

Кожомкулова А.Т.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ
С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА НА ФОНЕ ОСТРОЙ
БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ**

A.T. Kozhomkulova

**DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF WARM INSUFFICIENCY AT CHILDREN
WITH CHD AGAINST SHARP BRONCHOPULMONARY PATHOLOGIES**

УДК: 616.12-008.46:612-007.2-053.616:.233\24-07-08

Изучены особенности клинико-инструментальной диагностики сердечной недостаточности у детей с ВПС на фоне острой бронхолегочной патологии и определена терапевтическая тактика. Выделены наиболее информативные методы диагностики сердечной недостаточности у детей раннего возраста. Представлена тактика медикаментозной терапии сердечной недостаточности при острой бронхолегочной патологии на фоне ВПС.

Ключевые слова: ВПС, дети, бронхолегочная патология, эхокардиография, сердечная недостаточность.

Features of klinikotool diagnostics of warm insufficiency at children with the against sharp pathologies are studied and therapeutic tactics is defined. The most informative methods of diagnostics of warm insufficiency at children of early age are allocated. Tactics of medicamentous therapy of warm insufficiency at sharp broncho-pulmonary is presented pathology against the CHD congenital heart disease.

Key words: CHD, children, bronchopulmonary pathology, an echocardiography, warm the insufficiency.

Проблема ВПС у детей в настоящее время весьма актуальна. ВПС в структуре причин смертности детей первого года жизни в Кыргызстане занимают ведущее место (11,7%) после перинатальных причин. В структуре летальности ВПС занимают первое место. За последние годы ПМС от ВПС в структуре причин смертности увеличился на 26,9% (1). В Кыргызстане с 1994 по 1998 годы отмечался ежегодный рост регистрации ВПС. С 2000 года наметилась тенденция снижения регистрации ВПС (-49%), что объясняется отсутствием специалистов, недоступностью специализированной медицинской помощи для детского населения республики следствием чего является низкая выявляемость ВПС. В последние годы количество умерших детей от ВПС в возрасте до 1 года увеличилось на 36%, до 14 лет - на 80,7%, старше 14 лет - на 94%. Показатели первичной инвалидности по ВПС за 8 лет увеличились в 5 раз (+535%) (1).

При изучении возможных факторов, предрасполагающих к развитию ВПС, в 22,1% случаев выявлена связь с внутриутробной инфекцией (2).

За последние 5 лет отмечается учащение госпитализации больных с ВПС (+123,6%) из среднегорных и высокогорных регионов республики с выраженными проявлениями недостаточности кровообращения, рефрактерной к терапии, преимущественно детей первого года жизни (53,7%) (3).

Изучение проблемы сердечной недостаточности в детском возрасте вызывает особый интерес клиницистов, что обусловлено трудностями диагностики, нивелированием характерных признаков нарушения кровообращения экстракардиальной патологией.

Цель исследования: изучить особенности клинико-инструментальной диагностики сердечной недостаточности у детей с ВПС на фоне острой бронхолегочной патологии и определить терапевтическую тактику с учетом степени тяжести состояния.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 90 детей с острой бронхолегочной патологией в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Из них 55 (61,1%) мальчиков и 35 (38,9%) девочек. Среди обследованных преобладали дети первого года жизни (73,3%). 1 группу обследованных составили дети с острой бронхолегочной патологией (43 ребенка). У 47 детей 2 группы наблюдались клинические признаки нарушения кровообращения, обусловленные врожденными пороками сердца на фоне острой бронхолегочной патологии.

Всем детям проводилось клиническое и инструментальное обследование, включающее ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, ЭхоКГ с расчетом показателей центральной гемодинамики. За основу оценки степени тяжести систолической дисфункции левого желудочка, лежащей в основе сердечной недостаточности, положены эхокардиографические показатели: фракция изгнания (ФИ) и скорость циркулярного укорочения волокон миокарда (Vcf).

Результаты исследования. Среди обследованных в обеих группах были больные с острой бронхолегочной патологией. В обеих группах наблюдалась тяжелая форма пневмонии

(40%), реже острый обструктивный бронхит - у 21,7% и ОРВИ - у 10%.

Ведущими жалобами у детей I группы были: беспокойство у (60%), снижение аппетита у (48,3%) затруднение дыхания (у 35%) вялость (26,7% больных). При клиническом обследовании тахикардия определялась у 86,7%, тахипноэ - у 46 76,7%, одышка - у 63,3%, увеличение печени - 30%, периферический цианоз - у 53,3% детей. На ЭКГ у большинства обследованных (93,3%) регистрировались умеренно выраженные реполяризационные нарушения, синусовая тахикардия и перегрузка преимущественно правых камер сердца. Кардиоторакальный индекс в среднем составил $0,57 \pm 0,02$. По данным ЭхоКГ среди детей I группы ФИ была $63,01 \pm 0,66\%$. Vcf $1,51 \pm 0,05$ л/с, что свидетельствовало о гипердинамическом режиме центральной гемодинамики как компенсаторной реакции сердечно-сосудистой системы при начальных проявлениях сердечной недостаточности.

Больные данной группы на фоне терапии основного заболевания получали кардиометаболические средства (препараты калия, кокарбоксилазу, рибоксин, аспаркам) в возрастной дозировке, диуретики (фуросемид $0,5-1$ мг/кг). С целью уменьшения гипертензии малого круга кровообращения назначался эуфиллин в дозе $6-8$ мг/кг/сут. У детей с бронхолегочной патологией после проведения комплекса лечебных мероприятий показатели центральной гемодинамики не отличались от возрастной нормы.

Основными жалобами у детей 2 группы являлись снижение аппетита (80%), затрудненное дыхание (46,7%), беспокойство (53,3%), вялость (40%). У всех детей данной группы отмечались тахикардия и тахипноэ. Одышка была выявлена у 80% детей II группы, увеличение печени - у 66,7%. По данным ЭКГ доминировали более выраженные нарушения процессов реполяризации, гипертрофия или перегрузка камер сердца, тахикардия. Данные ЭКГ указывали на значительные реполяризационные нарушения, а также отражали гипертрофические изменения миокарда и перегрузку камер сердца. Кардиоторакальный индекс в этой группе составил, $62,1 \pm 0,02$. При ЭхоКГ исследовании ФИ снижалась до $36,7 \pm 1,3\%$, Vcf $0,78 \pm 0,06$ л/с. У 1/3 обследованных отмечалась тенденция к гипокинезии миокарда.

В терапии больных 2 группы кроме кардиотрофных средств и диуретиков включали

сердечные гликозиды - дигоксин в дозе насыщения $0,05-0,075$ мг/кг с последующим переходом на поддерживающую дозу, а также ингибиторы АПФ (капотен $0,5-1,5$ мг/кг/сут., берлиприл $0,05-0,3$ мг/кг/сут.). В ряде случаев в терминальной фазе сердечной недостаточности были использованы симпатомиметики (дофамин в дозе $5-10$ мкг/кг/мин).

Терапевтическая тактика больных в этой группе включала использование сердечных гликозидов, преимущественно строфантина в дозе насыщения с последующим переходом на поддерживающие дозы дигоксина перорально, ингибиторов АПФ, диуретиков, кардиометаболических средств в более высоких дозах.

Выводы:

1. Клинические проявления сердечной недостаточности в раннем детском возрасте на фоне острой бронхолегочной патологии являются неспецифическими, поэтому с целью уточнения диагноза необходимо проведение полного клинико-инструментального исследования, включающего ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, ЭхоКГ с расчетом показателей центральной гемодинамики.
2. Наиболее информативным методом диагностики степени сердечной недостаточности у детей раннего возраста является эхокардиография.
3. Объективными эхокардиографическими признаками степени сердечной недостаточности следует считать снижение ФИ и Vcf .
4. Медикаментозная терапия сердечной недостаточности при острой бронхолегочной патологии на фоне ВПС предусматривает назначение сердечных гликозидов, ингибиторов АПФ, симпатомиметиков, более высоких доз диуретиков и кардиометаболических средств.

Литература:

1. Саатова Г.М. Медицинские, социальные и экономические последствия сердечно-сосудистых заболеваний среди детского населения в Кыргызстане. Сборник научных трудов Международной научно-практической конференции «Вопросы высокоспециализированной медицинской помощи детям и подросткам с сердечно-сосудистыми заболеваниями», 2009, Алматы. С 43-44.
2. Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Шайдерова И.Г. Риск возникновения врожденных пороков сердца у детей и оптимизация программ консервативного ведения. Центральное Азиатский медицинский журнал, том XV, Приложение 2, 2009 год, стр. 106-108.
3. Саатова Г.М., Кожомкулова А.Т. Врожденные пороки сердца у детей высокогорных регионов Кыргызстана. «Наука и новые технологии», 2008, №1-2, стр 89-93.

Рецензент: к.мед.н., доцент Кудайбергенова К.А.