**Кулікова Галина Валентинівна. Клініко-ехокардіографічна діагностика і моніторинг перебігу інфекційного міокардиту у дітей : дис... канд. мед. наук: 14.01.10 / Дніпропетровська держ. медична академія. — Д., 2007. — 170арк. — Бібліогр.: арк. 152-170**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Кулікова Г.В. Клініко-ехокардіографічна діагностика і моніторинг перебігу інфекційного міокардиту у дітей. – Рукопис.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 – педіатрія. Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, 2007.  Дисертацію присвячено удосконаленню клініко-ехокардіографічних критеріїв діагностики та динамічного спостереження за дітьми, що хворіють на інфекційний міокардит, для ефективного контролю за перебігом захворювання та профілактики ускладнень. На підставі катамнестичних спостережень визначено інформативні клінічні, електрокардіографічні та допплерехокардіографічні ознаки ураження серця у дітей з інфекційним міокардитом, ступінь їх інформативністі в різні терміни захворювання. За допомогою комп’ютерної обробки ехокардіограм з визначенням коефіцієнту ультразвукової щільністі оболонок серця розроблено додаткові діагностичні критерії міокардиту. Визначено прогностичні критерії хронізації міокардиту у дітей в залежності від тяжкості перебігу захворювання. Запропоновано заходи для ефективного контролю за перебігом інфекційного міокардиту на підставі клінко-ехокардіографічного моніторингу: терміни і відповідний необхідний об’єм клініко-інструментального обстеження в процесі диспансерного спостереження. | |
| |  | | --- | | У дисертаційній роботі наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання, що виявляється в удосконаленні клініко-ехокардіографічних критеріїв діагностики та динамічного спостереження за дітьми, які хворіють на ІМ, для ефективного контролю за перебігом захворювання, профілактики ускладнень та розвитку інвалідності.   1. Сучасна клінічна симптоматика ІМ у дітей характеризується різноманіттям (при наявності більше 7 ознак одночасно в 65,6%) і малою специфічністю симптомів у 43,8% випадків. Кількість і частота симптомів збільшуються в залежності від тяжкості міокардиту, а при тяжкій формі обумовлені розвитком прогресуючої СН. 2. Найбільш стійкими (до 18-24 місяців) і прогностично несприятливими порушеннями біоелектричної активності серця за даними ЕКГ у дітей з ІМ є політопні шлуночкові ЕС, АВ-блокади ІІ-ІІІ ступеня, ознаки підвищення електричної активності ЛШ. 3. При ІМ у дітей діастолічна дисфункція ЛШ є однією з ранніх ознак розвитку СН та передує як систолічним порушенням, так і клінічним проявам захворювання. Першими змінюються показники трансмітрального кровотоку VЕ і ДТ/RR (р<0,05). Стійке збереження діастолічної дисфункції більше 6 місяців є прогностично несприятливим по формуванню хронічної СН. 4. Розвиток систолічної дисфункції ЛШ при ІМ достовірно частіше (р<0,05) відбувається при середньотяжких та тяжких формах захворювання. У розвитку систолічної дисфункції найбільш чутливим є показник контрактильності міокарду (нШв.сер.), котрий достовірно знижується (р<0,05) вже у хворих на легку форму захворювання. Регресія систолічної дисфункції у 93,8% хворих відбувається протягом 6 місяців від початку захворювання. 5. Перебіг ІМ у дітей в 76,6% випадків супроводжується клапанною регургітацією, переважно мітральною (81,7%). У 51,6% хворих мітральна регургітація веде до розвитку недостатності мітрального клапана. Більшість випадків регургітації на мітральному клапані (85,7%) є зворотною, а терміни її регресії залежать від тяжкості захворювання. 6. Факторами ризику формування хронічного перебігу ІМ у дітей є рання поява ектопічних порушень ритму (політопних та шлуночкових ЕС, частих стійких надшлуночкових ЕС) та АВ-блокад ІІ-ІІІ ступеня стійкого характеру; збереження і/або прогресування дилятації і гіпертрофії ЛШ більше 6 місяців; мітральна регургітація ІІ-ІІІ ступеня і її тривалість більше 3 місяців від початку захворювання. 7. Додатковими діагностичними критеріями ураження міокарда можна вважати підвищення коефіцієнту ультразвукової щільності (Кущ) міокарда у відповідних зонах на ехокардіограмах. За даними ультразвукової щільності при ІМ у дітей до патологічного процесу залучаються як міокард, так і ендокардіальна поверхня ЛШ та МШП. Ступінь підвищення Кущ міокардіальних структур серця і тривалість його збереження залежить від тяжкості ІМ. 8. Заходами для ефективного контролю за перебігом ІМ є тривалий (до двох років) ДопплерЕхоКГ-моніторинг за станом систолічної та діастолічної функцій ЛШ і клапанної гемодинаміки, проведення добового моніторування ЕКГ при стійких порушеннях ритму і провідності серця кожні 3 місяці. Тривалість спостереження за хворими з легкою або середньотяжкою і тяжкою формами ІМ повинна бути не меньше 12 та 24 місяців, відповідно. | |