

ода реконвалесценции доказывают необходимость и целесообразность включения этиотропных средств в протоколы комплексной базисной терапии энтеровирусных менингитов у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альмишева А. Ш. Эпидемиологические и экологические аспекты серьезных менингитов энтеровирусной природы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.
2. Глазнова Т. В., Бубнова Л. Н., Мазуров В. И. Способность иммунокомпетентных клеток периферической крови больных ревматоидным артритом к синтезу цитокинов с про- и противовоспалительной активностью // Цитокины и воспаление. – 2002. – № 1. – С. 18–21.
3. Ковтун О. П., Сабитов А. У. и др. Иммунокорригирующая терапия при нейроинфекциях у детей // Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей: Материалы первого Конгресса педиатров-инфекционистов (Москва, 4–6 дек. 2002). – М., 2002. – С. 77–78.
4. Куприна Н. П., Земсков А. М., Кокорева С. П., Панина О. А. Опыт применения цитокинов в лечении серьезных менингитов у детей // Детские инфекции. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 57–61.
5. Назарочкина О. В. Клинико-диагностическое значение некоторых железосодержащих белков острой фазы и интерлейкина-10 при вирусных менингитах у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2006.
6. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Ярославской

области в 2010 году: Материалы к государственному докладу. – Ярославль, 2011.

7. Протасеня И. И. Энтеровирусная инфекция у детей (на примере Хабаровского края): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2010.
8. Рабсон А., Ройт А., Делвз П. Основы медицинской иммунологии: Пер. с англ. Л. А. Певницкого. – М., 2006.
9. Сорокина М. Н., Скрипченко Н. В. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей: Руководство для врачей. – М., 2004.
10. Тимченко В. Н., Леванович В. В., Михайлов И. Б. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. – СПб., 2004.
11. Хаитов Р. М., Игнатъева Г. А., Сидорович И. Г. Иммунология. – М., 2000.
12. Энтеровирусные заболевания: клиника, лабораторная диагностика, эпидемиология, профилактика: Метод. указания (МУ 3.1.1.2130-06). – М., 2006.
13. Archimbaum C. et al. Impact of rapid enterovirus molecular diagnosis on the management of infants, children, and adults with aseptic meningitis // J. Med. Virol. – 2009. – Vol. 81, N 1. – P. 42–48.
14. Berg D., Kuhn R., Rajewsky K. IL-10 is central regulation of the response to LPS in murine models of endotoxic shock // J. Clin. Invest. – 1995. – Vol. 96. – P. 23–39.

Поступила 24.02.12

Сведения об авторах:

Ситников Иван Германович, проф., зав. каф. детских инфекционных болезней ЯГМА, e-mail: sitnikov@yuma.ac.ru;
Мельникова Ирина Михайловна, доктор мед. наук, доцент каф. госпитальной педиатрии ЯГМА.

© Т. А. РУЖЕНЦОВА, А. В. ГОРЕЛОВ, 2012

УДК 616.127-002-02:616.2-022.6]-07

Т. А. Руженцова, А. В. Горелов

ЗНАЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а

В статье представлены данные о клинических, электрокардиографических, ультразвуковых и лабораторных особенностях миокардитов, развившихся у детей, больных ОРВИ. Показана динамика выявленных изменений и возможность формирования хронической патологии спустя год после начала заболевания.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, ОРВИ, парагрипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синцициальная инфекция, миокардит, кардиоспецифичные ферменты, эхокардиография, ЭКГ

T. A. Ruzhentsova, A. V. Gorelov

THE VALUE OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN THE DEVELOPMENT OF CHRONIC HEART FAILURE DISEASE IN CHILDREN

Federal Budget Institution of Science "Central Research Institute of Epidemiology" of The Federal Service for the Oversight of Consumer Protection and Welfare, 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123

The data on clinical, ECG, ultrasound and laboratory features of myocarditides that developed in children with acute respiratory viral infections (ARVI) have been presented in this article. The dynamics of changes and the identified possibility of forming the chronic pathology in a one year after the onset of the disease has been shown.

Key words: acute respiratory viral infections, ARVI, parainfluenza, adenoviral infection, respiratory syncytial infection, myocarditis, cardiac specific drugs, echocardiography, ECG

На сегодняшний день острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются наиболее частой патологией детского возраста. Несмотря на большое

количество лекарственных препаратов, предлагаемых фармацевтической промышленностью для лечения и профилактики ОРВИ, каждый ребенок переносит это заболевание ежегодно до 6–10 раз. Во многих случаях выздоровление может происходить самостоятельно с помощью собственных иммунных механизмов или при применении минимального набора симптомати-

Для корреспонденции: Руженцова Татьяна Александровна, канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Центрального НИИ эпидемиологии, e-mail: ruzhencova@gmail.com

ческих средств. Уже в начале XX века стало известно, что при многих респираторных инфекциях могут развиваться сердечно-сосудистые осложнения, приводящие у некоторых больных к летальным исходам или стойкой инвалидизации. Расширение диагностических возможностей способствовало последовательному изучению характера патологии, что позволило подтвердить инфекционно-воспалительную и инфекционно-аллергическую природу наблюдаемых проявлений миокардита. Однако при попытках получить достоверные подтверждения процесса было получено множество противоречивых результатов. Современные методы исследования сердца: томосцинтиграфия миокарда, ультразвуковая денситометрия, магнитно-резонансная томография с контрастированием, эндомикардиальная биопсия не позволили определить золотой стандарт для диагностики миокардита [3, 13, 15]. В то же время это заболевание и его последствия остаются основной приобретенной некоронарогенной патологией сердца. К концу прошлого столетия на фоне существенного снижения смертности от острого инфаркта миокарда и инсульта частота летальных исходов вследствие миокардитов и кардиомиопатий осталась на том же уровне, что и в начале века [12]. По данным ряда исследователей считается, что в настоящее время миокардит сопровождается до 2% всех случаев ОРВИ и гриппа [3, 14]. Среди госпитализированных больных эта цифра значительно выше: от 5 до 8% [14]. Истинная частота остается неизвестной, поскольку большинство пациентов либо выздоравливают, либо подвергаются дополнительному обследованию на стадии стойких изменений, когда уже сложно проследить связь с ранее перенесенной инфекцией. Типичны нарушения ритма и проводимости, симптомы сердечной недостаточности. В анализе крови у таких больных примерно в 30% случаев выявляют аутоиммунные антитела к миокарду, что подтверждает диагноз [11]. Однако этот метод в нашей стране применяется редко.

При развитии миокардита жалобы предъявляют только дети старшей возрастной группы. Возможны различные по интенсивности и характеру кардиалгии, эпизоды сердцебиений и перебоев в работе сердца, чувство нехватки воздуха. Родители могут обратить внимание на необычную вялость ребенка, плохой аппетит, беспокойный сон. Нарушение сократительной функции преимущественно левого желудочка проявляется сухим или влажным кашлем и одышкой, которая при легких формах заметна только на фоне физических нагрузок, бледностью кожных покровов. Правожелудочковая недостаточность проявляется набуханием шейных вен, отеком ног, брюшной стенки. Если соблюдается постельный режим, а также после сна, отеки могут распространяться на руки и лицо. Характерны цианоз, акроцианоз. При аускультации отмечается приглушенность или глухость тонов, систолический, реже систолодиастолический шум, артериальная гипотензия [6]. Электрокардиографическое обследование (ЭКГ) по стандартной методике представляет собой наиболее доступный метод для быстрой оценки состояния миокарда. Любые впервые

выявленные изменения на ЭКГ в сочетании с аускультативными данными на фоне ОРВИ и в течение 3 нед после стихания симптомов могут быть расценены как вероятные для течения острого инфекционного миокардита. Повышенный уровень активности кардиоспецифичных ферментов (КСФ) и белков (тропонинов), результаты эхокардиографии (ЭхоКГ) подтверждают диагноз [7]. Однако у некоторых больных миокардитом легкой формы лабораторные и ультразвуковые показатели остаются в пределах нормы [3, 7]. Учитывая недоступность для многих пациентов указанных методов дообследования, комитетом ВОЗ в 1997 г. было предложено использовать термин “inflammatory cardiomyopathy” – воспалительная кардиомиопатия для обозначения всех случаев инфекционных поражений миокарда, их последствий, всех острых и хронических миокардитов, в том числе аутоиммунных, всех случаев дилатационной кардиомиопатии [3].

Таким образом, симптомы миокардитов, развивающихся у детей, больных ОРВИ и реконвалесцентов, неспецифичны, часто нечетко выражены, но при отсутствии своевременной диагностики и лечения могут приводить к стойким нарушениям в работе сердца. Частота осложнений, особенно легких и латентных форм, в настоящее время остается неизвестной, что обуславливает необходимость проведения дальнейших исследований.

Цель исследования: оценить возможность развития хронической патологии сердца вследствие перенесенного миокардита нетяжелого течения у детей, больных распространенными ОРВИ.

Материалы и методы

В исследование вошли 108 детей в возрасте от 1 до 10 лет, которые были госпитализированы в детскую инфекционную больницу № 5 СВАО Москвы с ОРВИ в период с 2002 по 2008 г. Из них в основную группу вошли 54 ребенка, у которых за время нахождения в стационаре были выявлены признаки патологии сердца. Дети с ранее выявленными приобретенными и врожденными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а также с хронической патологией, которая может сопровождаться дисфункцией миокарда, из исследования исключались. Этиология по анализу мазков из носа и зева методом полимеразной цепной реакции была подтверждена у всех пациентов. Вирусы парагриппа были обнаружены у 34 (63%) больных, аденовирусы – у 14 (26%), респираторно-синцитиальный вирус – у 6 (11%). Дополнительно проводили бактериологические и серологические исследования. Обнаружение патогенных бактерий являлось поводом для исключения из данного исследования. Для сравнения была сформирована группа из 54 пациентов с ОРВИ без отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы. Группы были абсолютно идентичны по этиологической структуре и сопоставимы по возрасту, полу, срокам госпитализации, степеням тяжести, осложнениям, сопутствующей патологии и проводимой базисной терапии.

Большинство пациентов (43 ребенка в основной группе и 38 детей в группе сравнения) были в возрасте от 1 года до 3 лет. Все вошедшие в исследова-

ние были госпитализированы до 4 сут включительно от первых симптомов ОРВИ. В абсолютном большинстве случаев (49 в основной группе и 46 в группе сравнения) основное заболевание было расценено лечащими врачами как среднетяжелое. Клинические проявления ринофарингита определяли у всех детей. В основной группе бронхит был диагностирован у 31 (57%) ребенка, пневмония – у 15 (28%). В группе сравнения 28 (52%) детей имели симптомы бронхита и 13 (24%) – признаки пневмонии.

У всех больных помимо стандартного обследования (клинический осмотр, клинический анализ крови, общий анализ мочи, по показаниям – рентгенография органов грудной клетки) мы проводили регистрацию ЭКГ, ЭхоКГ-исследование, определяли уровни активности КСФ: МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК), α -гидроксибутиратдегидрогеназы (α -ГБДГ), аспарагиновой трансаминазы (АСТ) и аланиновой трансаминазы (АЛТ). У детей с сохраняющимися нарушениями более 3 мес проводили анализ крови и мазков из зева методом полимеразной цепной реакции на вирусы герпеса I и II типов, цитомегаловирус, вирус Эпштейна–Барр; проводили тест на наличие антител к миокарду в сыворотке крови.

ЭКГ-исследование осуществляли с помощью трехканальных аппаратов “Fukuda Denshi CARDIMAX FX-326U”, “Fukuda Denshi CARDIMAX FCP-7101” (производства “Fucuda ME”, Япония) и двенадцатиканального “Cardiovit AC104PC” (производства “SHILLER”, Швейцария). ЭхоКГ-исследование выполняли с помощью ультразвуковых сканеров “SIM-5000 плюс” (производства “Esaote”, Италия) и “ACCUVIX XQ” (производства “MEDISON”, Корея). ЭКГ регистрировали в 12 стандартных отведениях с расшифровкой и оценкой в соответствии с возрастными критериями по общепринятой методике [5].

ЭхоКГ мы проводили в одномерном (М), двухмерном (D) и доплеровских режимах с применением метода цветного картирования кровотока согласно рекомендуемым стандартам ультразвукового исследования сердца [6, 7]. Определяли конечно-диастолический и конечно-систолический размеры левого желудочка (ЛЖ), оценивали толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в систолу и диастолу, размеры правого желудочка и предсердий; состояние створок клапанов и характер их движения. Визуально устанавливали однородность и эхогенность листков перикарда, измеряли сепарацию. С помощью компьютерной программы вычисляли конечно-систолический и конечно-диастолический объемы ЛЖ, ударный и минутный объемы, фракцию выброса, фракцию укорочения, массу миокарда ЛЖ. Диастолическую функцию желудочков определяли путем замеров максимальных скоростей трансмитрального и транстрикуспидального потоков в начале (пик E) и в конце (пик A) диастолы, времени изоволюмического расслабления, времени замедления раннего диастолического наполнения в импульсно-волновом режиме. На основании существующих рекомендаций по соотношению показателей определяли 3 типа диастолической дисфункции: нарушение релаксации,

псевдонормальный и рестриктивный [1]. Полученные результаты сопоставляли с нормативными показателями для соответствующей возрастной группы с учетом площади поверхности тела ребенка [4].

Активность КСФ измеряли с применением количественного оптимизированного ультрафиолетового теста. Антитела к миокарду определяли полуколичественным методом с помощью иммунофлюоресцентного анализа.

Всем пациентам проводилась базисная терапия по поводу основного заболевания [8, 9]. В основной группе для лечения осложнений была назначена дополнительная терапия в соответствии с выявленными изменениями [2], на протяжении всего срока госпитализации по мере необходимости проводили коррекцию схемы.

После выздоровления по основному заболеванию с выраженной положительной динамикой сердечно-сосудистых нарушений, при отсутствии прогностически неблагоприятных отклонений на ЭКГ и ЭхоКГ детей выписывали из стационара, после чего наблюдение и лечение продолжали амбулаторно с кратностью 1 раз в месяц до полной нормализации всех выявленных нарушений. В случаях формирования стойких изменений наблюдение и лечение продолжали от 4 до 10 лет с ежеквартальным комплексным обследованием. При повторных госпитализациях по поводу острых респираторных и острых кишечных инфекций с отрицательной динамикой показателей ЭКГ, ЭхоКГ и повышением активности КСФ дети из исследования исключались.

Статистическая обработка всех полученных данных осуществлялась на персональном компьютере с использованием программы Statistica, версия 6.1. Вычисляли достоверность различий p с помощью t -критерия Стьюдента. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

На основании впервые выявленных клинических симптомов, изменений ЭКГ, повышения уровней активности одного КСФ или более, данных ЭхоКГ у всех детей в основной группе был диагностирован острый инфекционный миокардит. У части больных (у 6 детей, больных парагриппом, осложненным пневмонией, и у 1 ребенка с диагностированной респираторно-синцитиальной инфекцией, клинически проявляющейся бронхитом и ринофарингитом) элевация сегмента ST на ЭКГ с последующей динамикой и сепарация листков перикарда более 3 мм по результатам ЭхоКГ были расценены как проявления перикардита.

Жалобы на неопределенный дискомфорт в области сердца были отмечены у 2 больных 8 и 9 лет из основной группы. У всех детей с клиническими симптомами патологии миокарда родители и лечащие врачи отмечали вялость, беспокойный сон. У 11 пациентов на фоне ОРВИ наблюдали кратковременные обморочные состояния, у 2 детей – повторные, до 5 эпизодов за время госпитализации. Среди детей из группы сравнения в 29 (54%) случаях родители обращали внимание на вялость и беспокойный сон.

Таблица 1

Динамика ЭКГ-изменений в сравниваемых группах детей, больных ОРВИ различной этиологии

ЭКГ-изменения	Первичное обследование		Через 6 мес		Через 1 год	
	основная группа	группа сравнения	основная группа	группа сравнения	основная группа	группа сравнения
Не обнаружены	2 (4)**	37 (69)*	41 (76)#	44 (81)	43 (80)	44 (81)
Сглаженный зубец <i>T</i> в двух–трех отведениях	40 (74)**	2 (4)*	4 (7)#	0	3 (6)	0
Сглаженный зубец <i>T</i> во всех отведениях	10 (19)**	0*	0#	0	0	0
Элевация сегмента <i>ST</i>	12 (22)**	0*	1 (2)#	0	1 (2)	0
Депрессия сегмента <i>ST</i>	7 (13)*	0*	0	0	0	0
Снижение вольтажа комплекса <i>QRS</i>	32 (59)**	0*	7 (13)**	0*	5 (9)*	0*
Признаки гипертрофии одного или обоих желудочков	18 (33)**	4 (7)*	3 (6)#	1 (2)	2 (4)	1 (2)
Суправентрикулярная экстрасистолия	4 (7)	0	1 (2)	0	1 (2)	0
Вентрикулярная экстрасистолия	3 (6)	0	2 (4)	0	2 (4)	0
Нарушения внутрижелудочковой проводимости	19 (35)#	15 (28)	8 (15)#	10 (19)	8 (15)	10 (19)

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3: * – разница достоверна между основной группой и группой сравнения ($p < 0,05$); # – разница достоверна между результатами предыдущего и последующего обследований ($p < 0,05$); в скобках – процент.

Таблица 2

Динамика ЭхоКГ-изменений в сравниваемых группах детей, больных ОРВИ различной этиологии

ЭхоКГ-изменения	Первичное обследование		Через 6 мес		Через 1 год	
	основная группа	группа сравнения	основная группа	группа сравнения	основная группа	группа сравнения
Не обнаружены	16 (30)**	48 (89)*	35 (65)**	54 (100)*	47 (87)*	54 (100)*
Снижение фракции выброса ЛЖ	18 (33)**	0*	2 (4)#	0	2 (4)	0
Гипертрофия стенки ЛЖ	27 (50)**	0*	6 (11)**	0*	4 (7)	0
Увеличение размеров ЛЖ	24 (44)**	0*	5 (9)**	0*	4 (7)	0
Увеличение размеров ПЖ	20 (37)**	0*	2 (4)#	0	2 (4)	0
Увеличение размеров одного или обоих предсердий	15 (28)**	0*	3 (6)#	0	3 (6)	0
Патологическая регургитация на одном или более клапанов	17 (31)**	0*	5 (9)**	0*	4 (7)	0
Диастолическая дисфункция ЛЖ	34 (63)**	2 (4)*	9 (17)**	0*	5 (9)*	0*
Диастолическая дисфункция ПЖ	26 (48)**	5 (9)*	8 (15)**	0*	5 (9)*	0*
Пролапс одного из клапанов	17 (31)**	0*	5 (9)**	0*	3 (6)	0
Пролапс двух и более клапанов	5 (9)*	0*	2 (4)	0	2 (4)	0

Из клинических симптомов патологии сердца у пациентов из основной группы наиболее часто отмечали систолический шум (41 ребенок – 76%), приглушенность или глухость тонов сердца (30 детей – 56%), несколько реже – тахикардию, не адекватную температуре тела (25 детей – 46%), брадикардию, не соответствующую фазе заболевания (13 детей – 24%). Зарегистрированные изменения ЭКГ представлены в табл. 1. У большинства больных с впервые выявленными на фоне ОРВИ клиническими симптомами патологии сердца при первичном обследовании отмечали нарушения процессов реполяризации, снижение вольтажа комплекса *QRS*, чего не было зарегистрировано в группе сравнения. Признаки гипертрофии одного или обоих желудочков достоверно чаще наблюдали у детей основной группы. Как в основной, так и в группе сравнения нередко выявляли нарушения внутрижелудочковой проводимости, которые могут представлять собой вариант нормы [5]. Однако при наблюдении в динамике на

фоне лечения было отмечено достоверное снижение частоты их регистрации.

По результатам ЭхоКГ, которые представлены в табл. 2, у детей, больных ОРВИ с клиническими симптомами патологии сердца изменения наблюдали несколько реже. Чаще всего в начальной стадии отмечали нарушение диастолической функции одного или обоих желудочков, увеличение размеров одной камеры сердца или более с гипертрофией задней стенки и/или МЖП и закономерную в такой ситуации клапанную регургитацию. У части больных имело место снижение сократимости миокарда ЛЖ и пролапсы одного или нескольких клапанов.

Как показано в табл. 3, в анализе крови у всех пациентов основной группы было обнаружено повышение активности одного, двух или трех из КСФ. У 78% больных наблюдали одновременное повышение активности МВ-КФК, α -ГБДГ и АСТ, что с высокой степенью достоверности отличало их от детей из группы сравнения, не имевших клинических сим-

Динамика показателей уровней активности КСФ в сравниваемых группах детей, больных ОРВИ различной этиологии

Особенности гиперферментемии	Первичное обследование		Через 6 мес		Через 1 год	
	основная группа	группа сравнения	основная группа	группа сравнения	основная группа	группа сравнения
КСФ в пределах нормы	0*#	41 (76)*	52 (96)#	54 (100)*	54 (100)	54 (100)
↑МВ-КФК, ↑α-ГБДГ, ↑АСТ	42 (78)*#	0*	0#	0	0	0
↑МВ-КФК, ↑α-ГБДГ, АСТ-N	6 (11)#	3 (6)	0#	0	0	0
↑МВ-КФК, ↑АСТ, α-ГБДГ-N	2 (4)	0	1 (2)	0	0	0
↑МВ-КФК, АСТ-N, α-ГБДГ-N	4 (7)	10 (19)	1 (2)	0	0	0
↑АСТ/АЛТ, КСФ-N	49 (91)*#	16 (30)*	4 (7)#	0	0	0

птомов патологии миокарда. В группе сравнения у 13 больных также была обнаружена гиперферментемия. Чаще изолированно повышался уровень МВ-КФК, реже – одновременно МВ-КФК и α-ГБДГ, что может быть расценено как закономерная инфекционная гиперферментемия. К концу года все КСФ были в пределах нормальных значений. Как видно из таблицы, наиболее чувствительным показателем реакции миокарда на инфекционный процесс можно считать соотношение АСТ/АЛТ (коэффициент де Ритиса), который в норме не должен превышать 1,5.

По результатам обследования детей спустя год после выявления патологических изменений, 6 из них имели существенные нарушения: у 5 из них сохранялись пролапсы клапанов с регургитацией, увеличением камер сердца, снижением вольтажа комплекса QRS на ЭКГ, у двоих из них – со снижением фракции выброса ЛЖ, еще у двоих – с вентрикулярной экстрасистолией. У 1 ребенка изменения были менее выражены: диастолическая дисфункция гипертрофированных желудочков сопровождалась суправентрикулярной экстрасистолией и элевацией сегмента ST в переднеперегородочных отведениях. Антитела к миокарду были выявлены у 4 из этих детей. ДНК вирусов герпеса, цитомегаловируса, вируса Эпштейна–Барр по результатам дообследования обнаружено не было. Клинические симптомы (систолический шум у всех детей и приглушенность тонов у 1 ребенка), изменения, выявленные на ЭхоКГ и ЭКГ, сохранившиеся к концу первого года (сглаженность зубцов Т, элевация сегмента ST, снижение вольтажа комплекса QRS, гипертрофия желудочков), в дальнейшем оставались без существенной динамики. Суправентрикулярная и вентрикулярная экстрасистолия, отмеченная в единичных случаях у детей в сочетании с другими нарушениями, в 1/3 случаев оставалась на протяжении 3–8 лет, включая момент окончания наблюдения. Этиологическим фактором ОРВИ, давшей старт хроническим изменениям, у 4 детей был парагрипп, у 1 ребенка – аденовирусная инфекция и еще у 1 – респираторно-синцитиальная инфекция. При анализе историй болезни этих детей было обращено внимание на отсутствие метаболической терапии в первые 10–14 дней от момента выявления патологии сердца по различным причинам (аллергическая реакция на предшествующую терапию по основному заболеванию, отсутствие препарата).

Таким образом, при ОРВИ парагриппозной, адено-

вирусной и респираторно-синцитиальной этиологии у детей возможно развитие миокардита, приводящего у части больных к стойким нарушениям функции миокарда и клапанов. Своевременная диагностика с применением электрокардиографических, эхокардиографических и лабораторных методов позволяет уменьшить вероятность развития хронической патологии сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Р. Я., Соболев Ю. С., Шиллер Н. Б., Фостер Э. Современная эхокардиография. – Харьков, 1998.
2. Гиляревский С. Р. Миокардиты: современные подходы к диагностике и лечению. – М., 2008.
3. Дерюгин М. В., Бойцов С. А. Хронические миокардиты. – СПб., 2005.
4. Детская ультразвуковая диагностика / Под ред. М. И. Пыкова, К. В. Ватоллина. – М., 2001. – С. 114–274.
5. Макаров Л. М. ЭКГ в педиатрии. – М., 2002.
6. Руженцова Т. А., Горелов А. В. Поражения миокарда при парагриппе у детей // Материалы I Ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. Москва, 30 марта – 1 апр. 2009 года. – М., 2009. – С. 185.
7. Руженцова Т. А., Горелов А. В. Диагностика миокардита и инфекционной кардиомиопатии при парагриппе у детей // Материалы II Ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням, 29–31 марта 2010 года. – М., 2010. – С. 265–266.
8. Селькова Е. П. Профилактика и лечение острых респираторных вирусных инфекций: Пособие для врачей. – М., 2004.
9. Учайкин В. Ф. Стандарт диагностики, лечения и профилактики гриппа и острых респираторных заболеваний у детей: Пособие для врачей. – М., 2001.
10. Финогеев Ю. П., Лобзин Ю. В., Волжанин В. М., Семена А. В. Поражения сердца при инфекционных болезнях. – СПб., 2003.
11. Dec G. W., Palacios I., Yasuda T. et al. Antimyosin antibody cardiac imaging: Its role in the diagnosis of myocarditis // J. Am. Coll. Cardiol. – 1990. – Vol. 16. – P. 97–104.
12. Gaziano J. M. // Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine / Eds E. Braunwald, D. P. Zipes, P. Libby. – Philadelphia, 2005. – P. 1–18.
13. Laissy J. P., Messin B., Varenne O. et al. MRI of acute myocarditis: A comprehensive approach based on various imaging sequences // Chest. – 2002. – Vol. 122. – P. 1638–1648.
14. Mason J. W., Trehan S., Renlund D. G. // Cardiovascular Medicine. – 3rd Ed. – 2007. – Vol. 1. – P. 1313–1347.
15. O'Connell J. B., Henkin R. E., Robinson J. A. et al. Gallium-67 imaging in patients with dilated cardiomyopathy and biopsy-proven myocarditis // Circulation. – 1984. – Vol. 70. – P. 58–62.

Поступила 10.02.12

Сведения об авторах:

Горелов Александр Васильевич, доктор мед. наук, проф., руководитель клинического отдела инфекционной патологии ЦНИИЭ.