

КАРДИОМИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ ЛЕЧЕНИЕ

ВЫПОЛНИЛА: БЕКТЕМИШЕВА А

ПРОВЕРИЛА: ЗАМАНБЕКОВА М.К

ГРУППА: 701-02 ВОП

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозное лечение:

- ▶ • Диетотерапия. Число приемов пищи необходимо увеличить до 5 в день. Рекомендованные продукты (с высоким содержанием калия и кальция): картофель, абрикосы, курага, творог, молоко. Продукты, которые следует исключить: мясные и рыбные бульоны, жирные блюда, копчености, крепкий чай, кофе и шоколад. Продукты, которые следует ограничить (вызывающие брожение): бобовые, капуста, черный хлеб и др.
- ▶ • Потребление жидкости. Определяется величиной диуреза (потребление не более выделенного накануне объема). Ограничение жидкости начинают с НК IIA. Подросток с НК IIB-III не должен употреблять более 800 мл/сутки. Питание у грудных детей должно быть более частым (на 1-2 кормления больше, чем у здоровых детей) и меньшими объемами. Назначение лечебных смесей имеет существенное значение, поскольку расстройства пищеварения, вызывают выраженное беспокойство ребенка, приводят к усилению одышки, тахикардии, цианоза, появлению гипоксических приступов и приступов пароксизмальной тахикардии.(IA)

- ▶ • Режим физической активности. Исключение физической нагрузки нежелательно, так как способствует детренированности и уменьшению адаптационных механизмов сердечно-сосудистой системы. Строгий постельный режим (с приподнятым изголовьем) назначают детям с НК IIБ-III ст. При острых миокардитах строгий постельный режим назначают при сердечной недостаточности IIА и даже I стадии. Длительно держать больных на постельном режиме не рекомендуется даже при тяжелых проявлениях НК из-за повышенного риска флеботромбозов, гипотрофии мышц с потерей калия. При отсутствии отеков, осложнений и хорошем самочувствии ребенок с НК IIБ стадии может самостоятельно играть в кровати, а в ряде случаев (при стабильности состояния) ходить в столовую, туалет. При НК IIА стадии чаще назначают облегченнопостельный режим. С уменьшением тяжести НК до I стадии ребенка можно переводить на комнатный режим. Большое значение имеют лечебная гимнастика и массаж. Умеренные физические тренировки способствуют снижению уровня 17 нейрого르몬ов, повышению чувствительности к медикаментозному лечению и переносимости нагрузок, улучшению качества жизни. У грудных детей снижение физической активности возможно за счет прекращения кормления грудью и перевода на кормление сцеженным грудным молоком из бутылочки или при необходимости на частично-зондовое либо на полное зондовое питание.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ▶ Основные лекарственные средства: Лечение ГКМП: Препаратами выбора являются β -адреноблокаторы и антагонисты кальция, которые назначаются при наличии обструкции выводящих трактов желудочков, ишемических изменений на ЭКГ, кардиалгиях, аритмия в покое, физических нагрузках. β -адреноблокаторы. Выбор препарата и подбор дозы осуществляется в условиях стационара.
- ▶ Метопролол сукцинат 6 мг/кг/сут
- ▶ Карведилол 0,4 мг/кг/доза 2 р/с
- ▶ Пропранолол 2–4 мг/кг/сут 2 р/с
- ▶ Антагонисты кальция. Назначаются при непереносимости β -адреноблокаторов у больных с необструктивной формой ГКМП или у пациентов с бронхиальной астмой. Выбор препарата и подбор дозы осуществляется в условиях стационара.
- ▶ Верапамил До 5 лет - 40 – 60 мг 3-4 р/с От 6 до 14 лет – 80 – 360мг 3-4 р/с
Пролонгированные формы Доза подбирается индивидуально.

- 
- ▶ ИАПФ. Препараты из данной группы назначаются пациентам с необструктивной формой кардиомиопатии. Выбор препарата и подбор дозы осуществляется в условиях стационара.
 - ▶ Каптоприл 0,2 – 1,0 мг/кг/сутки в 3 приема 3 р/с
 - ▶ Эналаприл 10-20мг/сутки в 2 приема 3 р/с
 - ▶ Лизиноприл 0,07 - 0,1 мг/кг 1-2 р/с 18
 - ▶ Рамиприл 0,01 мг/кг 1-2 р/с
 - ▶ Фозиноприл с 14 лет: 5-20 мг 1 р

- ▶ Лечение ДКМП: Лечение ДКМП комплексное и направлено на коррекцию и профилактику ХСН, нарушений ритма и тромбозов: антикоагулянты и антитромботические препараты. Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА II) Рекомендованы при СН, когда иАПФ плохо переносятся (кашель), либо в дополнение к ним, или если симптоматика СН сохраняется на фоне оптимальных возрастных доз иАПФ, диуретиков и БАБ (за исключением тех случаев, когда пациенту назначен антагонист альдостерона). Назначать БРА II необходимо по тем же принципам, что и иАПФ, то есть в условиях стационара с титрованием дозы на протяжении 2-4 недель и мониторингом функции почек и содержания электролитов сыворотки крови.
- ▶ Лозартан следует назначать детям 6–16 лет (масса тела 20–50 кг) внутрь, первоначально 25 мг в сутки однократно, максимальная доза 50 мг в сутки однократно достигается через несколько недель. Детям с массой тела 50 кг и выше первоначально 50 мг в сутки однократно, максимальная доза 100 мг в сутки однократно, достигается через несколько недель. Ирбесартан - от 0,5 до 4,5 мг/кг массы тела в сутки.

- ▶ Антиаритмические ЛС Соталол - начальная доза 0,3 мг/кг/сут 2 раза в сутки до 2 мг/кг/сут в 2-3 приема.
- ▶ Амиодарон – 10 мг/кг/сут в течение 10 дней с дальнейшим переходом на 5 мг/кг/сут 5 дней в неделю).
- ▶ Антиагрегантная терапия. Варфарин (УД – С) [21,22] - начальная доза 0,2 мг/кг/сут под контролем МНО каждые 1-3 дня, с достижением целевого значения 2,0-3,5.
- ▶ Ацетилсалициловая кислота (УД - В) [1,2] – 30мг/кг/сут. Эноксапарин(УД – В) [21]. Новорожденные до 2 мес: профилактика – 0,75 мг/кг/доза каждые 12 часов; лечение – 1,5 мг/кг/доза каждые 12 часов. От 2 мес до 18 лет – профилактика – 0,5 мг/кг/доза каждые 12 часов, лечение 1 мг/кг/доза каждые 12 часов. 1

- ▶ Фуросемид 1-2мг/кг/с 1-2 р/с
- ▶ Спиронолактон 1 -3мг/кг/с 1-2 р/с
- ▶ Гидрохлортиазид 1-3мг/кг/с 1 р/с