

Прохорик В.С., Драчан В.А.

КАРДИОМИОПАТИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ

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. Миокардит и кардиомиопатии (КМП) у детей представляют собой серьезную медико-социальную проблему ввиду высокой летальности (достигающей 1–7% при остром миокардите, особенно у детей до 3 лет), риска развития хронической сердечной недостаточности и неблагоприятного прогноза для качества жизни. Кардиомиопатии, включая дилатационную (ДКМП), гипертрофическую (ГКМП) и метаболическую формы, нередко имеют постмиокардитический генез и являются одной из ведущих причин трансплантации сердца в детском возрасте (до 60% случаев). Дифференциальная диагностика между острым воспалительным процессом и уже сформированной КМП представляет значительные сложности из-за схожести клинической картины, но критически важна для выбора тактики лечения, прогноза и определения риска хронизации процесса. Эхокардиография (Эхо-КГ) в сочетании с лабораторными маркерами играет ключевую роль в этом разделении, позволяя оценить как структурно-функциональное состояние миокарда, так и активность воспалительного процесса.

Цель: изучить особенности клинических, лабораторных и эхокардиографических (Эхо-КГ) изменений у детей с острым миокардитом и кардиомиопатиями, определив дифференциально-диагностические критерии.

Материалы и методы. В исследование включено 82 пациента в возрасте от 0 до 18 лет, находившихся на лечении в 2020–2025 гг. Из них: 48 детей с острым миокардитом и 24 – с кардиомиопатиями (ДКМП, ГКМП, метаболическая КМП). Проведен анализ клиничко-анамнестических данных, результатов Эхо-КГ (фракция выброса – ФВ, фракция укорочения – ФУ, Z-score размеров левого желудочка – ЛЖ, конечно-диастолический и конечно-систолический объемы, масса миокарда) и лабораторных маркеров (тропонин I, NT-proBNP). Статистическая обработка выполнена с использованием непараметрических методов (U-критерий Манна-Уитни, χ^2 , корреляционный анализ Спирмена). Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Для пациентов с КМП была характерна тахикардия (91,7%; $p=0,009$), в то время как лихорадка в дебюте чаще встречалась при миокардите (79,2%; $p=0,001$). При остром миокардите были выявлены сильные корреляции лабораторных маркеров повреждения миокарда с параметрами Эхо-КГ. Установлена прямая корреляционная связь между содержанием тропонина I и массой миокарда ЛЖ ($p=0,42$; $p=0,030$), а также между СК-МВ и изменениями структурных показателей.

У детей с острым миокардитом выявлены более выраженные нарушения систолической функции по сравнению с КМП: медиана ФВ составила 58,0% против 67,5% ($p=0,035$), а ФУ – 30,5% против 36,0% ($p=0,041$). Также у пациентов с миокардитом отмечена более значимая дилатация полости ЛЖ, о чем свидетельствуют различия Z-score конечно-систолического объема ($p=0,031$) и Z-score конечно-систолического размера ($p=0,042$). Толщина задней стенки ЛЖ в диастолу также достоверно различалась ($p=0,040$). При КМП выявлены структурные изменения, отражающие ремоделирование: установлена прямая корреляция массы миокарда с конечно-диастолическим размером ЛЖ ($p=0,49$; $p=0,017$) и конечно-диастолическим объемом ($p=0,50$; $p=0,014$). Значения Z-score конечно-диастолического размера при КМП были достоверно ниже ($p<0,001$), что указывает на иной характер ремоделирования по сравнению с миокардитом.

Выводы. Для детей с кардиомиопатиями характерны тахикардия и структурное ремоделирование миокарда (корреляция массы миокарда с объемными и размерными показателями ЛЖ). В отличие от КМП, острый миокардит характеризуется лихорадкой в дебюте, более выраженной систолической дисфункцией (снижение ФВ и ФУ) и дилатацией полости ЛЖ по данным Эхо-КГ, что требует динамического эхокардиографического наблюдения для исключения перехода в ДКМП. Лабораторные маркеры (тропонин I, СК-МВ) подтверждают активность воспалительного процесса и коррелируют с выраженностью структурных изменений.