**«Актуальные вопросы медицины»**

**УДК 616-995.121.24.616.992.28**

**Мардыева Г.М.**

**НАРЗИКУЛОВ Ш.Ф.**

**(САМАРКАНД, УЗБЕКИСТАН)**

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ФОРМИРОВНИЯ ПНЕВМОНИИ СОЧЕТАННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ДЕФЕКТОМ

МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА

В статье приведены клинико-рентгенологические признаки формирования пневмонии сочетанной легочной гипертензии у детей с врожденным пороком сердца - дефектом межжелудочковой перегородки, что важно для ранней их диагностики.

*Ключевые слова: врожденный порок сердца, дефект межжелудочковой перегородки, легочная гипертензия, пневмония.*

 **CLINICAL-X-RAHENOLOGICAL SYMPTOMS OF FORMATION OF PNEUMONIA OF COMBINED PULMONARY HYPERTENSION IN CHILDREN WITH CONGENITAL DEFECT**

*Intermittent partia of the heart The article presents clinical and roentgenologic signs of the formation of pneumonia of combined pulmonary hypertension in children with congenital heart disease - a defect of the interventricular septum, which is important for their early diagnosis.*

 *Key words: congenital heart disease, interventricular septal defect, pulmonary hypertension, pneumonia.*

 Проблема пневмоний у детей раннего возраста по-прежнему остается одной из самых актуальных в педиатрии. Несмотря на большие достижения в профилактике и лечении этого заболевания оно и сегодня значительно распро­странено среди детей, является одной из основ­ных причин детской смертности.

Пневмония (греч. pneumon - легкое; сино­ним: воспаление легких) - острое инфекцион­ное заболевание легочной паренхимы, диагно­стируемое при наличии синдрома дыхательных расстройств и (или) физикальных данных, а так­же инфильтративных изменений на рентгено­грамме .

 Заболеваемость пневмонией находится в пределах от 15 до 20 на 1000 детей первого года жизни.

Врожденные пороки сердца (ВПС) - одна из самых распространенных врожденных аномалий у детей, составляет 30% от числа всех врожденных пороков развития. ВПС обнаруживаются, по данным различных авторов у 0,7-1,7% новорожденных. В структуре детской смертности, связанной с пороками развития, ВПС занимают первую строку.

 Легочная гипертензия (ЛГ) - это состояние, имеющее идиопатическую природу или являющееся следствием целого ряда заболеваний, которое характеризуется постепенным повышением обще лёгочного сопротивления и давления в легочной артерии, что приводит к развитию правожелудочковой недостаточности и гибели пациентов. Более 50-60% пороков относятся к ВПС с обогащением (гиперволемией) малого круга кровообращения (МКК), их естественное течение приводит к грозному осложнению – ЛГ.

 ВПС занимают первое место среди причин развития ЛГ у детей. ЛГ определяется при среднем давлении в легочной артерии более 25 мм рт.ст. в покое и более 30 мм рт.ст. при физической нагрузке. Клиническая картина и течение ВПС в первую очередь зависят от особенностей легочной гемодинамики. Такие ВПС, как дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), открытый артериальный проток (ОАП), характеризуются избыточным потоком крови через легкие, повышением давления и перестройкой легочной артерии, что в конечном итоге приводит к развитию артериальной ЛГ и преимущественно правожелудочковой недостаточности .

 Цель

 Выявить первые клинико рентгенологические признаки пневмонии сочетанной легочной гипертензии у детей с дефектом межжелудочковой перегородки.

 Материал и методы исследования

 В материалы статьи включены данные исследований 30 детей с врожденным пороком сердца - дефектом межжелудочковой перегородки.

Обследование и лечение проводилось в клинике Самаркандской Областной Детский многопрофильном центре состояло из сбора анамнеза, общеклинических исследований,электрокардиографии, эхокардиографии, рентгенографии органов грудной клетки.

 Результаты и обсуждение

 Из 30 детей с ДМЖП мальчиков было - 15 (50%), девочек - 15 (50%). Возраст детей с ВПС был от периода новорожденности и до 3лет.

Клиническое течение порока отражало в целом степень нарушений гемодинамики, тесно связанной с размером, локализацией дефекта и продолжительностью заболевания, скоростью нарастания и выраженностью легочной гипертензии, полнотой включения компенсаторных механизмов.

Известно, что существует прямая зависимость между степенью легочной гипертензии и величиной дефекта.

Среди детей с ДМЖП: маленький дефект межжелудочковой перегородки (МЖП), соответствующий менее чем / диаметра корня аорты, составило 33,3% (10) случаев;с умеренным дефектом МЖП, соответствующий А-/ диаметра корня аорты, 53,3% (16) и с большим дефектом МЖП, при котором размер дефекта соответствовал диаметру корня аорты, составило 13,3%больных.

Наиболее часто (89,3%) дефект был расположен в мембранозной части МЖП. Мышечная локализация ДМЖП наблюдалась в 10,7% случаев.

Во всех случаях дефекта МЖП среднего и большого размеров уже в раннем возрасте - в 2-3 месяца появлялись повышенная потливость и слабость сосания груди матери при кормлении, плохая прибавка в весе, тахипноэ с участием дыхательной мускулатуры, периоральный цианоз, рецидивирующие пневмонии, бронхиты, снижение переносимости к физическим нагрузкам, застойная сердечная недостаточность. При больших дефектах МЖП признаки нарушения легочного кровообращения наступали в более ранние сроки - в 1-2 месяца и имели более выраженный характер.

При маленьких дефектах МЖП дети в целом прибавляли в весе соответственно возрасту, задержки развития не отмечалось. У 9 из 10 детей (90%) с маленьким размером дефекта отставания в массе тела не было. У 1 ребенка из 10 отмечалась гипотрофия 3 степени, но тяжесть состояния этого больного была обусловлена сопутствующей патологией, обусловленной неврологическими нарушениями. Аускультативно у детей с маленьким ДМЖП выслушивался интенсивный систолический шум с эпицентром по левому краю грудины на уровне 3-4 межреберий, однако изменений гемодинамики не было выявлено. Но, при средних и, особенно, при больших дефектах МЖП, дети начинали отставать в прибавке массы тела. Среди детей со средним размером дефекта МЖП дефицит массы до гипотрофии I степени составило - 75,8%, II степени - 24,2%. В то же время у 3 из 4 детей с большим дефектом МЖП гипотрофия была 3 степени. Причинами гипотрофии I - II степени являлись постоянное недоедание (алиментарный фактор) за счет трудностей кормления грудью и нарушения гемодинамики.

При аускультации у всех детей со средним размером дефекта МЖП выслушивался грубый систолический шум с эпицентром по левому краю грудины на уровне 3-4 межреберий, с широкой зоной иррадиации за пределы сердца, при большом дефекте интенсивность шума, наоборот, была слабее.

У всех детей при большом ДМЖП и в половине случаев при среднем размере шунта уже со второго полугодия жизни становились постоянными признаки легочной гипертензии. Об этом свидетельсвовали одышка, усиливающаяся при перемене положения тела, при кормлении, при плаче. Кашель беспокоил 20% детей.

У всех четырех детей с большим дефектом МЖП формировался парастернальный «сердечный горб». Сердечный толчок был усилен, приподнимающийся; верхушечный толчок смещен влево и вниз. При пальпации выявлялось систолическое дрожание в 3-4 межреберье. У этой группы детей над легочной артерией определялся вместо акцента, ослабление второго тона.

У 2 из 4 детей с большим дефектом МЖП уже в первые месяцы жизни отмечались признаки тотальной сердечной недостаточности: увеличение печени, одышка, тахикардия, застойные влажные хрипы в легких.

На рентгенограмме этих детей было выражено сгущение легочного рисунка, увеличение размеров сердца в поперечнике за счет правых отделов.

Центральный цианоз наблюдался у трех детей с большим дефектом МЖП при крике, что является свидетельством уже обратного веноартериального сброса.

Таким образом, более ранними клиническими признаками формирования нарушений легочного кровообращения у детей с ДМЖП являлись одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры, навязчивый кашель, усиливающийся при перемене положения тела, продолжительные застойные влажные хрипы в легких, акцент II тона на легочной артерии, формирование дефицита прибавки массы тела, начиная с 2-4 месячного возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мутафьян О.А. Пороки сердца у детей и подростков: Руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 556 с.
2. Бокерия Л.А. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии. - М.: 1999. - 348 с.
3. Школьникова М.А. Детская кардиология в России на рубеже столетий // Вестник аритмологии. - 2000. - №8. - С. 15-22
4. Кривощеков Е.В., Ковалева И.А., Шипулина В.М. Врожденные пороки сердца. Справочник для врачей. - Томск: 2009. - 285 с.
5. Горбачевский С.В. Легочная гипертензия при дефекте межжелудочковой перегородки // Кардиология. - 1990. - Т.30,№3. - С. 116-119
6. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. - М.: Медицина, 1996. - 768 с.
7. Белозеров Ю.М. Детская кардиология.-М.:МЕДпресс-информ, 2004.- 600 с.
8. Котлукова Н.П., Артеменко О.И., Давыдова М.П. Роль окислительного стресса и антиоксидантной системы в патогенезе врожденных пороков сердца // Педиатрия. - 2009. - №1. - С. 24-28
9. Моисеев В.С. Диагностика и патогенез легочной гипертензии // Кардиология. - 1983. - Т.61,№7. - С. 121-127.
10. Шарыкин А.С. Врожденные пороки сердца. - М.: Теремок , 2005. - 384 с.
11. Бураковский В.И., Плотникова Л.Р. Легочная гипертензия при врожденных пороках сердца. - М.: 1975. - 148 с.
12. Агапитов Л.И., Белозеров Ю.М. Диагностика легочной гипертензии у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2009. - №4. - С. 24-31
13. Hoffman J.I. E. Epidemiology of congenital heart disease: etiology, pathogenesis and incidence // Fetal Cardiology / Healthcare, 2009. - P. 101­110.
14. Allen H.D. Franklin W., Fontana M. Congenital heart disease: untreated and operated // Heart disease in infants children. Baltimore. - 1995. - № 1. - P. 657.
15. Congenital Disease of the Heart: Clinical-Physiological Considerations / Ed. By Rudolf A.M. Armonk, NY: Futura Publishing, 2001.- 808 p.

Нарзикулов Шожахон Фарходович - резидент магистратуры 2 курса Медицинский радиологии Самаркандского Государственного Медицинский Институт (Самарканд,Узбекистан); +998979217101; shohjahon.narzikulov@mail.ru; научный руководитель ‒ к.м.н., доц. Мардыева Г.М. сертификат: НУЖЕН; о конференции узнал от научного руководителя

(**© Г.М.Мардыева,Ш.Ф.Нарзикулов 2018)**