



*Юркіна Ірина Сергіївна, Жарко Анна Олександрівна*

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ФОРМУВАННЯ ДИЛАТИЦІЙНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ПАЦІЄНТА З ОПЕРОВАНОЮ ВАДОЮ СЕРЦЯ ТА НЕКОМПАКТНИМ МІОКАРДОМ**

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Науковий керівник: Уриваєва М.К.

Актуальність. Поширеність некомпактного міокарда лівого шлуночка (НМЛШ) становить 0,05-0,24%; у структурі первинних кардіоміопатій (КМП) у дітей він займає третє місце (Stollberger С., Finsterer J.). Клінічними ознаками є гіпертрофія міокарда лівого шлуночка та його надмірна трабекуляція внаслідок порушення внутрішньоутробного процесу ущільнення міокарда (Engberding R., Bender F.). Це встановлюється за допомогою ультразвукового та комп'ютерного дослідження. У зв'язку з впровадженням нових сучасних методів діагностики виявлення даної патології постійно збільшується.

Метою дослідження було наведення клінічного випадку формування дилатаційної кардіоміопатії у пацієнта з оперованою вадю серця на тлі діагностики некомпактного міокарда.

Методи дослідження. Вивчення 14 історій хвороб у динамічному спостереженні пацієнта Є. та зіставлення з даними літературної довідки цієї патології.

Результати. Хворий Є. , 17 років. У 15 років з'явилися скарги на синкопальний стан, запаморочення, задишку, синюшність губ, посилене потовиділення, прискорене серцебиття, набряки, збільшення розмірів живота, слабкість,- з приводу чого дитину було госпіталізовано для лікування в ОДКЛ, ВАтаІТ. Відомо, що вказані скарги розвинулися через 2 місяці після перенесеної гострої респіраторної вірусної інфекції. З анамнезу життя відомо, що дитина від II вагітності та II пологів, що проходили без особливостей. На 3 добу життя було встановлено вроджену вадю серця (дефект міжпередсердної перетинки), яку було прооперовано у 8 років. Сімейний анамнез: I вагітність – дитина з ВВС померла на 3 добу життя. Батько помер у віці 43 р., діагноз: «Дилатаційна КМП». Хворий Є. щорічно після операції протягом 7 років спостерігався в кардіологічному відділенні ОДКЛ. За клінічними, лабораторними та інструментальними даними



відхилень та ознак порушень гемодинаміки не було виявлено. Після госпіталізації йому було встановлено діагноз: «Комбінована вроджена вада серця (вторинний ДМПП, недостатність мітрального клапана, первинна кардіоміопатія (НМЛШ), недостатність кровообігу III ст. Стан після оперативної корекції вторинного ДМПП (2011 р.) ». Було проведено обстеження пацієнта та визначення лікування серцевої недостатності. Проводився диференційний діагноз з іншими кардіоміопатіями та інфекційними запальними захворюваннями серця. Було зіставлено результати інструментальних методів дослідження (ЕКГ, ДПЕхоКГ) із призначеними лікарськими засобами (серцеві глікозиди, кардіотоніки, діуретики, глюкокортикостероїди). Особливостями даного випадку було зниження ФВ від 19 до 31 % (норма 55-70%), наявність регургітації III ст. мітрального та трикуспідального клапанів. На фоні проведеного лікування спостерігалась позитивна динаміка. Однак поєднання значного ступеня прогресуючої дилатації порожнин серця з ознаками НМЛЖ та наявністю аритмій (за даними ЕКГ: уповільнення АВ-провідності, уповільнення провідності по правій н.п.Гіса, нижньоправопередсердний ритм) потребувало уточнення діагностики більш сучасними методами, а саме комп'ютерною томографією (КТ). За результатами було виявлено поєднання НМЛШ та ДКМП у дитини з оперованим вторинним ДМПП.

**Висновок.** Враховуючи особливості формування ДКМП у даного пацієнта, який мав високі кардіоваскулярні ризики в анамнезі, необхідно динамічне спостереження за даним контингентом хворих дітей, що дозволить своєчасно провести поглиблені методи дослідження ССС для можливого використання сучасних методів лікування у найбільш оптимальні строки (трансплантація серця).