

Тункина-Легейда Е.И.

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Научный руководитель: канд. мед. наук. ст. преп. Строгая Н.В.

Кафедра детских инфекционных болезней

с курсом повышения квалификации и переподготовки

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Поражение сердца встречаются у 10–37% детей с острыми кишечными инфекциями (далее — ОКИ), в зависимости от этиологии и наличия сочетанных инфекций. Поражение миокарда при ОКИ развивается за счёт прямого вирусного или бактериального воздействия на миокард с формированием дистрофических и воспалительных изменений, развития интоксикации и системного воспалительного ответа, нарушений водно-электролитного баланса на фоне ОКИ, приводящих к функциональным нарушениям проведения и сократимости миокарда.

Цель: определить распространенность и варианты нарушений ритма сердца при острой кишечной инфекции бактериальной этиологии и смешанной (вирусно-бактериальной) этиологии.

Материалы и методы. Для изучения особенностей поражения миокарда и вариантов НРС при бактериальной и сочетанной вирусно-бактериальной кишечной инфекции в группу исследования было включено 46 детей, из них 16 пациентов с ОКИ бактериальной этиологии, 19 – вирусной этиологии, 11 – с сочетанной вирусно-бактериальной этиологией. Среди жалоб отмечались повышение температуры (73,9%), выраженная вялость и слабость (69,6%). Все пациенты получали стационарное лечение в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» в 2024-2025 годах. Пациентам были выполнены ЭКГ и ЭХО-КГ с оценкой электрофизиологических и морфофункциональных параметров. Большинство детей, включенных в исследование, были в возрасте $4,4 \pm 0,7$ года. Расчет данных проводился с помощью Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Большинство пациентов были госпитализированы в период от 1-х до 4-х суток от начала болезни и имели среднетяжелую форму основного заболевания (86,9%). Клинически чаще диагностировали энтероколит: при бактериальной этиологии – в 75,0% (у 12 пациентов), при ОКИ сочетанной вирусно-бактериальной этиологии – в 54,5% (у 6 детей). Уровни калия и кальция в сыворотке крови у 100,0% пациентов во всех группах на момент выявления первых симптомов патологии миокарда были в пределах нормы и не имели достоверных отличий.

У детей при ОКИ вирусной этиологии чаще, в 36,4% случаев, выявляли выраженные нарушения реполяризации на ЭКГ: инверсию зубца Т (по сравнению с возрастной нормой), элевацию сегмента ST. При сочетанной инфекции регистрировали депрессию сегмента ST (у 18,2% пациентов), что свидетельствует о более выраженном поражении миокарда.

При сочетанной ОКИ чаще, чем при моноинфекции регистрировали миграцию водителя ритма (у 36,4%), суправентрикулярную экстрасистолию (у 27,3%), а также повышение электрической активности обоих желудочков (у 20%).

Выводы. Поражение кишечника в форме острого энтероколита чаще регистрировалось при бактериальной этиологии ОКИ, в 75,0% случаев, при сочетанной, вирусно-бактериальной этиологии – в 54,5%, что связано с патогенетическими механизмами развития заболеваний. У 36,4% пациентов с ОКИ вирусной этиологии выявляются выраженные нарушения реполяризации миокарда на ЭКГ (инверсия зубца Т, элевация ST), тогда как при сочетанной вирусно-бактериальной инфекции преобладают депрессия ST (18,2%), миграция водителя ритма (36,4%), суправентрикулярная экстрасистолия (27,3%), соответственно, при сочетанных формах ОКИ имеется более выраженное поражение миокарда.