

Научное исследование на тему : Дилатационная кардиомиопатия у детей.

- Руководитель:Маткасымова А.Т.
- Ординатор : Абакирова А. С



Резюме :

- В последние десятилетия значительно возрос интерес к кардиомиопатиям.
- **Кардиомиопатия** - заболевания миокарда неизвестной этиологии, хроническим прогрессирующим течением, в конечном счете, кардиомегалией, прогрессирующей сердечной недостаточностью, аритмическим, тромбоэмболическим синдромами, нередко заканчивающимся внезапной сердечной смертью.
- В данной статье описаны результаты наблюдения за детьми кардиомиопатией у детей в возрасте от 1 года до 16 лет, прошедших стационарное лечение в кардиоревматологическом отделении Ошской межобластной детской клинической больницы с 2016 по 2020 годы по данным клинического материала на 67 детей с дилатационной кардиомиопатией.
-

Материалы и методы исследования.

- Представлены результаты статистических исследований по клинике, диагностики нарушения проводящей системы кардиомиопатией у детей в возрасте от 1 года до 16 лет.
- Результаты исследования: анализ данных ЭхоКГ исследования показал, что характер изменений внутрисердечной гемодинамики зависит от возраста ребенка: наиболее выраженные сдвиги ЭхоКГ показателей, как правило, присущи детям раннего возраста с воспалительными изменениями в миокарде и с дилатационной кардиомиопатией, менее выраженные для детей других возрастных групп.
- **Выводы:** показатели отражают тяжелую степень поражения сердца у детей данного возраста и свидетельствуют, скорее всего о слабом уровне компенсаторно-адаптивных механизмов сердца.

Введение

- В последние десятилетия значительно возрос интерес к кардиомиопатиям-заболевания
- преимущественно сердечной мышцы, часто характеризующимся неясной этиологией,
- хроническим прогрессирующим течением и, в конечном счете, кардиомегалией,
- прогрессирующей сердечной недостаточностью, аритмическим, тромбоэмболическим
- синдромами, нередко заканчивающимся внезапной сердечной смертью. Это, вероятно, можно
- объяснить не только истинным возрастанием числа подобных заболеваний, но и, с одной
- стороны, широким внедрением высокоинформативных инструментальных методов
- исследования сердца, прежде всего эхокардиографии, а с другой — унификацией и
- упорядочением представлений о кардиомиопатиях как о нозологической единице. В
- соответствии с клинической классификацией кардиомиопатий (ВОЗ 1995) различают:
- дилатационную (ДКМП), гипертрофическую (ГКМП), рестриктивную (РКМП),
- аритмогенную (АКМП)



Дилатационная кардиомиопатия.

- ДКМП наиболее распространенной кардиомиопатией (5–10 случаев на 100000 детского населения) и встречается в большинстве стран мира и в любом возрасте. ДКМП, как и другие кардиомиопатии, может быть первичной (идиопатической) и вторичной (специфической), обусловленной неизвестными причинными факторами. Среди причин возникновения заболевания следует выделить такие факторы, как :
 - наследственная предрасположенность,
 - влияние вирусной инфекции,
 - токсических веществ,
 - алиментарной недостаточности белков, витаминов, микроэлементов и др.
- Наследственная предрасположенность доказывается высокой частотой наличия семейных форм заболевания (семейная кардиомиопатия), когда ДКМП диагностируется у кровных родственников пробандов, имеющих клинические проявления заболевания.
- Среди детей, госпитализированных в ОМДКБ семейные случаи имели место в 6% наследственные характер. По данным разных авторов частота семейных форм заболевания выявляются в 24–30% случаев.

Анализ данных .

- Анализ данных на 67 детей от 0 до 16 лет, получивших стационарное лечение по поводу заболеваний сердца в Ошской межобластной детской клинической больнице с 2016 по 2020 годы, показал, что доля неревматических поражений сердца составила 24,5% (273 детей).
- Среди них детей с диагнозом неревматические миокардиты было 206 (75,6%),
- кардиомиопатии — 67 (24,4%).

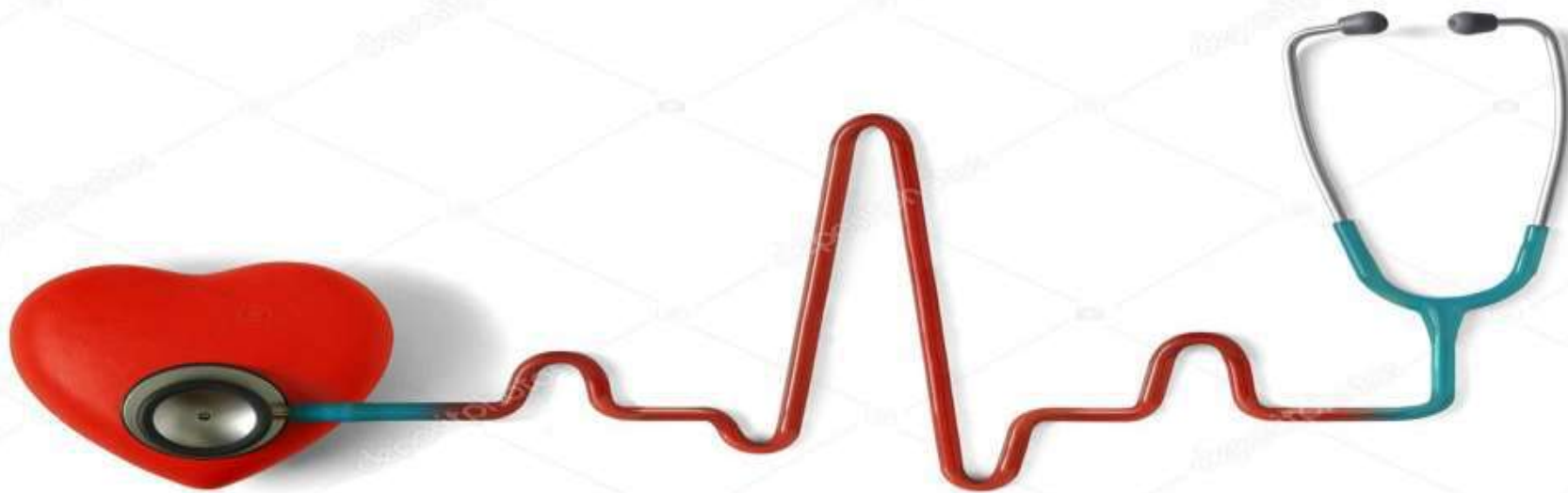
Частота ДКМП у детей:

- первых трех лет жизни составила - 22 (32,8%),

-школьного возраста (7–11 лет) -13 (19,4%)

-старшего школьного возраста (12–15 лет) -6 (9,0%).

Количество мальчиков (56,0%) преобладало по сравнению с девочками (44%).



СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В ОМДКБ за 2016–2010 гг.

- Общее количество детей НПС,НРМ ,ДКМП - 1115 273 – 24,5% 67 – 24,4%
- В основном на стационарном лечении находились больные дилатационной кардиомиопатией и 4 случая с гипертрофической кардиомиопатией, рестриктивная и аритмическая формы кардиомиопатии не встречались.
- **Изучены клинические проявления**, данных инструментальных исследований (ЭКГ, Эхокардиография).
- У всех больных с дилатационной кардиомиопатией отмечались такие общеклинические неспецифические признаки, такие как:
 - -бледность кожных покровов,
 - -акроцианоз,
 - -наличие очагов хронической инфекции (кариес, синусит, тонзиллит) в организме.
- Этот факт свидетельствует о длительно протекающем патологическом процессе в организме, который, в свою очередь, способствует снижению активности иммунной системы и сопротивляемости организма к инфекциям и возникновению очагов хронической инфекции.

- Большинство детей с КМП (97,5%) имеют :
- -общую слабость
- - быструю утомляемость,
- - одышку в покое или при незначительной физической нагрузке.
- Все 67 детей с КМП жаловались на **кардиалгию** данный субъективный признак наблюдался в 87,5% случаев носил колющий характер и в основном определялись в левой половине грудной клетки, в 59% случаев носил постоянный характер.
- У всех больных было выявлено значительное расширение границ сердечной тупости.
- Одним из основных клинических признаков поражения сердца для больных с ДКМП было изменение характера тонов сердца:
- -глухость тонов сердца была отмечена у 24% (16 детей).
- -приглушение тонов сердца было выявлено у 76% (51) больных ДКМП
- Систолический шум на верхушке и одновременно в V точке был выявлен у большинства больных (90,6%).
- У 93,7% больных с ДКМП была выявлена гепатомегалия, причем 29 (43,2%) размеры печени были увеличены значительно(следует отметить, что выраженная гепатомегалия была выявлена чаще у детей раннего возраста, чем в других возрастных группах)

Анализ данных ультразвукового исследования сердца у детей проводился в зависимости от возраста детей .

ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКГ ДЕТЕЙ С ДКМП

Возрастные группы	0–3 года (n=22)	4–7 лет (n=26)	8–11 лет (n=13)	12–16 лет (n=6)
Ао, мм	15,5±0,8*	17,8±0,7	19,4±0,9	21,0±1,15
ЛП, мм	16,3±0,86*	20,3±0,7	24,2±2,2	22,8±0,8
КДР, мм	36,0±2,2*	35,4±1,2*	38,4±1,2	41,1±1,3*
КСР, мм	26,4±2,3*	* 27,8±2,1*	26,7±0,8*	25,5±1,02*
МЖП, мм	5,1±0,25,	88±0,15*	5,5±0,1*	6,1±5,1
ЗСЛЖ, мм	5,0±0,3*	5,2±0,2	5,9±0,24	6,7±4
ФВ, %	57,1±2,94*	60,5±2,25*	65,8±1,45	64,8±3,2
ПЖ, мм	11,78±0,84*	11,3±0,96*	12,7±1,1	11,6±0,7

Выводы

- Таким образом, анализ клинических проявлений НПС у детей показывает, что
- основными признаками поражения сердца у обследованных детей являются симптомы
- сердечной недостаточности различной степени выраженности в результате поражения
- миокарда. При этом характер и степень выраженности указанных признаков зависит как от
- нозологической формы, так и от возраста заболевших детей. В этом плане следует провести
- подробный анализ выявленных признаков в зависимости от указанных факторов.
- Обобщая вышеизложенные, следует сказать, что профилированную роль в
- распознавании патологий сердца играют функциональные исследования. При этом для
- диагностики заболеваний сердца у детей классическими методами остаются
- эхокардиографические исследования.
- **Анализ данных ЭхоКГ** исследования показал, что характер изменений внутрисердечной
- гемодинамики зависит от возраста ребенка: наиболее выраженные сдвиги ЭхоКГ
- показателей, как правило, присущи детям раннего возраста с воспалительными
- изменениями в миокарде и с дилатационной кардиомиопатией, менее выраженные – для
- детей других возрастных групп.

Выводы

- **ЭхоКГ у детей с ДКМП в возрасте 0–3 года** характеризовалась достоверным увеличением размеров аорты, левого предсердия, конечно-диастолических и конечно-систолических размеров левого желудочка и переднезаднего размера правого желудочка, а также снижением фракции выброса левого желудочка. Эти показатели отражают тяжелую степень поражения сердца у детей данного возраста и свидетельствуют, скорее всего о слабом уровне компенсаторно-адаптивных механизмов сердца.

Клинический случай

Больная 1 год 3 месяца.

Жалобы : со слов матери на кашель, синюшность носогубного треугольника , одышку в покое, стон, бледность, беспокойство, капризность, похолодание конечностей, отставание в физическом развитии.

Анамнез заболевания: Со слов матери ребенок болен с 5 месячного возраста, когда в первые обратились за медицинской помощью к кардиологу в КДО ОМДКБ из-за тяжести состояния ребенок был госпитализирован в ОРИТ, был выставлен диагноз Врожденный кардит. В последующем из-за плохой эффективности лечения выставлена КМП, регулярно наблюдается кардиологом. Последнее ухудшения состояния мать связывает с перенесенной ОРЗ(часто болеет бронхолегочными болезнями).По тяжести состояния госпитализирована в ОРИТ откуда переведена в кардиоревматологическое отделение.

Анамнез жизни: Ребенок от 3 беременности и родов, аборт,выкидышей - 0.Беременность протекала на фоне сильного токсикоза на 1 ом триместре беременности,стресса,ОРВИ -2 раза. Роды были на 41 неделе.ВПР-3600,0.Прививки получал по календарю до 1 года.

Клинический случай

- **Объективные данные:** Состояние ребенка тяжелое за счет застойной сердечной недостаточности, интоксикации. Самочувствие нарушено, телосложение правильное, ребенок пониженного питания. Тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой развит слабо. Кожные покровы бледные, диффузная мраморность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника. ВКН-2сек. Зев гиперемирован. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются масса разнокалиберных влажных хрипов с двух сторон. Верхушечный толчок ослаблен, смещен влево и вниз. Границы относительной сердечной тупости значительно расширены в поперечнике. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ослабление 1 тона. Грубый систолический шум во всех точках выслушивания сердца с иррадиацией на спину и в левую подмышечную область. Живот мягкий, безболезненный, доступный глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,0 см. Физиологические отправления регулярные.

Клинический случай

- **Лабораторные исследования:**

- Разверн. анализ крови: гемоглобин- 94 г/л, эритроциты- $3,4 \times 10^{12}$ /л, , цветной показатель- 0,8; лейкоциты- $16,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты - $193,8 \times 10^9$ /л, СОЭ- 3 мм/ч.. палочкаядерные -1% ; Сегментоядерные - 72%; Эозинофилы - 3%; Лимфоциты -21% ; Моноциты - 3%.
- Общий белок - 72,0 г/л Хлорид NaCl-100,5 ммоль/л, Кальций-2,52 ммоль/л Калий-2,8 ммоль/л Натрий-172,0 ммоль/л Мочевина 2,5 ммоль/л, Креатинин 61,5 ммоль/л. СРБ (++) 96. Прокальцитонин 0,16 пг/ml. сахар в крови 9,6 ммоль/л, 5.1 ммоль/л 5.0 ммоль/л.
- Мочевина, Креатинин 16.02.2022 : Общий белок 72,0 г/л, BUN 2,5 ммоль/л, CRE 61,5 ммоль/л
- ОАМ прозрачность- полная, Реакция 5,0 Относит плотность -1012. Эпит плоский - 9-8-12 в п/зр, Лей-4-7-6 в п/зр, Эрит- единичные Соли – abs

Инструментальное исследование

На рентгенографии органов грудной клетки (прямой пр; обзорная) :

Расширение границ сердца в поперечнике, артерио-венозное обогащение легочного рисунка.

Заключение : Двусторонняя пневмония. Миокардит.



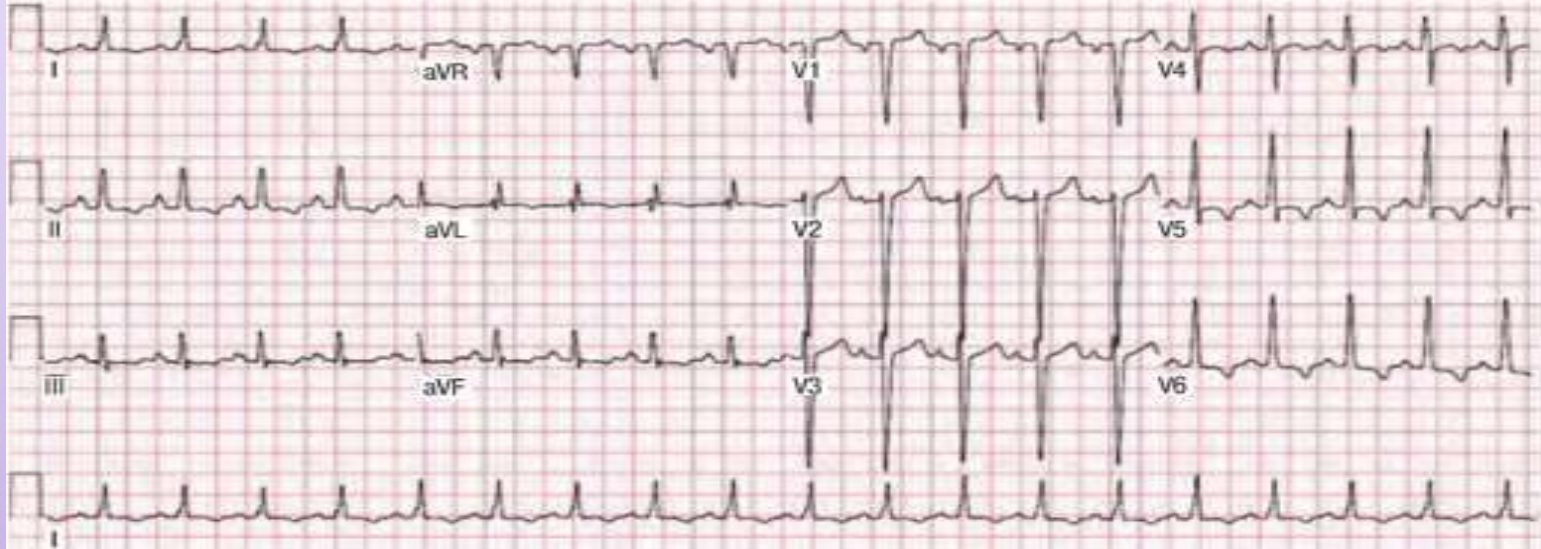
Инструментальное исследование

- **На ЭхоКГ** : Аорта - не изменена, Восходящая АО-14 мм. Аортальный клапан: не изменен ,трехстворчатый, створки тонкие , подвижные. Степень регургитация - мин. Митральный клапан: створки в противофазе, подвижность не ограничена. ПМО в норме. Степень регургитации - до II ст. Градиент давления 3 мм.рт.ст. Трикуспидальный клапан: створки в противофазе, подвижность не ограничена .Степень регургитация-I ст.Градиент давления диастолический -2 мм.рт.ст Легочная артерия- умеренно расширена.
- Диаметр ствола мм ЛП - 22 мм. ПП – умеренно расширено. ЛЖ: КДР 38мм (N 17-25 мм). КСР- 33 мм (N 10-17 мм).ФВ -34 %(>55%). ЗСЛЖ-5 мм (N 2-5 мм) МЖП-5мм .(2-6мм).КДО-43мл, КСО- 39 мл. УО-5мл.ФВ-12%(simpson)
- Зоны гипокинеза :Диффузный гипокинез всех стенок ЛЖ . Перикард не изменен.ПЖ - КДР 16 мм. ПСПЖ-4 мм. Сист.ЛАД -50 мм.рт.ст.
- МЖП:определяется сброс крови через ООО d=0,35 см,
- МПП интактна.Дополнительные особенности: тахикардия ЧСС-204 уд в мин. Дополнительная хорда в полости ЛЖ.
- **Заключение:** Дилатация и снижения сократительной функции миокарда левого желудочка.ООО.Минимальная недостаточность аортального клапана.Недостаточность митрального клапана до II степени.Недостаточность трикуспидального клапана больше I степени.
- Умеренная ЛГ.



Инструментальное исследование

- **На ЭКГ** ритм синусовый, правильный, ЧСС 180 уд в мин, выраженная синусовая тахикардия, ЭОС отклонено влево, признаки гипертрофии всех отделов сердца. Нарушение фазы реполяризации миокарда.



План обследования

- -Развернутый анализ крови .
- -Кровь на сахар.
- -Кровь на ост N мочевины креатинин.
- Кровь на электролиты.
- СРБ, кровь на прокальцитонин.
- ОАМ.
- ЭКГ. ЭХОКГ. Рентгенография органов грудной клетки.

План лечения

- Режим больничный.
Стол № 10.
- Верошпирон 1/3т 2 р/д № 5
- Дигоксин 0.0003 2р с в 8:00-20:00 № 5
- Каптоприл 25 мг /кг по 1/8 (3мг)х2 р № 2
- Лазикс 1% 0,2 х 2р №2
- Цефтриаксон 600 мг(6 мл) +0,9% Na Cl 30.0 в/в кап.№5
- Дексаметазон 0,4 % -1,0+ физ.раст.20,0 в/в 1р/д №3
- Гепарин 0,2 в/в кап 1р/д №2 с 3 дня Гепарин 0,1 в/в кап.1р/д

Заключение.

- ***Предварительный диагноз:***
- I40.9 Миокардит неуточненный
- ***Осложнение:***
- J96.0 Острая респираторная дыхательная недостаточность
- ***Сопутствующее заболевание:***
- J18.0 Двусторонняя пневмония вирусно-бактериальной этиологии.
- **Заключительный диагноз:**
- Дилатационная кардиомиопатия, НК 2А- Б

Список литературы.

- 1. Муратов А. А. Неревматические поражения сердца у детей в Кыргызстане (структура, клиника и диагностика): автореф. ... дисс. ... д-ра. мед. наук. Бишкек, 2003. 41 с.
- 2. Муратов А. А. Кардиомиопатия у детей. 2000. С. 3-12.
- 3. Мутафьян О. А. Кардиомиопатии у детей и подростков. СПб: Диалект, 2003. 272 с.
- 4. Рябенко Д. В. Дилатационная кардиомиопатия: актуальные аспекты иммунопатогенеза, достижения и перспективы новых подходов к лечению // Сердечная недостаточность. 2011. №1. С. 12-25.

THANK YOU FOR ATTENTION

