

Количественные показатели в независимых группах оценивались согласно критерию Стьюдента. Достоверными считались различия при  $p < 0,05$ .

Результаты. В исследовании приняли участие 76 юношей и 84 девушки, средний возраст которых составил  $20 \pm 2$  года. Бронхиальная астма и аллергический ринит зарегистрированы у 4,4%, аллергический ринит у 35,6%, проявления атопического дерматита имели 6,3% опрошенных. У 23,8% студентов зарегистрировано сочетание различных аллергических заболеваний.

По результатам дополнительных методов обследования эозинофилия в гемограмме выявлена лишь у 18%, повышенный уровень общего иммуноглобулина Е (IgE) — у 7%. Отсутствие эозинофилии и нормальный уровень иммуноглобулина Е не противоречат наличию аллергической патологии, т. к. имеется не-IgE-зависимый механизм развития аллергии, а эозинофилы в большом количестве присутствуют в органах-мишенях.

Среди значимых аллергенов преобладали пищевые факторы (19,2%) и домашняя пыль (12,8%). Реже была выявлена аллергия на шерсть животных (64%) и поллиноз (11,5%). Зарегистрирована аллергия на бытовую химию (10,2%), производные табака (5,1%), укусы насекомых (7,7%), лекарственные препараты (10,3%). У 11,5% в качестве триггера развития обострений явились изменения погоды.

Известно, что окислительный стресс, сопровождающийся пероксидным окислением липидов (ПОЛ) и накоплением свободных радикалов лежит в основе многих заболеваний. О степени развития окислительного стресса можно судить по таким показателям, как уровень малонового диальдегида (МДА) и концентрация динитрофенилгидразина (ДНФГ) производных. Оба показателя являются маркерами окислительной модификации белков. Оценка функционирования антиоксидантных систем может быть проведена путем исследования уровней супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР) и восстановленного глутатиона (ВГ).

Результаты проведенных исследований показали, что при аллергической бронхиальной астме уровень МДА увеличился 1,3 раза, концентрация ДНФГ - производных в 1,4 раза. Активность ГП достоверно не отличалась от контрольных значений. Уровень СОД был выше в 1,3 раза, но активность ГР снижена в 1,35 раза по сравнению с контролем. Зарегистрирована сниженная концентрация ВГ в 1,2 раза по сравнению с контролем.

Это свидетельствует об интенсификации процессов ПОЛ и окислительной модификации белков при аллергических заболеваниях у молодых взрослых. Также можно предполагать наличие дисбаланса в работе антиоксидантных систем, которые являются значимым фактором защиты при развитии окислительного стресса.

Нами также было проведено изучение степени выраженности аналогичных параметров у детей в возрасте от 3 до 10 лет. Изменения, свидетельствующие о степени выраженности окислительного стресса и компенсаторной активности антиоксидантных систем, оказались значительно более выраженными.

На основании полученных результатов можно предположить, что развитие аллергических заболеваний у взрослых может сопровождаться развитием окислительного стресса. Повышение активности СОД свидетельствует о том, что антиоксидантные системы организма продолжают обезвреживать свободные радикалы. Однако, снижение концентрации ГР и ВГ, вероятно, связано с дисбалансом про- и антиоксидантных систем, что может определять менее благоприятный прогноз аллергического заболевания. Изменения параметров ПОЛ и антиоксидантных систем имеют большую выраженность у детей по сравнению с лицами более старшего возраста.

Обсуждение. Аллергические заболевания являются провоцирующими для происхождения окислительного стресса в организме. Ферментами, которые реагируют на первичные изменения во время окислительного стресса, являются производные ДНФГ, именно это может служить дополнительным методом диагностики аллергических заболеваний на раннем этапе.

Ограничения исследования: Выявлено не было.

Заключение. У взрослых пациентов с аллергическими заболеваниями выявлены достоверные признаки наличия окислительного стресса и дисбаланс в работе антиоксидантных систем организма. Высокую эффективность имеют ферменты «первой линии», такие как ГП, ДНФГ - производных, которые первыми запускают реакцию окислительного стресса.

Определение уровня ферментов ПОЛ может быть включено в программу диагностики аллергических заболеваний, а исследование параметров антиоксидантных систем - для определения прогноза заболевания. У взрослых пациентов степень выраженности окислительного стресса ниже, чем у детей, а компенсация со стороны антиоксидантных систем более активная. Данный факт можно объяснить несовершенством развития всех систем организма ребенка и тенденцию к более выраженному проявлению реактивности.

#### Список литературы

1. Сковрцов В.В., Тумаренко А.В. Клиническая алергология: краткий курс / В.В. Сковрцов, А.В. Тумаренко. – Санкт – Петербург : СпецЛит, 2015. – 111 с.
2. Булка А.А., Богомазов А.Д. Изучение причин аллергических заболеваний у детей в районах Курской области / А.А. Булка, А.Д. Богомазов // Международный студенческий научный вестник. – 2017, № 2.
3. Е.А., Макеева А.В. Предрасположенность к аллергическим заболеваниям и иммунодефицитным состояниям студентов медицинского университета / Е.А. Куриная, А.В. Макеева // Международный студенческий научный вестник. - 2016. - № 4-2. - С. 153-154.
4. Митин Ю.А. Лабораторная диагностика аллергических заболеваний. Методические рекомендации Ю.А. Митин. - Санкт Петербург. – 2017, 109 с.

### Особенности течения заболеваний щитовидной железы у детей

Лебедева Е.С., Кищенко А.И.

Научный руководитель: к.м.н., доц. А.С.Иванникова  
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко

Заболевания щитовидной железы - серьезная проблема современного здравоохранения. Изучение данной патологии, особенностей ее клинической картины и вариантов течения у детей позволит улучшить своевременную диагностику заболеваний и определить прогноз.

Цель: изучить особенности течения заболеваний щитовидной железы у детей.

Методы: исследование включало анализ медицинской документации с 2017 по 2019 год 91 ребенка в возрасте от 1 года до 18 лет с заболеваниями щитовидной железы. С целью оценки особенностей течения заболеваний был проведен статистический анализ полученных данных.

Результаты: для участия в исследовании был отобран 91 ребенок в возрасте от 1 года до 18 лет, среди них 49 девочки и 42 мальчика, 72 человека являлись жителями города и 19 человек жителями области. Исследуемые были разделены на три группы. В I группу вошло 23 человека с диффузным нетоксическим зобом. Во II группу вошло 10 человек с диффузным токсическим зобом. В III группу вошло 22 человека с аутоиммунным тиреоидитом. В ходе работы было выявлено, что гипофункция щитовидной железы чаще сопровождалась ожирением ( $r=0,24$ ,  $p<0,05$ ), и дети чаще предъявляли жалобы на повышенную утомляемость ( $r=0,651$ ,  $p<0,05$ ), головные боли ( $r=0,267$ ,  $p<0,05$ ). При гипотиреозе чаще отмечалась гипертриглицеридемия ( $r=0,243$ ,  $p<0,05$ ). При манифестном тиреотоксикозе чаще отмечалось повышение уровня липопротеинов высокой плотности ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ). У пациентов, имеющих белково-энергетическую недостаточность, отмечалось снижение уровня липопротеидов высокой плотности ( $r=0,26$ ,  $p<0,05$ ). Нарушения ритма чаще отмечались у детей, имеющих отклонения в физическом развитии (при белково-энергетической недостаточности  $r=0,31$ ,  $p<0,05$ ; при ожирении  $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ). Между уровнем холестерина и степенью ожирения наблюдалась прямая корреляционная связь ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ).

Заключение: Результаты данного исследования выявили отсутствие специфичности клинической картины манифестации патологии щитовидной железы. Функция щитовидной железы при диффузном нетоксическом зобе и аутоиммунном тиреоидите чаще характеризуется эутиреозом. Гипофункция щитовидной железы чаще способствовала развитию ожирения и дислипидемии у пациентов. При манифестном тиреотоксикозе чаще отмечалось повышение уровня ЛПВП. У пациентов, имеющих белково-энергетическую недостаточность отмечалось снижение уровня ЛПВП. Нарушения ритма чаще отмечались у детей, имеющих отклонения в физическом развитии.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы; дети; липидограмма

Актуальность. Заболевания щитовидной железы среди детей и подростков является серьезной социально-медицинской проблемой современного здравоохранения во всем мире. По данным Минздрава России распространенность заболеваний щитовидной железы среди детей в РФ на 2017 году составляла 537,1 случая на 100 тыс. детского населения. Это может быть связано с различными факторами жизни, например, изменениями климатических условий и режима питания, но основную роль играет перинатальное и постнатальное развитие ребенка [1]. Учитывая разнообразие клинических проявлений, неспецифичность симптомов манифестации заболевания, низкую обращаемость пациентов, многие случаи остаются не диагностированными, поэтому изучение особенностей клинической картины патологии щитовидной железы у детей позволит улучшить своевременную диагностику и определить прогноз болезни [2].

Цель. Изучить особенности течения заболеваний щитовидной железы у детей.

Методы. Исследование предполагало анализ медицинских данных из карты стационарного больного (форма 003у) 91 ребенка в возрасте от 1 года до 18 лет с заболеваниями щитовидной железы, проходивших стационарное обследование и лечение. Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России в отделении эндокринологии. Продолжительность все исследовательской работы заняла 8 месяцев. Медицинскую документацию охватывали информацию об образе жизни детей и подростков за последние 3 года. Для достижения поставленной цели нами была разработана оригинальная анкета, отражающая следующие данные: диагноз при поступлении, диагноз заключительный, жалобы при поступлении, физическое развитие и данные диагностических методов исследования (липидограмма, тиреостат, электрокардиография).

Исследование предполагало разделение пациентов на 3 группы в зависимости от нозологии. В I группу вошли 23 человека с диффузным нетоксическим зобом. Во II группу вошло 10 человек с диффузным токсическим зобом. В III группу вошло 22 человека с аутоиммунным тиреоидитом. Данные исследования фиксировались в оригинальных анкетах.

Принципы расчета размера выборки: учитывая недооценку серьезности заболевания, низкую обращаемость в медицинские учреждения предварительный расчет объема выборки был невозможен.

Результаты. Для проведения работы был отобран 91 ребенок в возрасте от 1 года до 18 лет, среди них 49 девочек и 42 мальчика, 72 человека являлись жителями города и 19 человек жителями области. Исследуемые были поделены на три группы. В I группу вошло 23 человека с диффузным нетоксическим зобом. Во II группу вошло 10 человек с диффузным токсическим зобом. В III группу вошло 22 человека с аутоиммунным тиреоидитом.

Работа с медицинской документацией показала, что пациенты I группы при поступлении чаще предъявляли жалобы на общую слабость: 23 (100%) и повышенную утомляемость: 18 (78%). Также больных беспокоили: эмоциональная лабильность – 15 (65%), сонливость – 15 (65%), снижение аппетита – 7 (30%), головная боль – 7 (30%), снижение памяти – 4 (17%), повышение аппетита – 4 (17%), головокружение – 4 (17%), боли в ногах – 2 (8%), выпадение волос – 2 (8%), тошнота – 1 (4%), сухость кожи – 1 (4%), ощущение кома в горле – 1 (4%) пациентов. Дети с диффузным нетоксическим зобом имели следующие сопутствующие заболевания: патология пищеварительного тракта – у 9 (39%), патология глаз – у 20 (87,0%) (ангиопатия сетчатки – у 8 (34%), миопия – у 7 (30%), астигматизм – у 5 (21%)), дисплазия соединительной ткани – у 7 (30%), патология опорно-двигательного аппарата – у 6 (26%), заболевания нервной системы – у 4 (17%), заболевания ЛОР-органов – у 3 (13%), атопический дерматит – у 1 (4%), заболевания репродуктивной системы – у 1 (4%) пациента. Оценка антропометрических показателей выявила, что у большинства детей с диффузным нетоксическим зобом отмечалось среднее физическое развитие – 15 (65%), низкорослость отмечена у 3 (13%), высокорослость – у 6 (26%) больных. Более половины детей (14 (60%) детей) имели гармоничное физическое развитие, белково-энергетическая недостаточность I степени была диагностирована у 5 (21,0%) детей. Ожирение было выявлено у 5 пациентов (I степени – у 3 (13%), II степени – у 1 (4%), III степени – у 1 (4%) больного). Анализ данных тиреостата показал, что эутиреоз отмечался у 14 (60%) детей, субклинический гипотиреоз – у 7 (30%), манифестный гипотиреоз – у 2 (8%), субклинический тиреотоксикоз – у 1 (4%) больного. Липидограмма у многих пациентов I группы характеризовалась нормальными показателями: гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия выявлена лишь у 1 (4%) пациента; снижение уровня триглицеридов отмечено у 1 (4%) ребёнка; повышение уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) выявлено у 5 (21%) детей, повышение уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – у 6 (26%) больных. Анализ электрокардиографического исследования показал наличие у 2 (8%) детей нарушений ритма, у 10 (43%) – нарушений проводимости. Синусовая тахикардия отмечена у 4 (17%) пациентов.

Проведенная работа показала, что дети из II группы в 100% случаев предъявляли жалобы на общую слабость. Помимо общей слабости пациентов беспокоили: повышенная утомляемость: 8 (80%), эмоциональная лабильность: 8 (80%), сонливость: 6 (60%), снижение аппетита: 6 (60%), выпадение волос: 5 (50%), головная боль: 4 (40%), снижение памяти: 3 (30%), головокружение: 3 (30%), повышение аппетита: 1 (10%), боли в ногах: 1 (10%), тошнота: 1 (10%), сухость кожи: 1 (10%). Структура сопутствующей патологии характеризовалась превалированием патологии глаз ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ): ангиопатия сетчатки выявлена у 10 (100%) больных, миопия – у 5 (50%), астигматизм – у 4 (40%) детей. Заболевания ЖКТ были диагностированы у 4 (40%) пациентов, заболевания ССС – у 4 (40%) детей, заболевания репродуктивной системы – у 3 (30%), заболевания ЛОР-органов – у 2 (20%), патология нервной системы – у 2 (20%), болезни опорно-двигательного аппарата – 1 (10%) больных. Белково-энергетическая недостаточность I степени была диагностирована лишь у 1 (10%) ребёнка, остальные пациенты не имели отклонений в физическом развитии. Учитывая, что все пациенты II группы находились на плановом повторном стационарном лечении и получали медикаментозную тиреостатическую терапию, почти у половины больных наблюдался эутиреоз (4 (40%) детей); субклинический гипотиреоз выявлен у 5 (50%), манифестный гипотиреоз у 1 (10%), манифестный тиреотоксикоз – у 1 (10%) больного. У 100% больных с диффузным токсическим зобом наблюдались нормальные показатели уровня холестерина и триглицеридов в сыворотке крови. Повышение уровня ЛПНП отмечено у 1 (10%) пациента, повышение уровня ЛПВП – у 3 (30%) детей. Снижение уровня ЛПВП выявлено у 1 ребёнка. Анализ данных электрокардиограмм показал наличие нарушения проводимости у 2 (20%) детей, синусовой тахикардии у 4 (10%) больных.

Детей с аутоиммунным тиреоидитом чаще беспокоили повышенная утомляемость – 17 (77%), общая слабость – 17 (77%), эмоциональная лабильность: 15 (68%), сонливость: 14 (63%), снижение памяти: 8 (36%), головная боль: 7 (31%), головокружение: 5 (22%), снижение аппетита: 5 (22%), сухость кожи: 3 (13%), боли в ногах: 3 (13%), повышение аппетита: 2 (9%), выпадение волос: 1 (4%), тошнота: 1 (4%) пациента. У детей III группы наблюдались следующие сопутствующие заболевания: дисплазия соединительной ткани: 6 (27%), заболевания желудочно-кишечного тракта: 4 (18%), миопия: 4 (18%), ангиопатия сетчатки: 3 (13%), астигматизм: 2 (9%), заболевания нервной системы: 4 (18%), заболевания опорно-двигательной системы: 2 (9%), заболевания ЛОР-органов: 1 (4%), аллергия: 1 (4%), заболевания сердечно-сосудистой системы: 1 (4%), заболевания почек: 1 (4%). Показатели физического развития у детей III группы характеризовались наличием низкорослости у 2 (9%) больных, высокорослости у 1 (4%) ребёнка, ожирение I степени выявлено у 1 больного, белково-энергетическая недостаточность I степени была отмечена у 3 (13%) детей. Оценка уровня функционирования щитовидной железы выявила наличие субклинического гипотиреоза у 5 (22%) детей, манифестного тиреотоксикоза – у 2 (9%) пациентов, у остальных больных отмечался эутиреоз. Липидограмма характеризовалась гиперхолестеринемией у 3 (13%) детей, гипертриглицеридемией у 1 ребёнка, снижением уровня триглицеридов у 1 пациента, повышением уровня ЛПВП у 3 (13%) больных,

повышением уровня ЛПНП у 4 (18%) детей и снижением уровня ЛПВП у 2 (9%) пациентов. Данные электрокардиограммы показали наличие нарушений проводимости у 5 (22%) детей и синусовой тахикардии у 6 (27%) пациентов.

В ходе проведенной работы было выявлено, что дети с гипопункцией щитовидной железы чаще предъявляли жалобы на повышенную утомляемость ( $r=0,651$ ,  $p<0,05$ ) и имели ожирение ( $r=0,24$ ,  $p<0,05$ ). При гипотиреозе чаще отмечалась гипертриглицеридемия ( $r=0,243$ ,  $p<0,05$ ). При манифестном тиреотоксикозе чаще отмечалось повышение уровня ЛПВП ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ). У пациентов, имеющих белково-энергетическую недостаточность отмечалось снижение уровня ЛПВП ( $r=0,26$ ,  $p<0,05$ ). Нарушения ритма чаще отмечались у детей, имеющих отклонения в физическом развитии (у детей с БЭН  $r=0,31$ ,  $p<0,05$ ; при ожирении  $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ). Между уровнем холестерина и степенью ожирения наблюдалась прямая корреляционная связь ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ).

Нежелательных явлений во время исследования не было отмечено.

Обсуждение. Проведенная работа показала значение наличия патологии щитовидной железы в развитие сопутствующих заболеваний, что объясняется влиянием эндокринного органа на все виды обмена организма. Полученные в итоге исследования результаты показали взаимосвязь между гипопункцией щитовидной железы и дальнейшим развитием ожирения, и соответственно дислипидемии. Выявление нарушений проводимости и ритма сердца обусловлено вегетативным влиянием гормонов щитовидной железы.

Заключение. Клиническая картина заболеваний щитовидной железы характеризуется наличием неспецифических жалоб (на повышенную утомляемость и общую слабость) в дебюте болезни, что не позволяет врачу своевременно диагностировать эндокринную патологию. Функция щитовидной железы при диффузном нетоксическом зобе и аутоиммунном тиреоидите чаще характеризуется эутиреозом. Гипопункция щитовидной железы чаще способствовала развитию ожирения и дислипидемии у пациентов. При манифестном тиреотоксикозе чаще отмечалось повышение уровня ЛПВП. У пациентов, имеющих белково-энергетическую недостаточность отмечалось снижение уровня ЛПВП. Нарушения ритма чаще отмечались у детей, имеющих отклонения в физическом развитии.

#### Список литературы

1. Прусова А.А. Возможные вторичные и сопутствующие заболевания различных патологий щитовидной железы / А.А. Прусова, А.А. Эйрих // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2018. – №1. – С. 21 – 24.
2. Заболевания щитовидной железы и риск возникновения нетиреоидной патологии / Р.И. Глушаков, Е.В. Козырко, И.В. Соболев [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т. 98, №1. – С. 77 – 84.

### Дилатационная кардиомиопатия у подростка. Принципы терапии, трансплантация сердца

Лесовой В.В., Лесовая Е.Е.

Научный руководитель: к.м.н., доц. И.В.Кондратьева

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко

Уровень преждевременной смертности при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) остается неприемлемо высоким, что обуславливает необходимость более индивидуализированных терапевтических и хирургических методов терапии. Финальная стадия ДКМП является основным показанием для трансплантации сердца.

Цель: Провести анализ современных представлений о ДКМП в повседневной клинической практике врача-детского кардиолога и представить клинический пример.

Методы: Проанализированы анамнез болезни, результаты кардиологического обследования и лечения, выполненные в период с 2018 по 2020гг. по данным историй болезни БУЗ ВО «ВОДКБ №1», выписных эпикризов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В. И. Шумакова» Министрства здравоохранения Российской Федерации и амбулаторной карты больной К. дата рождения 22.12.2006 г.

Результаты: Впервые диагноз: Дилатационная кардиомиопатия. Фибрилляция и трепетание предсердий. НК 2Б, ФК 3. Гидроперикард. Фиброз нижней доли левого лёгкого. Группа риска по развитию жизнеугрожающих аритмий, тромбозамболических осложнений и острой сердечно-сосудистой недостаточности поставлен пациентке К. в возрасте 11 лет, поступившей с признаками застойной сердечной недостаточности. Учитывая вероятность прогрессирования заболевания, сомнительную продолжительность и эффективность проводимой терапии, пациентке выполнена ортотопическая трансплантация сердца (ТС) в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В. И. Шумакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. По результатам динамического наблюдения больной в течение полутора лет наблюдается удовлетворительная динамика ее состояния.

Заключение: Современная терапия ДКМП основана на нейрогуморальной блокаде, как и для других форм сердечной недостаточности (СН) с уменьшенной фракцией выброса (ФВ). Трансплантация сердца на сегодняшний день является «золотым стандартом» лечения симптомных больных детей с ДКМП.

Ключевые слова: дилатационная кардиомиопатия; хроническая сердечная недостаточность; дети; трансплантация сердца

Актуальность: ДКМП у детей является самой распространенной кардиомиопатией (КМП), встречается во всем мире и в любом возрасте. Частота выявления ДКМП у детей составляет 0,57 случаев на 100000 в год, это в 10 раз ниже, чем у взрослых [1].

Фенотипическим признаком ДКМП является большая дилатация и более сферический вид левого желудочка, чем обычно, с нарушением релаксации стенок и сниженной систолической функцией. Кроме того, нередко развиваются митральная недостаточность и желудочковые аритмии [2].

Симптомы и признаки ДКМП у новорожденных и детей старшего возраста обычно имеют признаки застойной СН. Тахипноэ, затрудненное дыхание, плохой аппетит и медленное прибавление в весе - обычные симптомы у младенцев. У детей старшего возраста могут быть признаки плохой переносимости физической нагрузки и расстройства ЖКТ. В более тяжелых случаях у пациентов могут возникать обмороки, аритмии сердца или ВСС [2].

Эхокардиография (ЭхоКГ) является наиболее информативным неинвазивным методом для диагностики и классификации КМП и определения степени дисфункции сердечной мышцы.

Диагноз ДКМП основан на наличии увеличения левого желудочка и сниженной систолической функции с ФВЛЖ <50%. ЭхоКГ данные включают расширение левого желудочка и систолическую дисфункцию, с или без митральной регургитации [3].

Лечение ингибиторами АПФ рекомендуется практически всем детям с бессимптомной дисфункцией левого желудочка. Диуретики рекомендуются детям с СН для достижения эуволемии и минимизации застойных симптомов. Добавление дигоксина рекомендуется, если у ребенка остаются симптомы и признаки СН [4,5].

Несмотря на достижения в области медикаментозной и электрической терапии СН, заболеваемость и смертность остаются высокими, и пациенты часто прогрессируют до терминальной стадии ХСН. За последние пять десятилетий трансплантация сердца считается стандартной терапией для отдельных пациентов с терминальной стадией СН. В настоящее время годичная выживаемость после ТС составляет почти 90% и имеет условный период средней выживаемости 13 лет, который превосходит период СН в конечной стадии. Общие показания для ТС у детей включают врожденные пороки сердца в терминальной стадии СН, КМП [3].

Цель: Провести анализ современных представлений о дилатационной кардиомиопатии в повседневной клинической практике врача-детского кардиолога и представить клинический пример.