

О. В. Федоренко

# КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФЕКЦІЙНИЙ МІОКАРДИТ

Одеський національний медичний університет

Гострий інфекційний міокардит (ГІМ) посідає одне з перших місць у структурі серцево-судинної патології серед дітей і підлітків [1; 2]. За останні десять років не спостерігається тенденції до зменшення захворюваності на міокардит у Одеському регіоні, вона становить 11,6–12,1 % серед хвороб серця [3]. Ця недуга характеризується поліморфізмом клінічних симптомів і даних лабораторно-інструментального обстеження [4–6]. Труднощі у виявленні даної хвороби та відсутність діагностичних критеріїв її визначення є причиною помилок, коли міокардит залишається не виявленим. Усе вищенаведене зумовило актуальність вивчення клінічних проявів ГІМ.

У досліджувану когорту було включено 89 дітей віком від 3 до 16 років з ІМ у гострому періоді захворювання. Серед обстежених переважання частоти ураження серед хлопчиків або дівчаток не відзначали. Найбільш часто міокардит розвивався в групі дітей віком від 6 до 10 років.

Скарги хворих розподіляли на кардіальні та позакардіальні їх частота подана у табл. 1.

Серед кардіальних скарг найчастіше траплялися скарги на біль колючого (44,9 %; 95 % ДІ 34,7–55,3 %) та ниючого (28,1 %; 95 % ДІ 18,7–37,3 %) характеру в ділянці серця; серед позакардіальних — стомлюваність (80,9 %; 95 % ДІ 72,8–89,2 %) і загальна слабкість (57,3 %; 95 % ДІ 46,7–67,3 %).

При зборі анамнезу життя пацієнтів з міокардитом звертали особливу увагу на обтяжену спадковість. Так, у 5 (5,6 %; 95 % ДІ 1,1–10,9 %) батьків зафіксовано перенесений раніше інфекційно-алергічний міокардит, інші захворювання серцево-судинної системи — у 28 (31,5 %; 95 % ДІ 22,3–41,7 %) осіб; на алергічні захворювання, такі як atopічний дерматит, хворіли 11 (12,4 %; 95 % ДІ 5,2–18,8 %) батьків. На ревматизм страждали 8 (8,9 %; 95 % ДІ 3,1–14,9 %) осіб. Також 46 (51,7 %; 95 % ДІ 41,6–62,4 %) матерів обстежуваних дітей мали в анамнезі несприятливий перебіг вагітності: у 15 (16,9 %; 95 % ДІ 9,2–24,8 %) — токсикоз вагітних; у

22 (36,0 %; 95 % ДІ 26,0–46,0 %) під час II і III триместру вагітності була виявлена гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ); у 15 (16,9 %; 95 % ДІ 9,2–24,8 %) — анемія; у 6 (6,7 %; 95 % ДІ 1,7–12,3 %) — загроза переривання вагітності. Проблеми в інтранатальному періоді (слабкість пологової діяльності, стрімкі пологи, кесарів розтин) зареєстровані у 58 (65,2 %; 95 % ДІ 55,1–74,9 %) обстежених, а 32 дитини (36,0 %; 95 % ДІ 26,0–46,0 %) протягом перших трьох років життя перебували під спостереженням невропатолога з приводу перинатальної патології ЦНС, що, безсумнівно, вплинуло на розвиток інших захворювань. Часті вірусні й інші ін-

Таблиця 1

Частота кардіальних і позакардіальних скарг хворих при надходженні в клініку, абс. (%)

Показник	Вік дітей, роки		
	3–5, n=15	6–10, n=45	11–16, n=20
Кардіальні скарги			
Неприємні відчуття і тяжкість у ділянці серця	— (—)	11 (24,4)	3 (15,0)
Колючий біль	10 (66,7)	33 (73,7)	1 (5,0)
Ніючий біль	5 (33,3)	12 (26,7)	2 (10,0)
Серцебиття і перебої у ділянці серця	1 (6,7)	18 (40,0)	12 (60,0)
Позакардіальні скарги			
Зниження апетиту	6 (40,0)	14 (31,1)	1 (5,0)
М'язовий біль	2 (13,3)	3 (6,7)	— (—)
Слабкість	11 (73,3)	21 (46,7)	19 (95,0)
Втомлюваність	15 (100,0)	37 (82,2)	20 (100,0)
Головний біль	9 (60,0)	19 (42,2)	14 (70,0)
Підвищення температури	6 (40,0)	11 (24,4)	— (—)
Задишка при навантаженні	3 (20,0)	7 (15,6)	5 (25,0)
Кашель	14 (93,3)	18 (40,0)	2 (10,0)



фекції в анамнезі (більше чотирьох разів на рік) траплялися у 52 (58,4 %; 95 % ДІ 47,7–68,3 %) хворих. Щодо алергологічного анамнезу, то у 63 (70,8 %; 95 %; ДІ 61,6–80,4 %) обстежених відзначалися такі прояви алергії: алергічний дерматит на першому році життя — у 40,4 % (95 % ДІ 29,8–50,2 %), атопічний дерматит — у 16,9 % (95 % ДІ 9,2–24,8 %) і кропив'янка — у 10,1 % (95 % ДІ 3,8–16,2 %) випадків. Виникнення і подальший розвиток гострого ГІМ здебільшого були пов'язані з перенесеними ГРВІ (70,8 %; 95 % ДІ 61,6–79,8 %).

Об'єктивне обстеження хворих дітей виявило низку кардіальних і позакардіальних симптомів. Так, блідість шкірних покривів наявна у 76 (85,4 %; 95 % ДІ 77,6–92,4 %) дітей, ціаноз носо-губного трикутника — у 18 (20,0 %; 95 % ДІ 11,7–28,3 %).

При пальпації у 61 (68,5 %; 95 % ДІ 59,4–78,6 %) хворого був ослаблений верхівковий поштовх. У 69 (77,5 %; 95 % ДІ 69,4–86,6 %) випадках виявлено розширення меж уліво, а в 11 (12,4 %; 95 % ДІ 5,2–18,6 %) — уліво і вправо.

При аускультатії відзначалася приглушеність першого тону на верхівці серця у 65 (73,0 %; 95 % ДІ 63,8–82,2 %) дітей, а у 24 (27,0 %; 95 % ДІ 17,8–36,2 %) обстежених була нормальна звучність тонів і переважало, в основному, ураження провідної системи серця. Функціональний шум на верхівці вислуховувався в положенні лежачи у 73 (82,0 %; 95 % ДІ 74,0–90,0 %) хворих і був пов'язаний із дисфункцією папілярних м'язів. Зміна частоти серцевих скорочень у вигляді тахікардії, брадикардії, дихальної аритмії фіксувалася нами у 62 (69,6 %; 95 % ДІ 60,5–79,5 %), 21 (23,6 %; 95 % ДІ 15,1–32,9 %) і 15 (16,9 %; 95 % ДІ 9,2–24,8 %) дітей відповідно. Порушення серцевого ритму було зумовлене екстрасистолією в 32 (36,0 %; 95 %

ДІ 26,0–46,0 %) хворих. Тріпотіння передсердь і напади пароксизмальної тахікардії не були виявлені в жодному випадку.

Особливу увагу приділяли результатам спеціальних досліджень дітей із гострим ІМ. Так, аналіз даних електрокардіограм показав таке: відхилення електричної осі вправо траплялося у 10 (6,7 %; 95 % ДІ 1,7–12,3 %) хворих, що корелювало з залученням у процес правого шлуночка (у таких пацієнтів виявлено розширення меж серця вліво і вправо). Відхилення електричної осі серця вліво спостерігалось у 21 (23,6 %; 95 % ДІ 15,1–32,9 %) хворого, що корелювало з розвитком блокади лівої або правої гілки пучка Гіса. Порушення провідної функції серця становили: блокада однієї з ніжок пучка Гіса — у 24 (27,0 %; 95 %; ДІ 17,8–36,2 %), передсердно-шлуночкова блокада — у 12 (13,5 %; 95 % ДІ 6,8–21,2 %), уповільнення проходження електричного імпульсу з лівого шлуночка — у 23 (25,8 %; 95 % ДІ 16,9–35,1 %) випадках, підвищення активності міокарда лівого шлуночка — у 21 (23,6 %; 95 % ДІ 15,1–32,9 %) дитини. Порушення функції автоматизму спостерігалось у вигляді синусової тахікардії — у 23 (25,8 %; 95 % ДІ 16,9–35,1 %) пацієнтів, синусової брадикардії — у 28 (31,5 %; 95 % ДІ 22,3–41,7 %). Пароксизмальної тахікардії не було в жодному випадку.

3-поміж порушень функції збудливості міокарда траплялися: шлуночкова екстрасистолія — у 23 (25,8 %; 95 % ДІ 16,9–35,1 %), передсердна екстрасистолія — у 9 (10,1 %; 95 % ДІ 3,8–16,2 %) пацієнтів. Групових екстрасистол не виявлено.

Порушення процесів реполяризації виражалося в депресії сегмента S-T у відведеннях I, avL, V5 як ознака ішемії міокарда у 78 (87,6 %; 95 %

ДІ 81,2–94,8 %) випадках та інверсії зубця T у лівих грудних відведеннях.

Гіпертрофія лівого шлуночка виявлена у 17 (19,1 %; 95 % ДІ 10,8–27,2 %) обстежених, дифузні зміни міокарда шлуночка — у 15 (16,9 %; 95 % ДІ 9,2–24,8 %). Зниження вольтажу комплексу QRS спостерігалось у 68 (76,4 %; 95 % ДІ 67,1–84,9 %) пацієнтів.

У 10 дітей, які скаржилися на перебої та серцебиття, при ЕКГ-дослідженні не було виявлено порушень серцевого ритму. Цим хворим було проведено холтеровське моніторування ЕКГ, і у 8 (80,0 %; 95 % ДІ 71,7–88,3 %) з них зафіксовані такі порушення: шлуночкові екстрасистоли — у 1, передсердні екстрасистоли — у 2, міграція надшлуночкового водія ритму — у 3, уповільнення атріовентрикулярного проведення — у 2 дітей.

У свою чергу, ехокардіографія показала, що у 83 (93,3 %; 95 % ДІ 87,7–98,3 %) хворих дітей траплялося зниження фракції викиду. Дилатація лівого шлуночка була виявлена у 46 (51,7 %; 95 % ДІ 41,6–62,4 %), лівого передсердя — у 8 (8,9 %; 95 % ДІ 3,1–14,9 %), правого шлуночка — у 5 (5,6 %; 95 % ДІ 1,1–10,9 %) пацієнтів. У 49 (55,1 %; 95 % ДІ 44,7–65,3 %) хворих зафіксовано зниження скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка. У 56 (62,9 %; 95 % ДІ 53,0–73,0 %) дітей виявлена гіпокінезія задньої стінки лівого шлуночка, а у 23 (25,8 %; 95 % ДІ 16,9–35,1 %) — дискінезія міжшлуночкової перегородки. Зміни форми мітрального клапана під час діастолі спостерігали у 35 (39,3 %; 95 % ДІ 28,9–49,1 %) хворих, мітральна регургітація, яка поєднувалася з дилатацією лівого передсердя, — у 7 (7,9 %; 95 % ДІ 2,4–13,6 %) пацієнтів.

Рентгенологічне обстеження показало таке: конфігурація тіней серця була нормаль-



ною або «аортальною» у 76 (85,4 %; 95 % ДІ 77,6–92,4 %) і 13 (14,6 %; 95 % ДІ 7,6–22,4 %) випадках відповідно, збільшення розмірів тіні серця відзначено у 80 (89,9 %; 95 % ДІ 83,8–96,2 %) хворих.

Проведені лабораторні дослідження дітей, хворих на ГІМ, виявили таке: загальний аналіз крові показав наявність анемії у 20 (22,5 %; 95 % ДІ 14,3–31,7 %), підвищення ШОЕ (до 20 мм/год) — у 44 (49,4 %; 95 % ДІ 38,6–59,4 %), лейкоцитозу (до 10 тис. од.) — у 54 (60,7 %; 95 % ДІ 50,9–71,1 %), збільшення вмісту еозинофілів — у 37 (41,6 %; 95 % ДІ 31,7–52,3 %) дітей.

Біохімічні показники активності запального процесу були підвищеними: рівень  $\alpha_2$ -глобулінів — у 58 (65,2 %; 95 % ДІ 55,1–74,9 %),  $\gamma$ -глобулінів — у 64 (71,9 %; 95 % ДІ 62,7–81,3 %), С-реактивного білка — у 80 (89,9 %; 95 % ДІ 83,8–96,2 %) і серомукоїду — у 63 (70,8 %; 95 % ДІ 86,6–80,4 %) пацієнтів.

У дітей із ГІМ спостерігалася підвищена активність саркоплазматичних ензимів і коензимів у сироватці крові: серцевих фракцій лактатдегідрогенази — у 83 (93,3 %; 95 % ДІ 87,7–98,3 %) і креатинфосфо-

кінази — у 62 (69,7 %; 95 % ДІ 60,5–79,5 %) випадках.

### Висновки

1. При обстеженні дітей, хворих на ГІМ, було виявлено переважання позакардіальних скарг у групах дошкільного та молодшого шкільного віку і переважання кардіальних скарг у пацієнтів старшого віку. Найбільш частими позакардіальними скаргами були нарікання на стомлюваність (80,9 %; 95 % ДІ 72,8–89,2 %), загальну слабкість (57,3 %; 95 % ДІ 46,7–67,3 %), головний біль — (47,2 %; 95 % ДІ 36,6–57,4 %) та поганий апетит (23,5 %; 95 % ДІ 15,1–32,8 %); серед кардіальних — скарги на біль колючого (44,9 %; 95 % ДІ 34,7–55,3 %) та ниючого (28,1 %; 95 % ДІ 18,7–37,3 %) характеру, серцебиття та перебої (34,8 %; 95 % ДІ 26,5–44,0 %) у ділянці серця.

2. У дітей старшого віку в клінічній картині ГІМ при об'єктивному обстеженні превалюють такі симптоми, як порушення серцевого ритму у вигляді тахікардії (66,3 %; 95 % ДІ 56,1–74,9 %) і екстрасистолії (25,8 %; 95 % ДІ 16,9–35,1 %), тобто більше виражений аритмічний варіант перебігу міокардиту.

3. У дітей дошкільного та молодшого шкільного віку більше виражений больовий варіант перебігу міокардиту: превалювання скарг на біль у ділянці серця (56 %; 95 % ДІ 45,7–66,3 %) у клінічній картині поряд з ослабленням тонів (50,6 %; 95 % ДІ 40,6–61,4 %) і розширенням меж серця вліво (49,4 %; 95 % ДІ 38,6–59,4 %).

### ЛІТЕРАТУРА

1. Амосова Е. Н. Миокардиты / Е. Н. Амосова // Международный медицинский журнал. — 2000. — № 1. — С. 22–25.

2. Басаргина Е. Н. Патогенетические основы лечения сердечной недостаточности у детей / Е. Н. Басаргина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2003. — № 1. — С. 38–44.

3. Діти, жінки та сім'я в Одеській області. Статистичний збірник / відп. за випуск І. Г. Шевченко. — Одеса, 2005. — 204 с.

4. Дорошенко Б. Г. Сучасні принципи лікування інфекційного міокардиту / Б. Г. Дорошенко, П. С. Назар // Український кардіологічний журнал. — 2003. — № 1. — С. 27–33.

5. Кардіологія дитячого і підліткового віку: наук.-практ. посіб. / П. С. Мощич, Ю. В. Марушко, С. О. Бабко [та ін.]; за ред. П. С. Мощича, Ю. В. Марушка. — Вінниця: Вища школа, 2006. — 422 с.

6. Myocarditis: emergency department recognition and management / W. J. Brady, J. D. Ferguson, E. A. Ullman, A. D. Perron // Emerg. Med. Clin. North. Am. — 2004. — Vol. 22, N 4. — P. 865–885.

УДК 616.34-002-053.5

Ю. П. Харченко, И. В. Юрченко, С. А. Еременко

## СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ РОТАВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Одесский национальный медицинский университет

Одна из актуальных проблем педиатрии — острые кишечные инфекции (ОКИ). Это связано как с высокой частотой заболеваемости, так и с тяжелым течением, склонностью к генерализации процесса. Острые кишечные инфекции

— наиболее частая группа заболеваний, которые регистрируются у детей раннего возраста. Одним из ведущих этиологических возбудителей ОКИ у детей называют ротавирус.

Ротавирусная инфекция (РВИ) в большинстве стран

Европы входит в первую десятку наиболее опасных инфекционных болезней наряду с ВИЧ-инфекцией, гепатитом С, туберкулезом. Заболевание широко распространено во многих странах мира, составляя в развивающихся странах око-

