

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-1.15>

**ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ
З ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТУ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОЇ
ДІЇ У ДІТЕЙ З НЕКОМПАКТНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ
ЛІВОГО ШЛУНОЧКА**

Герасимова О. В.

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри педіатрії № 1*

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Процюк Т. Л.

*доктор медичних наук,
професор кафедри педіатрії № 1*

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Капітан Т. В.

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри педіатрії № 1*

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Пугач М. М.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри педіатрії № 1*

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Процюк Л. О.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри загальної гігієни та екології*

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Актуальність. За останні роки спостерігається зростання частоти кардіоміопатій серед дитячого населення, що пов'язане не тільки з істинним збільшенням цієї патології, але і з широким впровадженням сучасних високоінформативних інструментальних методів дослідження серця [5, с. 22]. Серед первинних кардіоміопатій у дітей особливе місце займає некомпактна кардіоміопатія (НКМШ) лівого шлуночка [2, с. 12]. Вона відноситься до рідкісних, маловивчених кардіоміопатій та характеризується надмірним розвитком трабекул з формуванням глибоких лакун, які сполучені з порожниною лівого шлуночка [3, с. 134; 7 с. 519]. Неспецифічність клінічної картини є причиною того, що переважна більшість випадків НКМШ лівого шлуночка не

діагностується вчасно, а діагноз встановлюється при появі стійких ознак серцевої недостатності, шлуночкових аритмій та тромбоемболічних ускладнень [4, с. 182; 6, с. 1840]. Несприятливий прогноз та висока летальність при НКМП лівого шлуночка визначають необхідність її розпізнавання на ранніх стадіях і диференційованого підходу до лікування, залежно від тяжкості стану дитини з використанням сучасних методів лікування [1, с. 67].

Мета дослідження. Провести оцінку ефективності кардіометаболічної терапії у дітей з некомпактною кардіоміопатією лівого шлуночка.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети проведений ретроспективний аналіз 41 історії хвороб дітей з кардіоміопатіями, які знаходились на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні. Основна група включала 22 дітей з некомпактною кардіоміопатією лівого шлуночка. Усі діти залежно від виду терапевтичного лікування були поділені на дві терапевтичні групи: 1 група (n-12) – діти з НКМП ЛШ, яким до традиційної терапії (ІАПФ, діуретики, антитромболітики) додавали L-карнітин у дозі 50 мг/кг на добу за 30 хвилин до вживання їжі, розділивши дозу в три прийоми. Тривалість лікування становила 3 місяця, 2 група (n-10) – діти з НКМП ЛШ, які отримували лише традиційну терапію (ІАПФ, діуретики, антитромболітики).

В ході роботи використані такі методи дослідження: клініко-анамнестичні, інструментальні (ЕКГ, ЕхоКГ, ДЕхоКГ, МРТ серця), аналітико-статистичні.

Результати дослідження та їх обговорення. При клінічному обстеженні діти з НКМП лівого шлуночка пред'являли різноманітні скарги. Необхідно відмітити, що серед них частіше спостерігались неспецифічні скарги на швидку втомлюваність, яка спостерігалась у 14 (63,63±10,24 %) дітей, головний біль – у 11 (50,00±10,66 %), затримку фізичного розвитку – у 9 (40,9±10,48 %) дітей. Специфічні клінічні симптоми, такі як серцебиття – у 7 (31,81±9,92 %) дітей, задишка – у 6 (27,27±9,49 %) та запаморочення – у 6 (27,27±9,49 %) дітей зустрічались майже з однаковою частотою. Серед загальної кількості дітей 4 (18,18±8,22 %) відчували біль в ділянці серця, а 3 (13,63±7,31 %) дітей мали в анамнезі втрату свідомості. Скарги на кашель спостерігались у 2 (9,09±6,12 %) дітей, переважно старшого віку, в той час, як у дітей раннього віку при об'єктивному обстеженні був виявлений акроціаноз у 3 (13,63±7,31 %). Рідко діти скаржились на відчуття перебоїв в роботі серця – 2 (9,09±6,12 %).

При проведенні оцінки біоелектричної активності серця було встановлено, що у дітей з НКМП лівого шлуночка переважали порушення внутрішньошлуночкової провідності серця, серед них частіше зустрі-

чалась блокада лівої ніжки пучка Гіса (БЛНПГ), яка була зареєстрована у 10 ($45,45 \pm 10,61\%$) дітей. Окрім того враження передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса було у 6 ($27,27 \pm 14,08\%$), а задньої у 4 ($18,18 \pm 12,19\%$) дітей. З меншою частотою зафіксована неповна блокада правої ніжки пучка Гіса (БПНПГ), яка була у 4 ($4,54 \pm 4,43\%$) дітей. З однаковою частотою спостерігалися синдром WPW у 2 ($9,09 \pm 6,12\%$) дітей та порушення ритму, у вигляді шлуночкової екстрасистолії у 2 ($9,09 \pm 6,12\%$), а шлуночкова тахікардія була зареєстрована у 3 ($13,63 \pm 7,31\%$) дітей. В ході дослідження також встановлені наступні зміни на ЕКГ: синдром укороченого PQ, без розширення комплексу QRS та нападів пароксизмальної тахікардії.

При оцінці ефективності комплексної терапії з застосуванням препарату кардіометаболічної дії (L-карнітину) у дітей з НКМП ЛШ враховували динаміку неспецифічних та специфічних симптомів, які зустрічалися з більшою частотою до проведення терапії. Провівши аналіз динаміки клінічних симптомів у дітей 1 групи, було встановлено, що частота симптомів, таких як швидка втомлюваність, головний біль, серцебиття була достовірно меншою після комплексного лікування з використанням L-карнітину ($p < 0,05$). А такі симптоми, як задишка та запаморочення взагалі були відсутні після лікування.

Водночас в 2 групі, де діти з НКМП отримували лише основну терапію, в динаміці спостерігалось зменшення частоти вказаних симптомів, але достовірної різниці у їх зменшенні після лікування встановлено не було. При порівнянні частоти клінічних симптомів в 1 та 2 групах, було встановлено, що в 1 групі частота симптомів, таких як швидка втомлюваність, головний біль, серцебиття була достовірно меншою, порівняно з 2 групою, ($p < 0,05$). А скарги на задишку та запаморочення в 1 групі після лікування взагалі були відсутні, на відміну від 2 групи.

Аналіз біоелектричної активності серця у дітей з НКМП показав, що достовірно частіше у даної категорії дітей спостерігалась БЛНПГ та виявлені метаболічні порушення в міокарді. Тому саме ці показники були враховані при оцінці ефективності комплексної терапії. Встановлено, що в 1 групі після лікування спостерігалось достовірне зменшення змін зубця T ($p < 0,01$) та були відсутні ознаки депресії сегмента ST, а також було зменшення кількості дітей з БЛНПГ, на відміну від показників до проведення лікування. У 2 групі після проведення терапії, також спостерігалось зменшення вище приведених змін на ЕКГ, але достовірної різниці встановлено не було ($p > 0,05$). При порівнянні показників у двох терапевтичних групах, встановили, що в

І групі спостерігалось достовірне зменшення змін зубця Т ($p < 0,01$) та були відсутні ознаки депресії сегмента ST на відміну від 2 групи.

За період спостереження не відмічено небажаних ефектів від застосування комплексної терапії з додаванням L-карнітину серед дітей, що вказує на його добру переносимість.

Висновки. У дітей з некомпактною кардіоміопатією лівого шлуночка частіше переважали неспецифічні скарги на швидку втомлюваність, головний біль, затримку фізичного розвитку, а серед змін біоелектричної активності серця, частіше реєструвалися неповна блокада лівої ніжки пучка Гіса, депресія сегмента ST та зміна зубця Т. Призначення комплексної терапії з використанням L-карнітину протягом 3 місяців достовірно сприяє зменшенню неспецифічних клінічних симптомів (швидкої втомлюваності, головного болю, запаморочення), зниженню частоти специфічних симптомів (задишки, серцебиття), покращенню функції провідної системи серця та нормалізації метаболічних порушень в міокарді.

Література:

1. Токарчук Н. І., Вижда Ю. В., Старинець Л. С. Застосування левокарнітину для лікування вторинної кардіоміопатії у дітей раннього віку *Современная педиатрия*. 2016. № 5. С. 67–71.
2. Марушко Ю.В. Марушко Т.В., Гишак Т.В. Діагностика та удосконалення лікування вторинної кардіоміопатії у дітей. *Дитячий лікар*. 2017. № 2 (53). С. 12–23.
3. Середюк Н. М., Василюк С. Я., Бензар М. Р. Лівошлуночкова некомпактна кардіоміопатія. *Галицький лікарський вісник*. 2016. Т. 21. № 2. С. 134–139.
4. Сорокіна С. І., Шевченко Т. І., Карлінська О. Г. Окремий клінічний випадок спостереження хворого з некомпактним міокардом. *Клінічна та експериментальна медицина*. 2016. Вип. 4. Т.І. № 13. С. 181–189.
5. Целуйко В. И. Некомпактная кардиомиопатия левого желудочка. *Ліки України*. 2016. № 6. С. 22–27.
6. Arbustini E. Left Ventricular Noncompaction. A Distinct Cardiomyopathy or a Trait Shared by Different Cardiac Diseases? *Journal of the American college of cardiology*. 2015. Vol. 64. №. 17. P. 1840–1850.
7. Flavio Zuccarino. Left Ventricular Noncompaction: Imaging Findings and Diagnostic Criteria. *American Journal of Roentgenology*. 2015. Vol. 204. № 5. P. 519–530.