в детской популяции не известна. Отсутствие чётких диагностических критериев, а также высокая распространенность инфекционных заболеваний у детей и, в частности респираторно-вирусных, приводит к достаточно частому вовлечению в патологический процесс сердечно-сосудистой системы. Немаловажную роль в развитии острых кардитов у детей раннего возраста играют – неблагоприятный перинатальный анамнез, белково-энергетической расстройство питания и высокая склонность к гиперергическим реакциям.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистая система, кардит, сердечная недостаточность, систолический шум, электрокардиография, Эхокардиография.

*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*

*Khodjamberdieva Shahodat Kholmatovna,  
Assistant of the Department of  
"Hospital Pediatrics"  
of Andijan State Medical Institute  
Andijan City, Republic of Uzbekistan*

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

## **ASSESSMENT OF THE INFLUENCE OF POSSIBLE RISK FACTORS ON THE COURSE OF NON-RHEUMATIC CARDITIS IN YOUNG CHILDREN**

**Annotation.** The true prevalence of carditis in the pediatric population is not known. The lack of clear diagnostic criteria, as well as the high prevalence of infectious diseases in children and, in particular, respiratory viral, leads to a fairly frequent involvement in the pathological process of the cardiovascular system. An important role in the development of acute carditis in young children is played by

an unfavorable perinatal history, protein-energy eating disorder and a high tendency to hyperergic reactions.

**Keywords:** cardiovascular system, carditis, heart failure, systolic murmur, electrocardiography, echocardiography.

**Актуальность.** В последние годы возрос интерес кардитов у детей, как болезни некоронарогенной и неревматической природы, в связи с ростом данной патологии, особенно среди детей раннего возраста. [3,6,7]

Такое понятие как «кардит» довольно недавно было введено в педиатрическую клиническую практику. Целесообразность выделения кардитов в педиатрии, обусловлено не только изолированным, но и часто сочетанным поражением двух или трёх оболочек сердца. [4,6,7]

Истинная распространённость кардитов в детской популяции не известна. Отсутствие чётких диагностических критериев, а также высокая распространённость инфекционных заболеваний у детей и, в частности респираторно-вирусных, приводит к достаточно частому вовлечению в патологический процесс сердечно-сосудистой системы. [1,8]

По данным многих исследователей примерно 1-5% больных детей острой вирусной инфекцией могут иметь поражение миокарда, которые либо не диагностируются, либо диагноз ставится в более поздние сроки. [2,4,8]

Особенности клинической манифестации кардитов зависит от локального или диффузного поражение одной или нескольких оболочек сердца, что определяет особенности клинического течения, возможные осложнения, а часто и прогноз. [1,5,6]

Течение кардитов, независимо от причины, вызвавшей поражение сердца, могут варьировать от лёгких, мало симптомных форм со стёртой клинической картиной и без признаков сердечной недостаточности, до ярко выраженной клинической картины с тяжёлой недостаточностью кровообращения и сложных нарушений ритма сердца. [3,7,8]

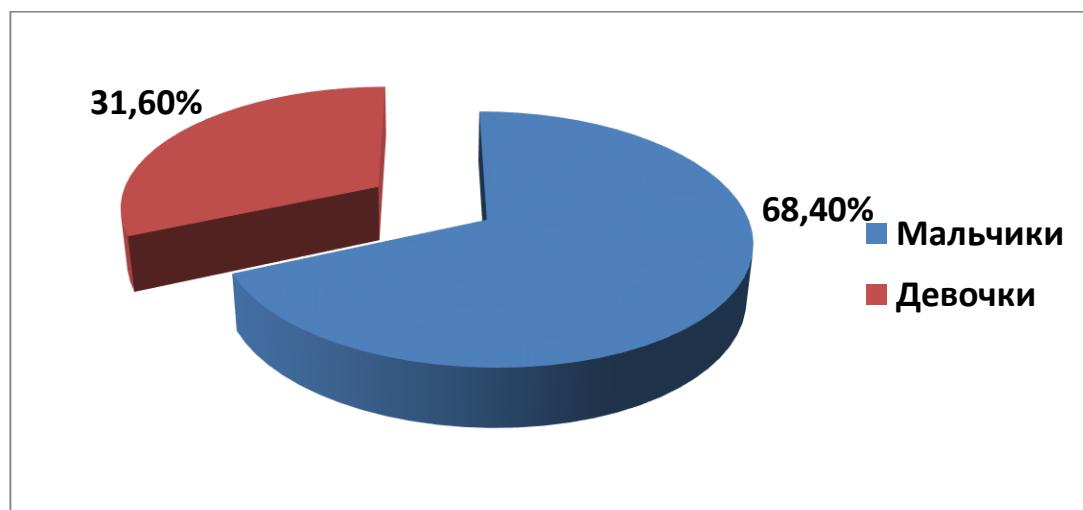
Немаловажную роль в развитии острых кардитов у детей раннего возраста играют – неблагоприятный перинатальный анамнез, белково-энергетической расстройство питания и высокая склонность к гиперергическим реакциям. [1,4,6]

**Цель исследования:** установить возможные факторы риска и особенности клинических проявлений кардитов у детей раннего возраста.

**Материал и методы исследования.** Все исследования выполнены на базе Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра, в отделении кардиоревматологии, за период 2020-2022 годы. В работе представлены данные обследования 38 детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет. При выполнении работы нами проводились беседы с родителями, изучались истории болезни и использовались результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Результаты.** Все дети поступали в стационар в тяжелом состоянии. У 7 детей (18,4%) данная госпитализация повторная, у остальных первичная. С диагнозом «Кардит» на стационарное лечение поступило 28 детей (73,7%), остальным (26,3%) диагноз был установлен в период перенесенной острой внебольничной пневмонии.

По месту постоянного проживания доминировали дети из сельской местности – 86,8%. По гендерному признаку преобладали мальчики.



У всех матерей, дети которых получали лечение по поводу острого кардита, имел место неблагоприятный акушерский анамнез. Частота и значимость возможных факторов риска анте- и перинатального периодов представлены в таблице.

Факторы риска анте и перинатального периодов	Абс.	%
Частые ОРВИ во время беременности	38	100%
Анемия у матери	38	100%
Внутриутробная гипоксия плода	12	31,6%
Наличие TORCH-инфекции у матери	9	23,7%
Гестозы	8	21%
Обострение инфекции мочеполовой системы у матери	6	15,8%
Слабость родовой деятельности	16	42,1%
Раннее излитие околоплодных вод	12	31,6%
Обвитие пуповиной в родах	5	13,1%

Наиболее информативными и предрасполагающими факторами в развитии кардитов у детей раннего возраста в постнатальном периоде нами выделены: анемия (100%), перинатальное поражение нервной системы (60,5%), аллергическая настроенность (55,2%), частые острые респираторные вирусные заболевания (42,1%), внутриутробное инфекция (23,7%) и белково-энергетическая недостаточность питания (13,2%).

Особую настороженность в плане ведущего фактора риска развития кардита вызвали дети, при исследовании крови которых выявлена цитомегаловирусная инфекция (23,7%), с показателями содержания иммуноглобулина G в 3 раза превышающими нормативные показатели.

Клиническое течение кардита зависело от многообразия и полиморфности жалоб. У всех детей (100%) при поступлении отмечалась

одышка и стонущее дыхание, усиливающиеся при любой физической активности ребенка. Субфебрильная температура диагностирована в 47,3% случаев, навязчивый кашель – у 63,1% и у 21% детей отмечались отёки, появление которых родители связывали со снижением диуреза. Нарушение сна у 8% детей проявлялось сонливостью, у остальных – с периодами немотивированного беспокойства по ночам.

Аускультативный феномен у 1/3 детей (31,6%) проявлялся приглушенностью I тона, у 69,4% детей – глухостью тонов, причём выраженность последнего ассоциировалась со степенью кардиомегалии. У 2/3 детей – 69,4% выслушивался систолический шум, не связанный с органическими поражениями, а у 14 детей (36,8%) отмечалось расщепление I тона по типу ритма галопа.

Симптомы сердечной недостаточности по левожелудочковому типу диагностированы у всех детей, причём у 73,3% – II Б степени. Гепатомегалия, как признак застоя в большом круге кровообращения имела место у всех детей. Размеры печени варьировали от +2 см до +5 см.

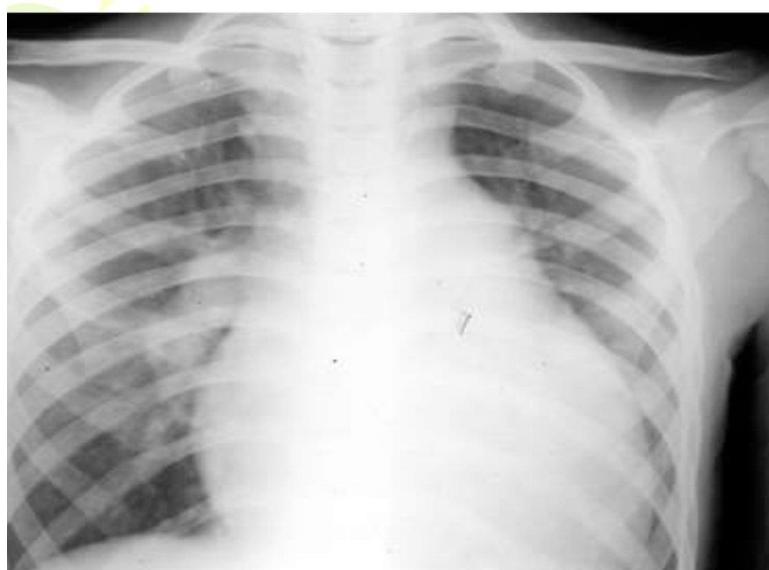
Гемодинамические нарушения оценивались по показателям электрокардиографии. Нарушения автоматизма проявлялись синусовой тахикардией и более, чем у половины обследованных детей (55,3%), частота сердечных сокращений превышала 20% порог от возрастных нормативов. У одного ребенка при поступлении в стационар диагностирован приступ суправентрикулярной тахикардии. Нарушения проводимости у детей с острым кардитом представлены – НБПНПГ (23,9%) и AV-блокадой I степени (7,9%).

Кроме того, электрокардиографическими признаками кардита у обследованных нами детей, явились признаки: гипертрофии левого желудочка (39,5%), гипертрофия левого желудочка с перегрузкой предсердий (39,5%), бивентрикулярной гипертрофии (21%), субэндокардиальной ишемии (31,6%) и метаболических изменений в миокарде (15,8%).

Эхо-признаками подтверждающими кардит, диагностированы изменения в виде дилатации полости левого и правого желудочков, увеличение конечно-систолического и конечно-диастолического размеров левого желудочков и значительное снижение фракции выброса, диапазон показателей которых находился в пределах от 28% до 42%.

При рентгенографическом исследовании определялось увеличение тени сердца, преимущественно за счёт левого желудочка, с показателями кардиоторакального индекса  $67\% \pm 3\%$ .

Рентгенограмма больного Дадаханов И., 1 год 6 месяцев, диагноз – Кардит приобретенный, острое течение, тяжелая степень, НК 2 А. (история болезни №321/508/471).



Из показателей исследования крови у всех госпитализированных детей с кардитом диагностирована анемия, как фактор усугубляющий течение данного заболевания. Дети с анемией средней тяжести составили 63%, у 8 детей (21%) показатели Нв соответствовали анемии тяжелой степени.

Маркером поражения миокарда является показатель КФК, повышение которого выявлено у всех детей с тяжёлым течением (73,7%) кардита. Кроме

этого, у всех детей имели место высокие показатели СРБ, превышающие нормативные показатели в 4-5 раз.

Таким образом, на основании полученных нами результатов, можно предположить, что наиболее вероятными и значимыми факторами риска развития кардитов у детей раннего возраста являются со стороны матери: отягощенный акушерский анамнез; со стороны ребенка – частые вирусные и вирусно-бактериальные инфекции, внутриутробные инфекции, перинатальное поражение нервной системы, белково-энергетическая недостаточность питания и аллергическая настроенность.

Острые кардиты у детей раннего возраста в наших исследованиях протекали преимущественно в тяжелой форме, с симптомами сердечной недостаточности, что нами расценивалось как неблагоприятный прогностический признак.

### **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, стр.137-147
2. Ефименко О.В., Хайдарова Л.Р., Жалолов Б.Б. Сравнительная оценка гемодинамических нарушений у детей с различными формами кардиомиопатий. //Биология и интегративная медицина, 2022, №5 (139), стр.60-62.
3. Ефименко О.В., Хайдарова Л.Р., Жалолов Б.Б. Влияние дебюта дилатационной кардиомиопатии на гемодинамические нарушения и прогноз. //Экономика и социум, №2 (93) – 2022, стр.308-315.
4. Зубов Е.В. Острый кардит у детей. Лабораторные тесты. //Пермский медицинский журнал, 2010, том 27, №5, стр.96-99.

5. Мырзабекова Г.Т., Ушурова А.И., Нургалиева С.З. Математическое прогнозирование тяжести течения неревматических кардитов у детей раннего возраста. //Вестник АГИУВ №2, 2012, стр.43-46.
6. Ровда Ю.И. Неревматические кардиты. //Мать и дитя. Кузбасс, №1 (24), 2006, стр.3-7.
7. Садыкова Д.И., Архипова Н.Н. Неревматические кардиты у детей. //Практическая медицина, №5 (44), 2010, стр.55-60.
8. Шайхова М.А. Роль респираторных заболеваний в развитии неревматических миокардитов в детском возрасте. //Молодой ученый, №22 (126), 2016, стр.116-118.